



ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO DE PAULA
FRASSINETTI 50 ANOS

Mestrado em Ciências da Educação

Área de especialização em Educação Especial

O Papel do Professor no Apoio aos Pais de Crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

De

Sónia Cláudia Ferreira Silva

Orientação

Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa

Julho de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais,
ao meu marido, por me terem ajudado
e incentivado a trilhar este percurso.

AGRADECIMENTOS

Dedico este espaço a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta dissertação.

Em primeiro lugar agradeço ao meu orientador, Doutor Júlio Sousa, pela sua disponibilidade, sabedoria, incentivo e muita paciência na realização deste trabalho.

A todos os professores da Escola Superior de Educação com quem tive a oportunidade de aprender.

A todos os funcionários da Escola Superior de Educação, muito em especial às meninas da biblioteca, Dr.^a. Susana e à Dona Gloria e da reprografia à Sílvia e à Lúcia.

À minha amiga Goreti, que se mostrou sempre disponível em todo este percurso.

À minha amiga Catarina, pela sua ajuda ao longo desta dissertação e por ter estado sempre do meu lado mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao meu primo Adérito, pela sua paciência e sabedoria em informática.

E aos professores que preencheram os inquéritos por questionário, porque sem eles esta investigação não seria possível.

Muito obrigada

RESUMO

A realização desta investigação permitiu-nos entender de que forma podem os professores intervir no sentido de apoiar os pais de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Para contextualizar esta temática, elaboramos uma reflexão crítica sobre o papel dos professores, dos pais e sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), salientando a importância da atuação dos professores no âmbito desta problemática.

Na primeira parte deste trabalho abordamos a evolução histórica, a definição do conceito, as suas características, os tipos de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), os critérios de diagnóstico, as causas e possíveis intervenções, bem como a importância da PHDA para os professores e pais. Apresentaremos também uma proposta de ação de formação dada por professores aos pais destas crianças.

Na segunda parte, referente à componente empírica, inquirimos uma amostra de 71 Docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico, Educadores de Infância e Docentes do Ensino Especial, através de um questionário construído para o efeito, no sentido de percebermos qual o conhecimento dos docentes no que diz respeito às características desta problemática e se/como utilizam estratégias para apoiar Pais de Crianças com PHDA.

O tratamento de dados através do programa SPSS 22 permitiu-nos concluir que Docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico, Educadores de Infância e Docentes do Ensino Especial, de uma forma geral apresentam um grau de conhecimentos bastante positivo para identificar a (PHDA) nos alunos. Verificamos ainda que em relação à utilização de Estratégias para Apoiar Pais de Crianças com PHDA, uma maioria afirma que utiliza estratégias de intervenção, embora não as explicitem adequadamente.

Palavra-chave: PHDA, Papel dos Professores, Formação para Pais.

ABSTRACT

The realization of this research allowed us to understand how teachers can intervene to support parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

To contextualize this theme, we developed a critical reflection on the role of teachers, parents and the ADHD, stressing the importance of teachers on this issue.

In the first part of this work an historical approach is made over the ADHD, its concept definition, characteristics, types, diagnostic criteria, causes and possible interventions, as well as the importance of ADHD for teachers and parents. We will also present a training action proposal given by teachers to these children's parents.

In the second part, referring to the empirical component, a sample of 71 teachers from the 1st basic education cycle, kindergarten teachers and Special Education Teachers, were inquired through a questionnaire constructed for this purpose. The aim was to realize what was the teacher's knowledge level concerning the characteristics of this problem and if and how they use strategies to support Parents of Children with ADHD.

The processing of data using SPSS 22 allowed us to conclude that, teachers from the 1st basic education cycle, kindergarten teachers and Special Education Teachers, in general, have a very positive of knowledge allowing them to identify ADHD in students. We also found that in relation to the use of Strategies to Support Parents of Children with ADHD, the majority says that they use intervention strategies, although they do not explicit them properly.

Keywords: ADHD, Teacher Role, Training for Parents.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
I - PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO. 16	
1. Evolução Histórica.....	16
2. Definição PHDA	19
2.1. Défice de Atenção	21
2.2. Hiperatividade.....	23
2.3. Impulsividade.....	25
3. PHDA - Tipos	26
4. Critérios de Diagnóstico	29
5. PHDA – Causas	31
6. Modelos de Intervenção	33
6.1. Tratamento Farmacológico.....	34
6.2. Intervenção Parental.....	37
6.3. Intervenção Escolar	39
6.4. A PHDA e os Problemas de Desenvolvimento da Criança	42
II- PROFESSORES, PAIS E A PHDA	43
1. Professores e a PHDA	43
2. Estratégia para Professores com Alunos Portadores da PHDA	47
3. PHDA – Pais e Filhos.....	50
4. Estratégias para os Pais com Filhos Portadores da PHDA.....	52
III- PROFESSORES DÃO FORMAÇÃO A PAIS DE CRIANÇAS COM PHDA.....	55
1. Viver com uma Criança com PHDA	56
2. A Reação ao Diagnóstico da PHDA	57

2.1. Pais que rejeitam o diagnóstico	57
2.2. Pais que oscilam entre a rejeição e a aceitação	58
2.3. Pais que aceitam o diagnóstico	59
3. Fatores que Afetam o Comportamento das Crianças	60
3.1. Temperamento e aptidões com que a criança nasce	60
3.2. Idade e estádios de desenvolvimento	61
3.3. Valores parentais.....	62
3.4. Estilos de gestão de comportamentos.....	62
3.5. Tensão e fatores emocionais.....	63
4. Erros Comuns Cometidos na Gestão de Comportamentos.....	64
4.1. Ausência de elogio.....	64
4.2. Não disciplinar comportamentos de forma imediata ou consistente	65
4.3. Não persistir na disciplina estabelecida	67
4.4. A armadilha do vilão-vítima-salvador	67
5. Instrumentos para gerir Comportamentos	68
5.1. Assumir a atitude certa	69
5.2. Usar o reforço positivo	70
5.3. Usar a comunicação assertiva.....	71
5.4. Usar o período de pausa	73
5.5. Dar alternativa às crianças com PHDA.....	73
5.6. Usar programas de recompensa	74
PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA.....	76
I – METODOLOGIA.....	77
1. Objetivos.....	77
2. Hipóteses.....	79
3. Amostra	81

4. Instrumentos	89
5. Procedimentos	90
II – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	95
1. Descrição dos Resultados.....	95
2. Discussão dos Resultados	112
CONCLUSÕES	120
BIBLIOGRAFIA.....	125
ANEXOS	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Construção do Questionário	90
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Idade dos Inquiridos	82
Tabela 2 - Género dos Inquiridos	83
Tabela 3 - Formação Académica dos Inquiridos	84
Tabela 4 - Formação em Educação Especial	85
Tabela 5 - Tempo de Serviço dos Inquiridos	86
Tabela 6 - Situação Profissional Atual	87
Tabela 7 - Conhecimento sobre a PHDA dos Inquiridos	88
Tabela 8 - Características Específicas dos Alunos com PHDA	96
Tabela 9 - Competências para Identificar Alunos com PHDA	99
Tabela 10 - Características que se podem tornar elegíveis para a E.E.	101
Tabela 11 - Perceção dos Docentes quanto aos Apoios Disponibilizados	102
Tabela 12 - Utilização de Estratégias para Apoiar Pais de Crianças com PHDA.....	103
Tabela 13 - Organização de momentos Educativos Especiais.....	105
Tabela 14 - Teste da normalidade	107
Tabela 15 - Comparação do Nível de Conhecimento sobre a PHDA por Género dos Docentes.....	107
Tabela 16 - Comparação do nível de conhecimento sobre a PHDA pela Formação Académica.....	108
Tabela 17 - Comparação do Nível de Conhecimento Sobre a PHDA pela Formação Académica.....	109
Tabela 18 - Comparação do conhecimento por experiência profissional com alunos com PHDA.....	109

Tabela 19 - Comparação do conhecimento por realização de formação sobre PHDA.....	110
Tabela 20 - Comparação do conhecimento por intervenção com crianças portadoras da PHDA.....	110
Tabela 21 - Comparação do conhecimento por considerar importante o apoio aos pais da criança com PHDA	111
Tabela 22 - Correlação do conhecimento da PHDA com a Idade e o Tempo de Serviço.....	111

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade dos Inquiridos.....	82
Gráfico 2 - Género dos Inquiridos.....	83
Gráfico 3 - Formação Académica	84
Gráfico 4 - Formação em Educação Especial	85
Gráfico 5 - Tempo de Serviço dos Inquiridos.....	86
Gráfico 6 - Situação Profissional Atual dos Inquiridos	87
Gráfico 7 - Conhecimento sobre a PHDA dos Inquiridos.....	88
Gráfico 8 - Características Específicas dos Alunos com PHDA	96
Gráfico 9 - Competências para Identificar Alunos com PHDA.....	98
Gráfico 10 - Características que se podem tornar elegíveis para a E.E.	100
Gráfico 11 - Perceção dos Docentes relativamente aos Apoios Disponibilizados.....	102
Gráfico 12 - Utilização de Estratégias para Apoiar Pais de Crianças com PHDA.....	103
Gráfico 13 - Organização de momentos Educativos Especiais	105

LISTA DE ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria

DMS – IV – TR – Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão

BASC - Behavioral Assesment System for Children

CBCL - Child Behavior Checklist

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

IPI - Intervenção Precoce na Infância

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

ELI - Equipas Locais de Intervenção

E.E – Educação Especial

E.U.A – Estados Unidos da América

NEE – Necessidades Educativas Especiais

TDAH – Transtorno Deficit de Atenção Hiperatividade

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SPSS - Statistical Package for the Social Science

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

INTRODUÇÃO

O presente trabalho decorre da investigação realizada no âmbito do Mestrado de Ciências da Educação – Especializado em Educação Especial, na Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti e tem como principal objetivo o papel dos Educadores de Infância, Docentes do 1º ciclo do Ensino Básico e Docentes de Educação Especial no apoio aos pais de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Os problemas de comportamento e os problemas de aprendizagem em contexto escolar constituem uma das principais fontes de preocupação para professores e pais e, de uma forma geral, para todos aqueles que se interessam pelas mudanças educativas (Lopes, 1998).

Muitos professores têm a experiência de ter nas suas aulas crianças com comportamentos inadequados, não por serem rebeldes, mal-educadas ou agressivas, mas porque demonstram uma evidente dificuldade em cumprir as regras escolares e em manterem-se quietas e sossegadas, quando necessário.

Muitos pais também têm a experiência de desesperar com estas crianças, sentindo-se impotentes para gerir as situações em que se vêem envolvidos com elas. Uns e outros têm a vivência e o conhecimento experienciado do problema, mas não a sua compreensão total: normalmente, sentem-se desolados, agem intuitivamente e revelam dificuldades em lidar com estes comportamentos (Garcia, 2001).

As crianças com PHDA, tal como os seus pais, convivem mal com as suas dificuldades de autorregulação cognitiva e comportamental, com a incapacidade de inibir comportamentos inapropriados, com a impossibilidade de se manterem atentas a tarefas ou estímulos, com a incessante busca de estímulos novos, com os imparáveis movimentos de pés, mãos, braços e cabeça, com a incapacidade de gerir adequadamente os seus espaços e, sobretudo, de organizar o seu tempo. O tempo é possivelmente a dimensão mais prejudicada na PHDA, o que acarreta um sem número de consequências negativas para estas crianças, particularmente em áreas que exigem uma gestão adequada das oportunidades: as relações com os outros, a reflexão

sobre os acontecimentos passados, o estabelecimento de objetivos futuros, o planeamento e a organização da ação, a realização atempada dos trabalhos escolares, o saber esperar “pela vez”, o sentido (social) de oportunidade, etc. Além disso, o discurso interno, que deveria permitir uma permanente reflexão falada sobre as experiências passadas e estruturar os futuros hipotéticos, revela-se afinal demasiado frágil, imaturo e incoerente para sustentar tão decisiva função.

Não surpreende que tais dificuldades, cuja origem é seguramente mais interna do que educacional, provoquem nas crianças, uma sensação de menos-valia pessoal perante os pares, os professores, os irmãos e até os pais. Para além de serem vítimas dos seus próprios comportamentos, as crianças são alvo frequente da paradoxal “acusação” de que se portam mal “porque querem”. Esta acusação radica evidentemente no desconhecimento da natureza da PHDA. De facto, a “vontade” é algo que em muitas ocasiões escapa ao controlo destas crianças, muito provavelmente devido a alterações dos mecanismos de controlo dos mediadores químicos cerebrais que permitem (deveriam permitir) a inibição de comportamentos, o planeamento, a antecipação de consequências, entre outros.

Seria no mínimo surpreendente que uma criança tivesse tantas dificuldades em relacionar-se com os pares e com os adultos por “decisão” ou “vontade própria”. Tal como seria espantoso que apresentasse dificuldades académicas (como muitas vezes acontece) porque assim o havia decidido.

As dificuldades em perceber e ser percebido atingem por igual pais e crianças com PHDA (Lopes, 2003: 10,11).

Com a finalidade de refletirmos sobre esta temática iremos abordar na parte I a componente teórica do nosso estudo. Assim, no capítulo I será realizada a revisão da literatura. A PHDA surge assim como a principal problemática em estudo. Assim sendo, no capítulo II, irá ser abordado a importância do professor na PHDA, o papel dos pais e as estratégias para os ajudar a conseguir obter melhores resultados com os seus filhos. No capítulo III, apresentamos uma ação de formação dada por professores aos pais destas crianças.

Na parte II, será realizada a investigação empírica. No capítulo I, irão ser descritos os objetivos do estudo, construir as hipóteses, delimitar a amostra necessária para a nossa investigação, indicar os instrumentos que foram selecionados para o nosso estudo e os procedimentos realizados. No capítulo II, iremos demonstrar, de forma pormenorizada, a descrição e análise dos resultados obtidos através do tratamento estatístico. Seguidamente serão discutidos os resultados obtidos procurando validar ou não validar as hipóteses construídas. Como conclusão no capítulo III, faremos as considerações finais sobre os aspetos mais relevantes do nosso estudo, procurando que este não seja um estudo conclusivo mas a continuação da investigação de um tema tão importante para a educação e para os pais.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I - PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

1. Evolução Histórica

A PHDA é uma perturbação que não é dos tempos modernos, embora se pense que é uma perturbação muito recente.

A primeira descrição foi em 1902 por George Frederic Still médico Inglês. Still, descreveu um grupo de crianças em que o comportamento se assemelhava ao défice de atenção e ao excesso de atividade. Já nessa altura Still reconheceu que estes comportamentos não se deviam à má educação, o que contribuiu para que tivesse ainda maior interesse por este sintoma e querer saber mais.

Antes dos anos 20, entre 1917-1918 uma epidemia de encefalite nos E.U.A., originou que muitas crianças ficassem com uma forma de encefalite que as deixou com dificuldades de atenção, excesso de atividade e impulsividade. O vírus da encefalite danificou as mesmas partes do cérebro que as crianças com PHDA.

No início do séc. XX, a literatura apresenta como causa mais provável a lesão cerebral (Strauss e Lethinen, 1947, cit por Barkley 1988; Rutter M. 1968).

Um comportamento similar ao da PHDA, foi observado por Hohman (1992, cit. In Fernandes, 2007) nas crianças que sobreviveram à epidemia de encefalite, descrevendo-as como limitadas na sua atenção, no controlo da atividade e impulsividade.

Em meados do séc. XX, a PHDA é vista como um sintoma que se denomina de hiperquinésia ou hiperatividade que tem origem numa lesão cerebral que poderá ser ou não detetada.

A PHDA passou então a ser o distúrbio de desenvolvimento de comportamento na infância mais estudado. Aconteceram uma série de alterações ao nome e uma rápida evolução na compreensão deste sintoma.

Na perspetiva de Lopes (2003), os inúmeros trabalhos publicados entre 1936 e 1941 por Bradley, Bowen, Goldstein, Molitch e Eccles, foram uma mais-valia para a evolução do conceito da PHDA.

Nos anos 50, foram surgindo alterações ao nome. A PHDA passou a ser um tema de grande interesse e de discussão. Nesta altura, a atenção centralizou-se nas crianças com hiperatividade e foi dado o termo de “distúrbio hiperquinético-impulsivo”.

Nos anos 60, os estudos da PHDA começaram a ter maior rigor científico, nessa altura a atividade motora passou a ser a componente essencial da perturbação e passa a ser designada como “Reação Hiperkinética da infância”, no DSM-II (1968).

No entanto as divergências não pararam por aqui. Os Americanos e os Europeus, não tinham a mesma caracterização face à PHDA. Nos Estados Unidos, a hiperatividade era vista como uma perturbação comportamental relativamente frequente, caracterizado por um excesso de atividade, superior ao normal. Na Europa e Reino Unido, a hiperatividade era descrita como um estado excessivo de atividade, não muito comum e associado a outros sinais de lesão cerebral.

Estas divergências de posição, as estimativas de prevalência, os critérios diagnósticos e as prescrições de tratamento apresentavam diferenças consideráveis.

Nos anos 70, a definição de hiperatividade surgiu na nomenclatura diagnóstica oficial no sistema americano de classificação diagnóstica, na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais no DSM-II (Neto, 2010).

Lopes (2003), refere que nos anos 70, existiram inúmeros estudos sobre esta perturbação.

A psicóloga canadiana Virgínia Douglas, fez um trabalho excelente para esta mudança, sendo que as suas várias investigações a este nível colocam ênfase na importância do défice de atenção e impulsividade.

Nos anos 80, a hiperatividade volta a ser aceite como elemento central do distúrbio hiperkinético, juntamente com os problemas de impulsividade e de

atenção. Nesta mesma década deu-se a revisão do DSM-II, dando origem ao DSM-III, onde a designação é alterada para Défice de Atenção com Hiperatividade.

O DSM-III-R em 1987, a designação volta a ser alterada para Défice de Atenção e Hiperatividade. Podemos mesmo dizer que foi nos anos 80, que a PHDA atingiu o seu momento de glória, porque foi nesta década que a perturbação teve o maior número de estudos psiquiátricos da infância.

Os anos 90, foram de intensa investigação, foi uma época de reflexão sobre todas as investigações realizadas nas décadas anteriores.

O DSM-III (APA, 1980, cit. por Lopes, 2003), apresenta novos critérios de diagnóstico com base nas investigações realizadas nos anos anteriores. Os sintomas são apresentados numa lista detalhada de verificação de comportamentos. Neste sentido, são criados alguns subtipos desta perturbação, que são:

- PHDA com Hiperatividade;
- PHDA sem Hiperatividade;
- PHDA residual, que consistiu um subtipo com contornos pouco definidos.

No que diz respeito ao DSM-IV (APA, 1994, cit. por Lopes, 2003) divide os sintomas de uma forma diferente dos anteriores manuais. O DSM-IV, diz que os sintomas devem ser observados num período prolongado e em pelo menos dois contextos diferentes, sendo eles em casa e na sala de aula (na sala de aula, porque se considera que os professores são observadores privilegiados).

No DSM-IV-TR (2012), a designação utilizada por toda a comunidade científica é Perturbação e Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

O DSM-5 não traz muitas alterações em relação ao DSM-IV, podemos mesmo dizer que se manteve a mesma lista de dezoito sintomas divididos entre a desatenção e Hiperatividade/Impulsividade. Observa-se assim a alteração nos subtipos do transtorno que foram substituídos por especificadores com o mesmo nome. Outra das alterações foi o aumento da idade dos 7 anos para os 12 anos.

Podemos concluir, que o DSM-5 veio causar polémica pelo risco de criar uma superestimativa com o aumento de incidência da PHDA na população geral apesar, de a APA e outros especialistas defenderem essa mudança como favorável.

2. Definição PHDA

A PHDA é considerada uma perturbação difícil de definir como também de diagnosticar.

Segundo Fonseca (1998) a PHDA é considerado como um comportamento, uma característica e até mesmo como um distúrbio.

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento das crianças que resulta de alterações no funcionamento do sistema nervoso, afetando cerca de 5 a 8% das crianças em idade escolar, apresentando vários desafios para elas próprias, para os pais e para os professores.

Esta perturbação é classificada na categoria de Perturbações Disruptivas do Comportamento e do Défice de Atenção. Dentro das perturbações disruptivas do comportamento, de acordo com o sistema de classificação e diagnóstico DSM-IV-TR, podemos distinguir, a perturbação de oposição, a perturbação de Hiperactividade com défice de atenção e a perturbação do comportamento, cada uma com características muito específicas. Neste tipo de perturbação torna-se urgente uma intervenção não só com o próprio, mas nos diferentes contextos significativos para a criança, estando incluída na classificação de perturbações com ocorrência habitual na primeira e segunda infância e na adolescência.

A PHDA é um transtorno do desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividade. Não se trata apenas de um estado momentâneo que será ultrapassado, de uma fase probatória, porém normal, da infância. Não é causada por falta de disciplina ou acompanhamento parental, assim como não é nenhum tipo de “maldade” por parte da criança (Barkley, 2002).

As crianças com PHDA têm aparência normal. Não existe nenhum sinal visível de que algo esteja fisicamente errado com o sistema nervoso central ou com o seu cérebro. Nesse sentido, “acredito que seja uma imperfeição no cérebro que provoque a movimentação constante e outros comportamentos que as pessoas julgam tão intoleráveis nestas crianças (Barkley, 2002).

Para Barkley (2002) a PHDA é um transtorno real, um problema real e, frequentemente, um obstáculo real.

Segundo Lopes (2003) a PHDA é uma perturbação bio-psico-social, ou seja, apresenta dimensões de ordem genética, biológica, social e vivencial que concorrem para a sua intensidade. Agitação, inquietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social deficitário, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência e preguiça são algumas das características atribuídas a estas crianças.

A PHDA é “um distúrbio de base genética caracterizada por um metabolismo deficiente dos neurotransmissores, que precisa receber um tratamento adequado”; o que explica dizendo: “A atividade cerebral que comanda a inibição do comportamento, a auto-organização, o auto controle e a habilidade de inferir o futuro está prejudicada por um metabolismo deficiente dos neurotransmissores, o que leva à incapacidade de administrar eficazmente os aspetos críticos do dia-a-dia” (Barkley, cit. por Lopes, 2003).

Segundo o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Ed. 2013), a PHDA é mais frequente no sexo masculino do que no feminino na população geral.

A Perturbação de Hiperatividade e Défice da Atenção (PHDA) parece ser a expressão mais correta, senão a mais aceite, por tradução da expressão Anglo-saxónica Attention Deficit Disorder with Hiperactivity, utilizada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) no seu 4º manual de Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais, publicado em 2002 (DSM-IV-TR), o qual constitui referência internacional nesta área clínica.

Segundo este manual, a PHDA define-se por um “padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é

mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento”.

Esta é uma perturbação que é caracterizada por uma constelação de problemas também relacionados com falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, resultantes de um desenvolvimento não adequado e causador de dificuldades na vida diária.

A Associação Portuguesa de Pessoas com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção entende a PHDA como sendo:

“Uma perturbação de desenvolvimento com carácter crónico, com base genética e neurológica. Esta perturbação interfere com a capacidade do indivíduo em regular e inibir o nível de atividade (hiperatividade), inibir comportamentos (impulsividade) e prestar atenção às tarefas. Estas alterações do comportamento são inapropriadas para o nível de desenvolvimento geral do indivíduo. As manifestações surgem em vários contextos (casa, escola, trabalho, atividades dos tempos livres) e interferem com o seu funcionamento adequado. As crianças experimentam as consequências negativas desses comportamentos em casa, nas relações com os colegas, no rendimento escolar e têm maior propensão para acidentes e comportamentos de risco. Se não houver tratamento apropriado, muitos destes problemas mantêm-se até à vida adulta podendo levar a uma maior frequência de conflitos conjugais, familiares e profissionais”.

2.1. Défice de Atenção

O que mais caracteriza a criança com PHDA é a sua dificuldade de atenção durante certos períodos de tempo. Podemos verificar este sintoma tanto na escola como em casa. Na escola, a criança é incapaz de se concentrar na sua atividade, passando mesmo de uma tarefa para a outra sem concluir a que iniciou. Os seus cadernos estão sujos e desorganizados. Em casa, a criança não consegue seguir o que lhe é pedido, dando mesmo a impressão que não ouviu o que lhe foi dito ou não estava a prestar atenção (Polaino-Lorente & Ávila, 2004).

As crianças com PHDA exibem níveis elevados de desatenção comparados com outras crianças da mesma idade, no entanto, deve-se destacar que a atenção constitui um construto multidimensional que se pode comparar a problemas relacionados com o alerta, a ativação, a seletividade, a manutenção da atenção, a distratibilidade ou com o nível de apreensão (Hale & Lewis, 1979, cit. por Lopes, 2003).

Os problemas de atenção acentuam-se particularmente em tarefas em que exige vigilância ou uma manutenção prolongada da atenção (Douglas, 1983).

Estes problemas observam-se também em atividades lúdicas (as brincadeiras são mais curtas, e as crianças mudam com frequência de brinquedos ou de atividade), parece indiscutível que se agravam aquando da realização de tarefas incómodas, repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção (Luk, 1985; Zentall, Falkenberg & Smith, 1985, cit. por Lopes, 2003).

Segundo Barkley (1990) tudo indica que a diminuição esteja sobretudo relacionada com o facto de a tarefa não possuir um valor de atração suficiente ou não parecer produzir recompensa visível imediata para a criança.

As crianças com PHDA, em vez de continuarem o que estavam a fazer, apresentam uma elevada probabilidade de saltar de um estímulo para outro e assim sucessivamente, acabando por se esquecer do que estavam inicialmente a fazer, acabando assim por nunca terminar o que começaram (Lopes, 2003).

As crianças têm problemas em fixar a sua atenção em tarefas mais longas, no entanto, elas persistem apesar de difícil (Barkley, 2002).

A crescente tendência para a restrição do papel da atenção na PHDA, (Douglas, 1988, cit. por Lopes 2003) identifica diversas tarefas em que as crianças com PHDA não manifestam défices de atenção.

Mesmo que fosse notória a existência de um défice num tipo de tarefa, ele não poderia ser ligado a um conceito operacionalizado de atenção (Sergeant, 1988, cit. por Lopes, 2003).

O défice de atenção, manifesta-se pela falta de persistência na realização de atividades que requerem a intervenção de processos cognitivos. Significa que não terminam as tarefas e se distraem com alguma facilidade, sobretudo

quando o nível de complexidade aumenta e exige a utilização de conceitos abstratos (Garcia, 2001).

2.2. Hiperatividade

A hiperatividade, enquanto sinal discriminativo relativamente à presença deste distúrbio, foi até aos anos 80 considerada não apenas como um sintoma entre vários, mas o próprio fundamento do distúrbio. A hiperatividade define-se por uma diminuição ou ausência de controlo na criança que sofre desta perturbação. Não podemos dizer que é ausência de vontade, mas sim ausência de controlo (Falardeau, 1997).

As crianças com PHDA apresentam normalmente níveis de atividade substancialmente superiores à média, quer ao nível motor quer ao nível vocal. A nível motor é comum estas crianças mexerem permanentemente as mãos e as pernas, apresentarem uma grande dificuldade em estar quietas ou simplesmente descansarem e, sobretudo, exibirem estes movimentos desajustados. Os pais costumam por isso descrevê-las como “falando de mais”, “não sendo capazes de estar quietas”, “parecendo ter bichinhos-carpinteiros” e os professores referem-nos como “estando constantemente fora do lugar sem autorização”, “respondendo fora da sua vez”, “fazendo barulhos impróprios”, “mexendo em objetos não-relevantes para a tarefa, etc.” (Abikoff et al. 1977; Atkins & Pelham, 1992; Cammann & Miehle, 1989; Luk, 1985, cit por Lopes, 2003:85).

Devido a este sintoma a sua conduta é caótica, inquieta, não focalizada em objetos ou finalidades e com falta de persistência, trata-se de crianças desordenadas, descuidadas, que mudam continuamente de tarefa sem nunca terminar a que iniciaram. Têm dificuldade em permanecer sentadas e quietas e por norma respondem sem que lhes seja perguntado algo, ou até mesmo, sem a pergunta ainda ter sido terminada. São impacientes, não são capazes de esperar pela sua vez nas atividades em que participam com os outros e interrompem as tarefas ou atividades dos companheiros e dos membros da família. Por todos estes factos têm uma fraca consciência do perigo, podendo

sofrer, com mais facilidade acidentes e quedas, em geral são desobedientes, não ouvem ou parece não ouvir as ordens dos adultos, não cumprem as regras. Normalmente têm problemas com os colegas, porque têm dificuldade nos jogos cooperativos e no ajustamento do seu comportamento perante as regras do jogo (Garcia, 2001).

É necessário considerar a existência de diversos tipos de “sobreatividade”. Alguns autores referem que a locomoção, os movimentos dos tornozelos, dos pulsos e do corpo em geral parecem diferenciar consistentemente estas crianças das crianças normais (Barkley & Cunningham, 1979; Barkley & Ullman, 1975; Porrino et al. 1983). No entanto, a flutuação situacional permite especular que o problema essencial reside na dificuldade de controlo em situações que socialmente o exigem e não tanto nos níveis elevados de atividade motora (Firestone & Martin, 1979; Sandberg, Rutter, & Taylor, 1978). No entanto, outras questões poderão ser levantadas na avaliação da componente “hiperatividade” do distúrbio: I) a variabilidade situacional dos níveis de atividade motora, II) a variabilidade inter-sujeitos que traduz possivelmente a própria variabilidade de temperamentos individuais, III) o estabelecimento de linhas claras de demarcação entre o que poderá ser considerado “híper”, “hipo” ou “normal” em termos dos níveis de atividade motora (Lopes, 1998:63).

Para Parker (2003) as crianças hiperativas são muito mais irrequietas e dão mostras de um excesso de atividade mais marcante, do que as crianças que não são hiperativas. Estão sempre a mexer em algo, nunca param num local, andam sempre de um lado para o outro, raramente se interessam por algo durante muito tempo, nunca se sentem satisfeitas, são muito curiosas e necessitam de uma vigilância constante.

As crianças hiperativas correm de um lado para o outro da casa, saltam ou correm na rua, nunca querem ir de mão dada com os pais, andam à frente ou atrás deles. Quando estão sentadas numa cadeira, mexe permanentemente as pernas, balançando-se, levantam-se tendo permissão ou não para o fazer. São imprevisíveis, imaturas e inapropriados para a idade. As crianças hiperativas não são más, mas são travessas (Polaino-Lorente & Ávila, 2004).

2.3. Impulsividade

A desinibição comportamental constitui uma incapacidade de controlo pessoal em resposta a exigências da situação. O fracasso na inibição de comportamentos tem recebido na literatura a designação de impulsividade (Lopes, 2003).

A impulsividade, tal como o défice de atenção, tem uma natureza multidimensional (Milich & Kramer, 1985), não sendo claros os aspetos em que se apresenta a problemática para as crianças com PHDA (Barkley, 1990).

Nestas crianças, a impulsividade é marcada pela incapacidade de pensar antes de agir, o que as leva a dizer palavras agressivas aos outros, mas por parte dos que as recebe são mal entendidas. No entanto, estas palavras são rapidamente esquecidas pelas crianças que as dizem, apesar de não serem ditas para magoar mas sim para ajudar (Falardeau, 1997).

Normalmente interrompem os outros acabando por os incomodar, intrometendo-se em conversas e até mesmo nos jogos.

Estas crianças precipitam-se nas respostas às questões que lhes são apresentadas, têm dificuldade em seguir regras nos jogos e não esperam pela sua vez nas filas (Lopes, 2003 & Parker, 1999). Não têm noção dos perigos e envolvem-se em atividades arriscadas acabando por sofrer vários acidentes. São crianças que apresentam dificuldades em lidar com a frustração, evitando as tarefas que só oferecem recompensa a médio ou longo prazo (Lopes, 2003).

A criança impulsiva age repentinamente, sem pensar nas consequências da sua ação. Quando inicia alguma nova atividade, começa com entusiasmo, realiza-a de forma desorganizada, desestruturada e raramente a conclui. Qualquer ideia que lhe ocorra é imediatamente executada. Em casa, a criança não tem paciência para seguir as regras do jogo e, conseqüentemente, não sabe jogar sozinha, não se entretém com nenhum brinquedo e passa constantemente de uma atividade para outra (Polaino-Lorente & Ávila, 2004).

Garcia (2001) refere que a impulsividade é posta em evidência pela incapacidade que demonstram em inibir as condutas que procuram a satisfação imediata, daí que, em alguns casos, se indique que têm uma

escassa tolerância à frustração e um deficiente controlo dos impulsos e do autodomínio.

A impulsividade pode ser igualmente definida como um padrão específico de resposta a determinadas tarefas, caracterizada essencialmente pela rapidez e imprecisão (Brown & Quay, 1977, cit. por Lopes, 2003:82).

Podendo ser igualmente encarada como uma baixa capacidade de manutenção da inibição de respostas, de adiantamento da gratificação, como uma deficiência na capacidade de adesão a regras e de regulação ou de inibição de comportamentos em situações sociais (Barkley, 1990; Rapport, Tucker, DuPaul, Merlo & Stoner, 1986, cit. por Lopes, 2003).

Para Parker (2003) as crianças com esta problemática dão muitas vezes respostas despropositadas a questões antes de estas terem sido concluídas.

A impulsividade remete assim para uma incapacidade de regulação comportamental e falta de inibição.

3. PHDA - Tipos

São reconhecidos três tipos de apresentação da PHDA, de acordo com os sintomas que predominam.

No tipo desatento predomina sintomas de falta de atenção e só obteve reconhecimento em 1994 com a publicação do DSM-IV. Até aí era exigida a presença de sintomas de Hiperatividade e Impulsividade para se fazer o diagnóstico da PHDA.

As crianças com esta forma clínica exibem seis ou mais dos sintomas de dificuldades de atenção mencionados nos critérios de diagnóstico do DSM-IV. Estas crianças apresentam uma constante falta de atenção e de esforço não tendo iniciativa, acabando por não terminarem as suas atividades. Parecem estar sempre a sonhar acordadas, “no mundo da lua”, o que faz com que quando é chamada à atenção nunca percebem o motivo.

No entanto, estas crianças têm algumas atividades nas quais conseguem sustentar a atenção e o esforço adequadamente e em geral são atividades

novas ou aquelas pelas quais sentem grande interesse como, por exemplo, informática, música entre outras.

Estudos mais recentes realizados, demonstram que esse tipo clínico é muito mais frequente do que se pensava inicialmente, e segundo alguns autores seria até o tipo mais frequente de todos.

Ao contrário dos outros tipos, que desde os primeiros anos de vida já exibem sinais evidentes do transtorno, no tipo desatento, os sinais podem só se tornar salientes por volta dos nove anos, e não é raro que só se observem a partir dos onze anos de idade.

Os problemas costumam agravar na puberdade e à medida que as exigências sobre a atenção se tornam mais complexas.

Com o passar dos anos podem-se desenvolver o isolamento social, a timidez, e fobia social bem como a angústia e a depressão. Para isso não se tornar tão vincado nas suas vidas, estes adolescentes automedicam-se e utilizam o álcool e o tabaco para fugir da realidade.

No tipo hiperativo/impulsivo predominam sintomas de hiperatividade e/ou de impulsividade.

Estas crianças apresentam:

- Inquietações: Mexer as mãos e/ou pés quando sentado;
- Faz várias coisas ao mesmo tempo, está sempre a mil por hora, em busca de novidades, de estímulos fortes;
- Detesta o tédio;
- Consegue ler, ver televisão e ouvir música ao mesmo tempo;
- Muitas vezes é visto como imaturo insaciável;
- Interrompe os outros;
- A sua impaciência faz com que responda a perguntas antes mesmo de estarem concluídas;
- Baixo nível de tolerância: não sabe lidar com frustrações, com erros (nem os seus, nem os dos outros);
- Instabilidade de humor: ora está ótimo, ora está péssimo, sem que precise de motivo sério para isso;

- Dificuldade em expressar-se: muitas vezes as palavras e a fala não acompanham a velocidade da sua mente;
- Muitos quando estão em grupo falam sem parar sem se dar conta que outras pessoas gostariam de dar as suas opiniões, colocar questões e o que deveria ser um diálogo, transforma-se num monólogo que só interessa a quem está a falar;
- A comunicação costuma ser compulsiva, sem filtro para inibir respostas inadequadas, o que pode provocar situações constrangedoras e/ou ofensivas: fala ou faz e depois pensa;
- Tem um temperamento explosivo: não suporta críticas, provocações e/ou rejeição;
- Hipersensibilidade: pode ressentir-se facilmente, tendo uma tendência ao desespero, como o seu mundo fosse cair a qualquer instante, incapacitando-o muitas vezes de ver a realidade como ela realmente é, e buscar soluções;
- Comportamento de oposição, teimosia.

No tipo combinado está presente um número significativo dos três grupos de sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Estes sintomas tendem a ser persistentes e presentes em múltiplas situações: em casa, na escola, nas atividades extracurriculares, etc. Apesar de ser detetada principalmente na infância, os sintomas da PHDA podem também evidenciar-se em adolescentes e adultos.

A PHDA pode afetar o aproveitamento escolar e as capacidades sociais. As crianças com esta perturbação podem também distinguir-se em alguns talentos. Estas, devem ser exploradas e encorajadas, pois podem ajudar a melhorar a autoestima e a confiança.

Também têm o direito a programas educacionais especiais promovidos pelo governo.

4. Critérios de Diagnóstico

O diagnóstico para crianças com sintomas da PHDA é muito importante, sendo essencial definir um método que permita ser estabelecido um diagnóstico tão rigoroso quanto o possível.

Segundo Falardeau (1997) é importante poder submeter a criança a um exame bioquímico ou radiológico que confirme o diagnóstico com grande rigor e o risco de erro diminuído. Nesse sentido foram feitas várias tentativas por muitos investigadores desde o eletroencefalograma até à ressonância magnética e conseguiram concluir que o recurso a esses exames mantêm-se inúteis obrigando assim os médicos a limitar-se aos critérios clínicos.

Uma grande parte dos clínicos baseia-se nos critérios definidos pela Associação Americana de Psiquiatria para estabelecer um diagnóstico da PHDA. Estes critérios foram publicados pelo DSM-IV. Para que um dos dezoito sintomas inumerados seja considerado, é necessário que se manifeste com muito maior frequência do que na maioria das crianças com a mesma idade mental. Um questionário elaborado com esses dezoito sintomas pode ser preenchido pelos pais da criança e pelos professores da escola, podendo assim, pedir aos outros profissionais que trabalhem diretamente com a criança (Falardeau, 1997).

Até ao momento não existem escalas com propriedades psicométricas satisfatórias, o que não impede a utilização alternativa de escalas a preencher por pais e professores (Barkley, 1991 e Sleator, 1981).

As listas apresentadas pelo DSM-IV-TR mostram outras escalas que visam também avaliar a criança.

Existem algumas escalas de avaliação que poderão ser utilizadas para avaliar o comportamento das crianças para pais e professores, sendo elas a escala de BASC, a CBCL e a escala de Conners. Estas escalas irão refletir particularmente nos sintomas principais já descritos, no entanto, tal não significa que não apareçam outros sintomas que se encontram associados e que poderão existir em crianças com PHDA.

Para que o diagnóstico seja determinado não é necessário que a criança apresente todos os sintomas nas suas atividades diárias. A maioria das crianças apresentam os sintomas na escola, durante os exercícios escolares, no entanto, uma boa avaliação do grau dos sintomas em cada situação influenciará a escolha do tratamento. Assim sendo, é extremamente necessário uma avaliação em ambiente escolar. Se uma criança só apresentar os sintomas em casa deveria ser submetida a um diagnóstico mais completo antes de ser considerado um caso da PHDA.

De acordo com o DSM-IV e com o ICD-10, é necessário que os sintomas se manifestem em mais do que um contexto para que o diagnóstico seja considerado. Contudo, é necessário salientar que, mais do que o contexto, será o tipo de tarefas a determinar a possibilidade de um diagnóstico da PHDA. Na verdade, é mais provável que os sintomas de desinibição comportamental, de dificuldades na autorregulação, de falta de persistência e de distração, sejam mais evidentes em contextos em que as tarefas são exigentes quanto a estes fatores e em que se exige a elaboração de planos e estratégias a médio e longo prazo (Lopes, 2003:149).

O ideal do diagnóstico da PHDA seria mesmo conseguir responder aos seguintes requisitos:

- Entrevista com a criança e os pais, realizada por um psicólogo, médico ou alguém que tenha formação nesta área;
- Exame médico se necessário;
- Preenchimento de questionário pelos pais;
- Entrevista com os professores;
- Preenchimento de questionário pelos professores;
- Observação direta do comportamento nos contextos de vida da criança.

Mas na prática e falando especificamente do nosso país, isso não acontece, é impossível conseguir preencher todos estes requisitos. Isto, porque este distúrbio ainda está pouco reconhecido pelos nossos profissionais, o que os leva a que não se sintam à vontade para o diagnosticar. Seria também necessário um trabalho de equipa, em que no mínimo tivesse presente um psicólogo e um médico o que raramente acontece. Por fim, o profissional que

avalia a criança nunca ou raramente tem a possibilidade de fazer uma observação direta, sendo neste caso que a entrevista com os pais e com os professores ganha uma extraordinária relevância (Lopes, 2003).

No DSM-IV-TR estão descritos os critérios de diagnóstico que um indivíduo com PHDA poderá apresentar. Segundo este manual, para que o diagnóstico seja feito, os sintomas neles especificados devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade desadaptada e inconsciente em relação ao nível de desenvolvimento da criança (APA, 2002). Explica também que alguns destes sintomas devem aparecer antes dos sete anos de idade e terão de estar presentes em dois ou mais contextos (escola e casa). Estes défices terão de apresentar compromisso a nível social e académico. O tipo da PHDA a ser diagnosticado depende dos critérios relacionados com a atenção, hiperatividade e impulsividade, podendo, resultar em PHDA do tipo dominante desatento, tipo predominante hiperativo/impulsivo ou tipo combinado.

5. PHDA – Causas

As causas da PHDA são ainda hoje desconhecidas, embora a investigação nos últimos 20 anos tenha tido progressos muito significativos nomeadamente ao nível dos métodos e técnicas.

Segundo estudos realizados, apontam para uma deficiência no mecanismo da dopamina no cérebro das crianças com PHDA. É necessário ter em atenção nas conclusões uma vez que esta linha de investigação seja prometedora, as incertezas são muitas, não podendo ser definitivo (Lopes, 2003).

Barkley (2000) defende que a PHDA parece depender muito mais de anormalidades do desenvolvimento do cérebro, decorrentes de fatores hereditários, do que de fatores ambientais.

Lopes (2003) refere que a existência de um qualquer tipo de lesão cerebral em crianças com PHDA esteve sempre presente nos estudos dos investigadores. Assim sendo, sabe-se que entre 5-10% das crianças poderão

ter desenvolvido a PHDA através de uma lesão cerebral que poderá ter tido origem num acidente ou por qualquer outra irregularidade.

Existem cada vez mais provas que sugerem que as crianças com PHDA podem ter um qualquer tipo de disfunção em regiões do cérebro associadas ao controlo e à regulação da atenção, ao estado de vigília e à atividade (Parker, 2003).

Vários estudos publicados sobre a atividade cerebral destas crianças comprovam uma atividade diminuída na área pré-frontal do córtex, podendo mesmo dizer que esta diminuição é visível tanto ao nível da atividade elétrica do cérebro como ao nível do fluxo sanguíneo. Na atividade elétrica do cérebro esta poderá ser aumentada através da utilização de estimulantes (Schaughency & Hynd, 1989, cit por Lopes, 2003).

Em relação ao fluxo sanguíneo, particularmente no núcleo caudado, sabe-se que este desempenha uma importante função na interdição comportamental e na manutenção da atenção. A redução do fluxo sanguíneo relaciona-se a uma deficiente produção de dopamina nesta zona, limitando as capacidades de inibição de dopamina fazendo assim com que as capacidades de inibição da criança sejam limitadas. As ligações do corpo estriado com o sistema límbico (responsável pelo controlo das emoções, motivação e memória) causam nas crianças com PHDA, dificuldades nas funções pelas quais este é responsável (Lou, Henricksen & Bruhn, 1984, cit. por Lopes, 2003).

A existência de dois tipos de fatores ambientais, têm tido uma considerável atenção por parte dos investigadores. Um dos fatores ambientais é o consumo de substâncias durante a gravidez, ou seja, se a mãe ingerir ou consumir algum tipo de álcool e/ou tabaco será um fator de risco aumentando assim a possibilidade de a criança nascer com PHDA (Lopes 2003). O outro fator é a exposição ao chumbo principalmente em crianças entre os 12 e 36 meses, provocando o risco de aparecimento de sintomas da PHDA (Barkley, 2000).

Uma das pesquisas mais estimulantes é sobre a PHDA e o papel da hereditariedade. Durante muitos anos, ficou claro que os familiares biológicos de uma criança com PHDA apresentavam problemas psicológicos dos mais

diversificados particularmente depressão, alcoolismo, transtorno de conduta ou comportamento antissocial e hiperatividade do que os familiares sem PHDA. Tais pesquisas sugerem que deve haver predisposição genética para o transtorno (Barkley, 2000:88).

Parker (2003) relativamente à causa da PHDA refere o que melhor define este distúrbio é a hereditariedade. A PHDA tende a manifestar-se em diferentes elementos da mesma família, por este motivo, é normal que a criança com PHDA tenha na família biológica um ou mais familiares com a mesma desordem. Muitos dos pais ao procurar tratamento para os seus filhos verificam que em pequenos tinham sintomas muito idênticos, podendo continuar a apresentar esses sintomas em adultos.

Para concluir Barkley (2000) refere que os fatores biológicos (anormalidades no desenvolvimento cerebral) estão profundamente associados e talvez sejam causadores da PHDA. Até ao momento, os estudos indicam que existe contribuição genética muito forte para essas anormalidades.

6. Modelos de Intervenção

Ao longo dos últimos 20 a 30 anos, muito se tem escrito e dito sobre a intervenção e tratamento da PHDA. As várias investigações têm o intuito de progredir na intervenção desta perturbação.

A PHDA não é uma doença, por esse motivo, não existe cura, deste modo, lida-se com a situação e procura-se mantê-la dentro de limites que não se revelem graves para a criança que vive com esta perturbação. Para que exista uma boa intervenção é preciso considerar a existência de contextos primários e de contextos secundários. Os contextos primários incluem a família e a escola, situações em que a criança passa a maioria do tempo. Nos contextos secundários inclui todos os outros contextos em que a criança se movimenta, tais como, locais de lazer, casa de familiares, espaços públicos entre outros (Lopes, 2003).

O tempo constitui a “invisível” e mais representativa fonte de perturbação das crianças com PHDA (Barkley, 2000). A intervenção deverá, por isso, orientar-se fundamentalmente para ajudar à realização daquilo que as crianças sabem fazer no momento em que é adequado fazê-lo.

O tratamento das crianças com PHDA só poderá ser considerado após uma avaliação completa, efetuada por especialistas e na certeza do seu diagnóstico. Um tratamento complexo não deve ser iniciado só porque uma criança é agitada ou porque tem comportamentos incorretos, ou seja, nem, todas as crianças que incomodam têm PHDA (Falardeau, 1997).

Alguns autores interrogam-se sobre se a perturbação se resolve mediante uma intervenção terapêutica centrada exclusivamente na criança, ou se, pelo contrário, é necessário incluir os pais e os docentes na terapia. No entanto, o tratamento da PHDA consiste, desde à várias décadas basicamente na administração de fármacos (Garcia, 2001).

6.1. Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico pode ser um auxiliar precioso no seguimento das crianças com PHDA (Lopes, 2003).

Ao contrário de que muitos pensam, os fármacos não curam este tipo de perturbação, mas ajudam a controlá-la e atuam no sistema nervoso, fazendo-o funcionar mais eficazmente (Polaino-Lorente & Ávila, 2004).

A criança impulsiva age repentinamente, sem pensar nas consequências da sua ação.

As crianças com PHDA melhoram com o tratamento, mas não existe uma cura. Atualmente os tratamentos disponíveis focalizam-se na redução dos sintomas e na melhoria funcional da criança. Na maioria dos casos inclui medicação, associada ou não a terapia comportamental. É importante que haja um bom aconselhamento familiar e escolar de modo a ajudar a criança a concentrar-se, melhorando assim a sua aprendizagem.

Segundo Barkley (2000) os medicamentos são formas mais largamente propagadas e ardentemente debatidas em relação ao tratamento da PHDA.

Vários estudos conduzidos indicam que os estimulantes, podem ser de grande utilidade para portadores da PHDA. Os estimulantes têm-se mostrado bastante eficazes na melhoria do comportamento, no desempenho escolar e no ajustamento social para aproximadamente 50 a 95% das crianças com esta perturbação.

A administração de fármacos, sobretudo estimulantes, tem uma ampla tradição, apoiada em resultados imediatos e surpreendentes obtidos em algumas crianças com PHDA. Tem-se observado a curto prazo, a diminuição do nível da atividade motora, o aumento da atenção e melhoria do rendimento escolar (Garcia, 2001).

Os medicamentos para a PHDA não alteram a personalidade da criança nem causam dependência. As crianças respondem de forma distinta aos diferentes fármacos usados no tratamento da PHDA, podendo ser necessárias algumas tentativas antes de se encontrar o melhor fármaco para o seu filho. Os estimulantes, como o metilfenidato, são os mais frequentemente utilizados e reduzem os principais sintomas relacionados com a PHDA numa grande maioria das crianças. O medicamento deve ser tomado diariamente mas pode-se fazer uma interrupção do tratamento durante o período de férias escolares e fins-de-semana, de acordo com indicação médica (Lopes, 2003).

A medicação é tanto mais apropriada quanto mais hiperativa é a criança ou os fármacos atuam favoravelmente nas crianças com falta de controlo permanente, deficiente concentração, inquietude contínua, escassa sensibilidade fisiológica aos estímulos ambientais e notável atividade motora. Estes problemas aparecem de forma constante em todas as situações, quer dizer, que nas crianças que são permanentemente hiperativas e que, portanto, estão seriamente afetadas (Barkley, 1976, cit. por Garcia 2001).

O Metilfenidato é um fármaco estimulante, pertencente ao grupo das anfetaminas, que atua ao nível do sistema nervoso central, aumentando a atenção e a concentração, reduzindo os comportamentos impulsivos. Este estimulante é o fármaco mais eficaz no tratamento da PHDA, alcançando 80% de sucesso sendo utilizado em crianças em idade pré-escolar.

Os estimulantes mais comuns usados nesta perturbação são a Concerta®, a Ritalina LA ® ou o Rubifen ®.

No entanto, embora com pouca frequência, estes medicamentos também apresentam efeitos secundários. A redução de apetite e a insónia são os principais efeitos colaterais do metilfenidato. Salientamos, também, dores abdominais e de cabeça, que desaparecem habitualmente após a primeira ou segunda semana de terapia. Algumas crianças podem ficar excessivamente sonolentas e outras mais irrequietas ou irritáveis, no entanto, o ajuste da dosagem diminui estes sintomas. Não estão comprovados efeitos secundários a longo prazo que possam ser atribuídos ao medicamento.

O tratamento farmacológico da PHDA não deixa de ser um tema controverso, pois embora os resultados a curto prazo pareçam evidentes, nem todos os profissionais estão convencidos da sua aplicação alargada, e alguns pais manifestam a sua preocupação quanto às consequências que a medicação continuada pode originar nos seus filhos, a longo prazo (Garcia, 2001).

Os críticos deste tipo de medicação assumem, de uma forma errada, que o comportamento das crianças com PHDA resulta de causas puramente sociais, tais como, a falta de disciplina ou a falta de afeto. Porém, está demonstrado que nestas crianças existe uma alteração genética associada a défices no funcionamento de certas áreas do cérebro que controlam a inibição, a atenção e o autocontrolo. A medicação vai estimular diretamente estas áreas cerebrais pelo que tem de ser administrada diariamente e por longo período de tempo, sendo a única forma de tentar normalizar a falta de atenção, a impulsividade e os comportamentos inadequados.

Nos pais, surge frequentemente a dúvida quanto ao risco de adição em crianças tratadas com estimulantes e ao risco acrescido do abuso de outras drogas quando se tornarem adolescentes. Não há qualquer caso descrito de adição ou dependência com estes medicamentos, e vários estudos demonstram que os adolescentes com PHDA que foram sujeitos a tratamento na infância e adolescência têm uma apetência significativamente menor para

uso e abuso de substâncias do que os adolescentes com PHDA que não fizeram qualquer medicação durante a adolescência (Lopes, 2003:239).

6.2. Intervenção Parental

Não é fácil lidar com uma criança com esta perturbação. Mais difícil ainda é ser pai/mãe de uma criança com PHDA, pois não é fácil perceber as razões pelas quais uma criança de aparência absolutamente normal consegue ser tão cansativa, tão desgastante e tão pouco capaz de seguir instruções, orientações ou ordens que lhe são repetidas dezenas ou centenas de vezes ao longo de anos. É ainda difícil perceber porque razão a experiência parece ensinar tão pouco a estas crianças e como podem num instante ser de uma ternura absoluta e no momento seguinte estar no centro de uma turbulência inacreditável. Muitos pais têm a secreta esperança de que, com o crescimento, a situação se altere e a razão comece pouco a pouco a predominar. A secreta esperança vai sendo substituída pela indiscreta e ardente ânsia de que o pesadelo desapareça de forma mais ou menos mágica (Lopes, 2003).

Segundo Barkley (2000) as crianças com PHDA parecem normais, uma vez que não existe nenhum sinal exterior de que algo esteja fisicamente errado com o sistema nervoso central ou com o seu cérebro. Apesar disso Barkley defende que seja uma imperfeição no cérebro que provoque a movimentação constante e outros comportamentos que a sociedade julga ser tão intoleráveis numa criança com PHDA. A criança com esta perturbação precisa de mais disciplina, mais estrutura e de um ambiente com mais regras.

Era necessário que estes pais fossem esclarecidos/informados por especialistas relativamente à PHDA, pois assim, seria mais fácil ajudar a enfrentar e a lidar com as situações. No entanto, esta ajuda pode revelar-se preciosa, já que estes pais, para além de terem que cumprir o seu difícil papel parental, têm ainda que lidar com as suas próprias angústias, acabando por se destacar a autculpabilização.

A criança hiperativa, apresenta uma outra característica: a de viver unicamente o presente. Para estas crianças é necessário intervir

imediatamente para a recompensar ou a punir, porque são crianças que se esquecem com muita facilidade, se esperarmos, a recompensa ou punição não terão qualquer efeito pois já esquecida a causa dessa intervenção. Estas crianças preferem obter logo pequenas recompensas em vez de ouvir a promessa de uma grande recompensa que virá muito mais tarde. O importante é que a pequena recompensa tenha um grande significado para a criança. As punições curtas deverão ser usadas com a intenção de a criança perceber que o que fez está errado mas, quando realiza algo correto é muito importante que a criança receba imediatamente incentivos positivos que, podem ser dados através de recompensas materiais, de forma verbal ou até mesmo de afeto físico (Falardeau, 1997).

Os pais destas crianças devem aplicar algumas regras, no entanto, têm que ter em atenção a forma como as vão gerir, uma vez que, a regra aplicada nunca poderá ser modificada.

Segundo Falardeau (1997) a aplicação das regras é feita em três tempos: a prevenção, a não aplicação e a intervenção. Quanto à prevenção, os pais devem recordar à criança que existem regras. Caso a regra seja quebrada, os pais devem pedir à criança que as relembre para ter a certeza que estas foram bem entendidas.

A não aplicação, é quando a criança infringe uma regra e os pais fingem que não ouviram/viram. Esta forma de não intervenção é muito útil quando as crianças querem provocar os pais com palavras/atos desagradáveis, no entanto, mais tarde devem recordar a criança da regra que foi imposta anteriormente.

A intervenção deve ser anunciada com calma e clareza à criança, ordenando-lhe que assuma as consequências dos seus atos. Muitas destas crianças tentam negociar com os pais, sendo o mais correto o “virar as costas” para que a criança perceba que não é altura para discussões. Os pais devido aos argumentos da criança ou por vezes porque pensou melhor acha que a sua punição foi injusta, deverá manter a sua posição sem discutir.

Os pais devem trabalhar com os seus filhos a fim de estabelecerem hábitos de estudo adequados, incluindo rotinas para a realização do trabalho

de casa, organização de materiais escolares e para a preparação para a escola no dia seguinte (Parker, 2003).

Os estudos realizados ao longo de mais de duas décadas por Whalen e Dencker revelaram que os casos com resultados mais favoráveis beneficiaram de um suporte familiar e de um apoio externo à família de grande qualidade. São os próprios beneficiários que, já adultos, referem a vital importância que para eles teve o apoio da família em alturas em que sentiam o seu mundo relacional desabar e em que a rejeição dos pares era suavizada pela atenção da família em cuidar do sofrimento dos seus. No mesmo modo, as trajetórias escolares com mais sucesso sempre corresponderam a melhores resultados comportamentais, cognitivos e relacionais de longo prazo (Lopes, 2003).

6.3. Intervenção Escolar

Hoje em dia, as crianças passam de seis a oito horas diárias, cinco dias por semana, uma parte considerável das suas vidas nas salas de aula. Para além disso ainda existem “prolongamentos escolares” sobre várias temáticas, o que podem ser igualmente passados dentro de uma sala (Lopes, 2003).

O insucesso escolar da criança com PHDA não é apenas devido às suas características comportamentais, antes ao desajuste destas, fase às circunstâncias da sala de aula. Estas crianças deverão ser matriculadas nos horários da manhã, uma vez que é a altura do dia onde lhes será mais fácil manter a atenção (Antunes, 2009).

A PHDA em contexto de sala de aula deve ser considerada um problema que não se resolve facilmente e, se não for tratado logo que diagnosticado, vai-se agravando com o avançar da idade (Lopes, 2003).

É importante salientar que quando um professor tem um aluno com esta perturbação na sua sala de aula, este deve ter um conhecimento alargado sobre esta.

Estas crianças devido às suas características específicas, mas também pelo tipo de exigências que a escola coloca, apresentam particulares dificuldades de relacionamento interpessoal, nomeadamente com os pares e

também, numa significativa percentagem, problemas de realização académica (Lopes, 2003).

Uma criança com PHDA tem mais facilidade de se distrair do que uma criança sem esta perturbação, por isso, os próprios colegas são fatores de distração. Para isso, é crucial que a criança esteja sentada num lugar onde o professor tenha facilidade em a observar. A resposta não é igual para todos, dado que enquanto a maioria se encontra melhor na primeira fila em frente ao professor, outros ficarão melhor na fila de trás, sem ruído nas suas costas. Por vezes o melhor lugar para a criança se sentar terá de ser alcançado por tentativa e erro (Antunes, 2009).

Uma aula interessante, lecionada por um professor que é um bom comunicador, consegue prender a atenção de uma forma diferente de uma outra aula aborrecida (Antunes, 2009).

Os professores devem desenvolver esforços no sentido de manterem uma estrutura e uma rotina nas suas salas de aula. É necessário que o professor estabeleça fronteiras bem definidas para a criança hiperativa (Parker, 2003).

O professor que tem na sua sala um aluno com PHDA, deve ter em conta que este é muitas vezes mais lento do que um aluno sem PHDA, logo, tem que dar tempo a que a criança com esta perturbação termine as suas tarefas em contexto de sala de aula, no entanto, o professor deve estipular um tempo para que a criança o faça (Antunes, 2009).

Os professores terão um papel fundamental com estas crianças, por isso, terão de ser capazes de estabelecer um plano de ações que seja consistente, prolongado e que, esteja sempre presente. Normalmente as crianças sem esta perturbação precisam apenas de uma simples chamada de atenção ou uma simples advertência enquanto que, as crianças com PHDA é necessário as múltiplas chamadas de atenção (Lopes, 2003).

Ao estabelecer regras bem definidas em relação ao comportamento dos alunos, o professor comunica-lhes as suas expectativas a fim de serem cumpridas de forma consistente. Os esforços desenvolvidos pelo aluno para

cumprir essas regras impostas, devem ser elogiadas pelo professor (Parker, 2003).

É importante salientar que a investigação sobre a PHDA tem colocado em destaque a medicação e a gestão de comportamentos. A realização académica, infelizmente, não tem tido o mesmo tipo de destaque, apesar de ser visível que um bom desempenho escolar pode ser crucial para diminuir os fatores negativos relacionados com a PHDA, particularmente a baixa autoestima, as dificuldades de relacionamento interpessoal, os pensamentos depressivos, a impulsividade, a desatenção entre outros (Lopes, 2003).

Os professores devem recordar os alunos das regras da sala de aula e devem mesmo promover a sua discussão fornecendo exemplos de situações em que as regras são cumpridas e outras em que existe quebra das mesmas (Martens e Kelly (1993), Sprick e Nolet (1991) e Ysseldyke e Christenson (1987, 1988) cit, por Lopes, 2003:206). Os professores devem utilizar o contacto visual não só como forma de controlo dos comportamentos mas também como forma de manter o ritmo das aulas e fornecer sinais sobre transições ou obter comportamentos específicos. Para isso, devem informar os alunos quais os comportamentos fundamentais para a realização de uma atividade antes desta iniciar. Devem também, circular entre as secretárias procurando fornecer mais informação aos alunos. O ritmo da aula deve ser harmonioso e dirigido pelo professor e não pelos alunos. Todas as atividades escolares e lúdicas bem como as rotinas, devem ser compreendidas pelos alunos tendo o professor a função de verificar se estão a ser entendidas. Os professores têm também a função de comunicar claramente as suas expectativas sobre a utilização do tempo disponível para a aula.

Todos estes comportamentos estão relacionados com uma boa gestão de sala de aula bem como com a elevação do rendimento escolar (Martens e Kelly, 1993, cit. por Lopes, 2003). Assim sendo, professores que apresentam estes comportamentos serão melhores professores para os alunos em geral e particularmente para alunos com PHDA. Ainda assim, os bons professores deverão fazer um esforço suplementar de monitorização dos alunos com PHDA, procurando certificar-se de forma ainda mais frequente junto destes

alunos que sabem e compreendem aquilo que deles é esperado nas diversas situações e momentos de aula (Lopes, 2003:207).

6.4. A PHDA e os Problemas de Desenvolvimento da Criança

Sem uma intervenção adequada e multidisciplinar, estas crianças não conseguem aprender a ler fluentemente, demonstram dificuldades de abstração e apresentam problemas em tarefas que exijam coordenação visomotora (deslocamento dos olhos ao longo da linha, uma habilidade que ajuda a criança a ler e a escrever com exatidão). Já na escrita, os desenhos são desajustados e com problemas perceptivo-motores.

É considerada desajeitada, sem equilíbrio e sem ritmo, ou seja, a sua coordenação, no geral é deficitária. Na idade escolar, as crianças com PHDA apresentam maior probabilidade a repetência, o baixo rendimento escolar e dificuldades de relacionamento e emocionais.

Estas crianças tornam-se vulneráveis ao insucesso nos dois processos mais importantes para um bom desenvolvimento: a escola e o relacionamento social.

O sucesso em sala de aula, frequentemente, exige uma série de intervenções. A maioria das crianças com PHDA, pode permanecer na sala normal, com pequenos ajustes, como a utilização de um auxiliar ou programas especiais a serem usados fora da sala de aula.

O sucesso em sala de aula, normalmente, exige uma serie de estratégias (Lopes, 2003).

II- PROFESSORES, PAIS E A PHDA

1. Professores e a PHDA

Os professores têm um papel muito importante na PHDA, uma vez a escola é a “segunda casa” das crianças, porque passam uma parte considerável das suas vidas nas salas de aula (Lopes, 2003).

A PHDA representa frequentemente uma barreira ao sucesso escolar, os professores podem ser os primeiros a identificá-la.

Claramente, se o professor considerar existir um problema com o comportamento da criança, é importante envolver os pais logo numa fase inicial.

É fundamental que os professores tenham formação nesta área, caso o agrupamento não disponha da mesma, estes devem ser eles a procurar. Se o professor tiver formação sobre a PHDA, poderá ser uma mais-valia para os alunos porque, relativamente à intervenção precoce, quanto mais cedo se diagnosticar melhor será para estas crianças.

As medidas definidas no Decreto-Lei 281/2009 refere que o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) tem a missão de garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI), entendendo-se como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social.

A intervenção precoce junto de crianças até aos 6 anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em conta o seu normal desenvolvimento, constitui um instrumento político do maior alcance na concretização do direito à participação social dessas crianças e dos jovens e adultos em que se irão tornar.

Quanto mais precocemente forem acionadas as intervenções e as políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente

na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem.

A operacionalização do SNIPI pressupõe assegurar um sistema de interação entre as famílias e as instituições e, na primeira linha, as da saúde, para que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível.

Assim, devem ser acionados os mecanismos necessários à definição de um plano individual denominado Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) atento às necessidades das famílias, a ser elaborado por Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares, que representem todos os serviços que são chamados a intervir.

O PIIP deve constituir-se como um instrumento organizador para as famílias e para os profissionais envolvidos, estabelecendo um diagnóstico adequado, tendo em conta não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança, a par das alterações a introduzir no meio ambiente para que tal potencial se possa afirmar.

Assim, o sistema de intervenção precoce deve assentar na universalidade do acesso, na responsabilização dos técnicos e dos organismos públicos e na correspondente capacidade de resposta. Deste modo, é crucial integrar, tão precocemente quanto possível, nas determinantes essenciais relativas à família, os serviços de saúde, as creches, o jardim-de-infância e a escola.

Assegurar a todos o direito à participação e à inclusão social não pode deixar de constituir prioridade política de um Governo comprometido com a qualidade da democracia e dos seus valores de coesão social.

A PHDA é com frequência apresentada erroneamente como um tipo específico de problema de aprendizagem. Ao contrário, é uma perturbação de realização.

Sabe-se que as crianças com PHDA são capazes de aprender, mas têm dificuldades em ter sucesso na escola devido ao impacto que os sintomas têm sobre uma boa atuação, logo, para estas crianças será muito importante a estimulação precoce.

A estimulação precoce é uma intervenção psicopedagógica ao nível das dimensões cognitiva, psicológica, sócio - afetiva e/ou motora junto das crianças com dificuldades de aprendizagem como consequência de uma disfunção orgânica, cognitiva, psicológica, afetiva e/ou social (Apoio XXI, 2000).

Segundo a APAE (2011) – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, a estimulação precoce tem o objetivo de evitar ou minimizar os distúrbios do desenvolvimento neuro psicomotor e possibilitar à criança desenvolver-se em todo o seu potencial. Assim, para possibilitar a intervenção precoce nos atrasos evolutivos é imprescindível a identificação de distúrbios no desenvolvimento neuro psicomotor no primeiro ano de vida.

A estimulação precoce baseia-se em exercícios que visam o desenvolvimento da criança de acordo com a fase em que ela se encontra. Nesse sentido, é implementado um conjunto de atividades destinadas a proporcionar à criança, nos primeiros anos de vida, o alcance do pleno desenvolvimento, por isso, elas devem ser de caráter global, ou seja, percebendo a criança como um ser biopsicossocial independente da sua idade, o desenvolvimento sistêmico deverá ser o objetivo principal.

A estimulação visual, auditiva, percepção do seu corpo, do corpo do outro e sua relação, do espaço e do tempo, e dos seus movimentos, devem estar incorporados aos objetivos do profissional que está em contato com a criança, além da presença e participação da família, para que esse trabalho seja realizado de forma contínua e natural não apenas por um profissional.

O estímulo une adaptabilidade do cérebro à capacidade de aprendizagem, é uma forma de orientação do potencial e das capacidades das crianças, estimulando a criança abre-se um leque de experiências que o fará explorar, experimentar, movimentar-se e deslocar-se, necessita tocar, perceber e comparar, entrar, sair, compor e desfazer, enfim adquirir habilidades e entender o que ocorre ao seu redor.

Na escola, as crianças com PHDA podem apresentar, em geral, a inteligência média ou acima da média, porém apresentam alguns problemas na aprendizagem ou no comportamento, associados aos desvios das funções do sistema nervoso central, propiciando dificuldades na percepção,

conceitualização, linguagem, memória, controle da atenção, função motora e impulsividade (Smith, C. e Strick, L., 2001).

Os professores podem aumentar o empenho dos alunos na leitura através de algumas sugestões, tais como, ler em voz alta para os alunos, ensinar estratégias e chamar a atenção para aspetos do texto que permitam às crianças compreender o texto narrativo e o informativo, desenvolver atividades de instruções que incluam a escrita do texto informativo, ajudar as crianças a integrar informação de vários textos e por ultimo, encorajar as crianças a embrenharem-se em leituras diversificadas.

As crianças da escola primária devem aprender a ler fluentemente e de forma capaz e devem aprender com aquilo que leem. A criança em particular a com PHDA, tem que ser motivada a ler, porque por si só ela não vai tomar essa iniciativa (Dreher, 2000).

Os problemas de falta de atenção, memória de trabalho e controlo executivo são a causa da maioria das dificuldades a nível da expressão oral.

Elas respondem sem ter escutado a pergunta, interrompem as conversas dos outros e são muito desorganizadas. O seu discurso pode carecer de uma linha narrativa clara, podendo saltar de um assunto para outro. Com os seus problemas de seletividade, são capazes de se perder em pormenores irrelevantes e podem não saber dar uma ideia de conjunto ao seu discurso. Os seus relatos costumam ser muito interrompidos por hesitações como “mmmms”, “ahhs...” que podem ocultar a dificuldade real em encontrar uma palavra adequada. Quando se lhes colocam perguntas abertas, podem responder “não sei” ou “não me lembro” para não terem que se esforçar a organizar o discurso. Muitas vezes têm dificuldade em adaptar o discurso ao interlocutor (Smith, C. e Strick, L., 2001).

Para um maior sucesso a nível escolar das crianças com PHDA, os professores devem utilizar estratégias.

2. Estratégia para os Professores com Alunos Portadores da PHDA

Os professores que tenham alunos que apresentem problemas da PHDA, devem ter muita paciência e disponibilidade, uma vez que precisam de muita atenção. A criança portadora da PHDA, geralmente possui baixa auto-estima pelo facto de apresentar dificuldades na concentração e os professores que não conhecem os problemas relacionados com a PHDA consideram-na como exemplo negativo para os demais alunos. É necessário desenvolver um repertório de intervenções para atuar eficientemente no ambiente da sala de aula com a criança portadora desta perturbação. Um outro método de intervenção deve ser desenvolvido para educar e melhorar as habilidades deficientes da criança.

Pode-se usar métodos didáticos alternativos para melhoria do comportamento e desenvolvimento pedagógico da criança:

- Trabalhar com pequenos grupos, sem isolar as crianças portadoras da PHDA;
- Utilizar sempre a técnica do sublinhado a cores, de tal modo que a criança se concentre na informação que é mais relevante.
- Dar tarefas curtas ou intercaladas, para que elas possam concluí-las antes de se dispersarem;
 - Elogiar sempre os resultados;
 - Usar jogos e desafios para motivá-las;
 - Valorizar a rotina, pois ela deixa a criança mais segura, mantendo sempre o estímulo, através de novidades no material pedagógico;
 - Dar uma função oficial às crianças, como ajudantes do professor;
 - Mostrar limites de forma segura e tranquila, sem entrar em atrito;
 - Devem ficar nas primeiras carteiras das fileiras do centro da sala;
 - Faça com que a rotina na sala de aula, seja clara e previsível, uma vez que as crianças com PHDA têm dificuldade de se ajustar a mudanças de rotina;

- Afaste-as de portas e janelas para evitar que se distraiam com outros estímulos;
- Deixe-as perto de locais luminosos;
- Não fale de costas, mantenha sempre o contato visual;
- Intercale atividades de alto e baixo interesse durante o dia, em vez de concentrar o mesmo tipo de tarefa num só período;
- Atribuir-lhe uma tarefa, depois de ter cumprido a anterior, não permitindo que fique com as coisas por fazer;
- Repita ordens e instruções; faça frases curtas e peça ao aluno para repeti-las, certificando-se de que ele as compreendeu;
- Permita movimento na sala de aula.
- Peça à criança para ir buscar materiais, apagar o quadro, recolher trabalhos. Assim ela pode sair da sala quando estiver mais agitada e recuperar o autocontrolo;
- O aluno deve ter reforços positivos quando for bem-sucedido. Isso ajuda a elevar sua auto-estima;
- Quando não se comporta adequadamente na sala de aula, recomenda-se que se dê um tempo para refletir sobre o que fez;
- Evitar as críticas uma vez que é preferível chamar a atenção de uma forma calma e prudente, quando a criança não se estiver a comportar corretamente;
- Procure elogiar ou incentivar o que aquele aluno tem de bom e valioso;
- Proporcione trabalho de aprendizagem em grupos pequenos e favoreça oportunidades sociais.
- As crianças com PHDA conseguem melhores resultados escolares, comportamentais e sociais quando estão no meio de grupos pequenos;
- Adapte as suas expectativas quanto à criança, levando em consideração as dificuldades e inabilidades decorrentes da PHDA, por exemplo, se o aluno tem um tempo de atenção muito curto, não espere que ele se concentre em apenas uma tarefa durante todo o período da aula;

- Proporcione exercícios de consciência e treinamento dos hábitos sociais da comunidade. Avaliação frequente sobre o impacto do comportamento da criança sobre ela mesma e sobre os outros ajuda bastante;
- Coloque limites claros e objetivos, tendo uma atitude disciplinar equilibrada e proporcionando uma avaliação frequente, com sugestões concretas e que ajudem a desenvolver um comportamento adequado;
- Desenvolva métodos variados utilizando apelos sensoriais diferentes (som, visão, tato) para ser bem-sucedido ao ensinar uma criança com PHDA.
- Permaneça em comunicação constante com o psicólogo ou orientador da escola e com os pais;
- Esteja sempre em contato com os pais: anote no caderno do aluno as tarefas escolares, mande bilhetes diários ou semanais e peça aos responsáveis que leiam as anotações;
- Não fazer atividades com limites de tempo, uma vez que, pode originar condutas impulsivas;
- Permitir um tempo extra para completar as atividades;
- Encurtar períodos de trabalho de modo a coincidirem com os seus períodos de atenção;
- Entregar os trabalhos um de cada vez;
- Reduzir a quantidade de deveres de casa;
- Dar instruções tanto orais como escritas;
- Estabelecer sinais secretos entre a criança e o professor para poder fazê-lo notar quando se aperceber que se está a distrair.

É importante que estas crianças com PHDA estejam em ambientes de trabalho motivadores, com tarefas que sejam significativas para elas. Deve-se atrair o seu interesse e apresentar-lhes tarefas que sejam desafiantes. Existia a crença que seria conveniente que estas crianças com esta perturbação estivessem em ambientes de trabalhos com poucos estímulos, porque tudo lhes chamava a atenção, no entanto, agora sabe-se que é importante

proporcionar-lhes uma estimulação adequada, num ambiente que seja estimulante para estas crianças (Bernardes, S., 2014).

3. PHDA – Pais e Filhos

Se pensa que o seu filho pode ter PHDA, o próximo passo é levá-lo a ser examinado por um médico, para que se obtenha um diagnóstico. No caso de ser diagnosticada com PHDA, quanto mais cedo intervir, mais depressa conseguirá controlá-la com sucesso.

Os pais das crianças com PHDA, sabem a dor e a delícia de viver cada momento com eles, tendo conhecimento que os três sintomas clássicos da PHDA são desatenção, hiperatividade e impulsividade. Sendo assim, eles convivem com filhos agitados, pois, a agitação deles é um sinal da hiperatividade que caracteriza a PHDA, como por exemplo, “não parar um minuto”, não se mantém sentado quando se espera que o faça, não pára de correr, sobe às coisas, fala excessivamente. A desobediência também é um comportamento característico desta perturbação, mas, só quando o filho não realiza a tarefa, não por um comportamento de oposição, mas sim por distração ou por não ouvir as ordens e dificuldade em seguir as instruções.

Muitas vezes não é fácil conviver com os sintomas dos seus filhos, com os problemas gerados pela perturbação e com a família e a sociedade onde o mesmo está inserido.

Os pais notam as diferenças entre o filho e as outras crianças, detalhavam acontecimentos que não consideravam comuns, como agitação, agressividade, ansiedade, carência afetiva, desatenção, desobediência, insistência e dificuldades com o sono que os filhos apresentam. E muitas vezes estas diferenças causam dor e sofrimento.

Em decorrência da convivência com todos os comportamentos manifestados pelo filho com PHDA, os pais relatam que, algumas vezes, chegam a desesperar, apresentam crises de choro, questionam-se sobre o que estaria a faltar e perdem o controle, gritam ou batem no filho acabando por se arrepender. Muitos pais apresentam um alto nível de stress, sobretudo quando

há presença de comorbidade (presença de duas ou mais doenças na mesma criança).

Segundo estudos, os pais sentem-se desgastados pela necessidade de estarem sempre atentos aos seus filhos com PHDA. Com muita frequência, os pais apresentam maior vulnerabilidade para a depressão (Bernardes, S., 2014).

É ainda conveniente salientar que um filho portador da PHDA, coloca uma considerável pressão sobre a coesão conjugal, sendo muito complicado manter o equilíbrio e as relações saudáveis quando a tentação é culpabilizar o cônjuge pelo descontrolo do filho. O casal acaba por fazer um ao outro aquilo que sentem que terceiros lhes fazem, como, acusações injustas, desinteresse ou falta de empenho. A criança ao perceber que o clima de tensão está relacionado com o seu comportamento, aumenta os seus níveis de ansiedade tornando-se mais instável. Estes casais como não conseguem viver com este problema, acabam muitas das vezes por se divorciarem (Lopes, 2003).

Além de todos estes fatores, os pais podem sentir-se entristecidos pois, de certa forma, estas crianças acabam por sofrer discriminação. Eles percebem que os filhos ficam chateados e tristes com o tratamento por parte dos colegas da escola e, inclusive, de pessoas da família. Sofrem ao perceber a reação de tristeza nos filhos, tentando até protegê-los.

Estudos confirmam que a criança com esta perturbação, sofrem de discriminação, acusam-na de ser mal educada, insuportável, má e, até mesmo, consideram que a criança tenha pouca inteligência.

Como verdadeiros heróis, mesmo no meio de tanta dor, eles procuram várias alternativas para ajudar estas crianças. Por vezes encontram muitas dificuldades ao longo do caminho no que se refere a encontrar atendimento profissional especializado que avalie melhor a situação do seu filho, de acordo com a categoria, com a ajuda profissional adequada, profissionais na escola que o possam realmente auxiliar na aprendizagem do mesmo e não apenas reclamar do comportamento do seu filho (Bernardes, S., 2014).

Segundo estudos, existem dificuldades para realizar um diagnóstico preciso da PHDA, pois é preciso contextualizar os sintomas da história da vida da criança, observar a duração dos mesmos, a sua frequência e a intensidade,

a persistência destes em vários locais, ao longo do tempo e o prejuízo clinicamente significativo na vida da criança.

Diante de cada relato, de cada casal que tem um filho com este transtorno, podemos perceber que mesmo diante do sofrimento existe uma fortaleza, algo muito maior, uma esperança, um amor incondicional que os leva a prosseguir, a nunca desistir do seu bem maior, da sua benção que é o seu filho (Bernardes, S., 2014).

4. Estratégias para Pais com Filhos Portadores da PHDA

Sabemos que educar um filho com PHDA, não é uma das tarefas das mais fáceis. Algumas das características que os responsáveis que convivem diariamente com a criança com esta perturbação precisam ter paciência, firmeza e disciplina. Além de ser necessário seguir com o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é necessário que, para auxiliar a vida aos pais, existem várias estratégias simples que os responsáveis podem utilizar diariamente.

Os pais devem prestar atenção, ouvindo os filhos e falando-lhes pacientemente, explicando-lhes o seu problema e quais são os planos para o ajudar a ultrapassar, de modo a obter a sua colaboração (Polaino-Lorente & Ávila, 2004).

Relativamente ao ambiente familiar, a tranquilidade e o suporte parental ou dos responsáveis pela criança pode ser fulcral uma vez que pode agravar ou melhorar os sintomas na criança com PHDA consoante o meio familiar. Um lar estruturado, com carinho, alegria e harmonia é necessário e muito importante para qualquer criança mais ainda para crianças com esta perturbação, pois elas precisam do suporte familiar para ultrapassar as suas dificuldades.

As regras devem ser precisas, claras e que sejam seguidas por todos, ou seja, os pais atuam para estas crianças como um modelo a ser seguido. Neste

sentido, devem agir como gostariam que a criança com PHDA agisse, só assim a criança terá parâmetros de comportamento bem definidos e assim saberá o que lhe é exigido (Bernardes, S., 2014).

Utilizar os interesses da criança e empregá-los como elementos motivacionais, para a ajudar a aprender de uma maneira mais eficaz, seguindo os programas de aprendizagem associados. Basta, por exemplo, que os pais lhe digam: “quando terminares esta ficha podes ver os desenhos animados na televisão” (Polaino-Lorente & Ávila, 2004).

O elogio é sempre a melhor forma de dar atenção aos bons comportamentos da criança com esta perturbação e o punir utiliza-se sempre que algo desagradável acontece. Os responsáveis pelas crianças com PHDA devem sempre valorizar pequenos passos alcançados não esperando pelos comportamentos perfeitos. Estas estão constantemente a tentar corresponder positivamente às expectativas dos pais/responsáveis apesar de por vezes não conseguirem e, por isso, muitas vezes são criticadas como sendo desobedientes e indisciplinadas o que leva à frustração da própria criança portadora da PHDA por não conseguirem corresponder às expectativas dos adultos. Sendo assim, é necessário compreender sempre a criança dando atenção e carinho.

É fundamental ter em conta que dar carinho e atenção à criança com esta perturbação não significa deixar de educar com firmeza impondo limites sempre que necessário.

A criança precisa de aprender a cumprir regras diariamente.

Os pais devem ter o hábito de obter informações sobre esta perturbação para entender melhor o que se passa com a criança e arranjar formas para ajudar. É assim necessário compreender as suas limitações, não exigindo demasiado da criança, investindo sempre nas suas potencialidades.

Profissionais da área da saúde mental e educacional, como psiquiatras, psicólogos, neurologistas, psicopedagogos e pedagogos, especializados na Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), são sempre a melhor fonte para obter informações precisas.

É preciso saber lidar com birras e crises de raiva. Estas crianças podem apresentar comportamento explosivo. Quando algo está errado elas podem sentir-se muito frustradas e “descarregarem” em pessoas ou coisas à sua volta. Quando essas crises acontecem, é necessário reconhecer as fases antes da birra, os momento de raiva, a recuperação que é quando a criança começa a acalmar-se e, por fim, a reparação uma vez que depois de já se ter acalmado é um bom momento para dialogar (Bernardes, S., 2014).

É necessário ser paciente, tentando não criticar ou lembrar a criança sobre o que fez. Após explicar as suas consequências deste tipo de atitude, pode esquecer o assunto.

Ter uma criança impulsiva dentro de casa traz alguns perigos. Para isso é necessário ficar atento a todas as atividades que a criança realiza. Caso, por exemplo, vá andar de bicicleta, seja firme quanto à necessidade do uso do capacete e de qualquer outro equipamento de segurança.

Segundo Polaino-Lorente & Ávila (2004) aceitar a criança tal como ela é, com o potencial que tem para crescer e desenvolver-se. Tratar de não gerar expectativas desajustadas em relação à criança, isto é, acima das suas possibilidades.

III- PROFESSORES DÃO FORMAÇÃO A PAIS DE CRIANÇAS COM PHDA

A formação vai ser realizada por um professor/educador, que tenha formação adequada para a realizar. Estes profissionais têm experiência com estas crianças que passam tantas vezes pelas suas mãos e ao longo das suas vidas vão verificando o sofrimento dos pais destas crianças. Ao pensar neles propusemos esta formação para os poder apoiar/ajudar.

Como é do conhecimento de todos, os professores são os que mais tempo passam com as crianças e deverão ser eles a detetar que algo de errado se passa com a mesma, por esse motivo, será muito importante uma intervenção precoce.

Esta formação vai ser dirigida a um público-alvo muito restrito, aos pais de crianças com PHDA da sala dos cinco anos e do primeiro e segundo ano de escolaridade.

Esta formação vai-se realizar na Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, durante os meses de Outubro e Novembro de 2015. Irá ter uma duração de vinte e cinco horas que irão ser divididas por oito sessões de 3 horas cada, sendo a última sessão de quatro horas. A formação vai ser dividida por vários temas, e cada tema está dividido por subtemas, nos quais os pais poderão participar e intervir sempre que necessário. No final de cada sessão iremos dar a possibilidade aos pais de debater um pouco sobre o tema abordado. (Verificar o cronograma no anexo VI).

Esta formação pode ajudar os pais a entender melhor o problema dos seus filhos e também ajudá-los a recorrer a uma estimulação precoce, o mais cedo possível, no sentido de desenvolver boas práticas.

O objetivo desta formação não é ensinar os pais a educar os seus filhos, mas sim, ajudá-los a ter atitudes que até ao momento não tinham e assim conseguir viver com mais qualidade.

1. Viver com uma Criança com PHDA

A maior parte dos pais de crianças com PHDA enfrenta o desafio diário de gerir o comportamento do seu filho. É interessante que estes pais, como grupo, relatem experiências de educação dos seus filhos muito semelhantes (Parker, 2003:27).

Em casa, a maior parte das crianças com PHDA tem dificuldade em agir em conformidade com as instruções parentais. Sentem-se rapidamente frustradas, interrompem com frequência as conversas e têm tendência para se envolverem em conflitos com os irmãos. Os seus níveis baixos de tolerância à frustração, o seu estilo de reação impulsiva e a sua atitude bastante exigente podem criar problemas com amigos, os quais as verão como sendo autoritárias e irritáveis.

As crianças com esta perturbação que se caracterizam predominantemente por estados de falta de atenção e não pela impulsividade e pela hiperatividade, levam os pais ao desespero, não tanto pelo que fazem, mas antes pelo que não fazem. Neste caso, os pais lutam contra tarefas inacabadas, trabalhos esquecidos, ritmo lento e desorganização crónica. Estas crianças são frequentemente descritas como sendo passivas e tímidas nas relações e podem necessitar de constante impulso para fazerem amigos.

A criança com PHDA testa os limites da paciência da maior parte dos pais e pode facilmente resultar em pressão conjugal e familiar. Em algumas famílias, as mães e os pais apresentam diferenças significativas na sua abordagem aos filhos com esta perturbação, o que cria tensão entre os pais e confusão para a criança. Infelizmente, no que toca à educação destas crianças, não existem respostas fáceis, assim como, não existem métodos solucionadores imediatos que sejam consistentemente eficazes na gestão do seu comportamento.

Existem vários estudos de famílias que nos indicam que as crianças com PHDA, mostram-se notavelmente que quando estão na presença do pai conseguem ter um melhor comportamento do que quando se encontram na companhia da mãe. Este facto, deve-se a que o pai tende a implementar

consequências para os comportamentos da criança de forma mais imediata e de que são mais punitivos nas suas reações a comportamentos inadequados do que as mães.

As crianças com esta perturbação, que recorreram a fármacos na sua intervenção, evidenciaram melhorias a nível comportamental, tanto em casa como na escola, notaram-se igualmente alterações bastante positivas no comportamento dos pais, tornando-se menos punitivos, menos negativos e menos compulsivos na sua relação com os filhos.

Para estabelecer uma relação eficaz com uma criança com PHDA, os pais primeiramente precisam de aceitar a criança e os seus problemas. A aceitação da criança com esta perturbação implica que os pais reconheçam a desordem e compreendam os efeitos que esta tem no comportamento, na adaptação em casa, na escola e nos contextos sociais (Polaino-Lorente & Ávila, 2004).

2. A Reação ao Diagnóstico da PHDA

Segundo Parker (2003) nem todos os pais aceitam com facilidade um filho em que seja diagnosticada a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Os pais normalmente reagem ao diagnóstico de três formas diferentes: rejeição, oscilação entre a rejeição e a aceitação ou a aceitação.

2.1. Pais que rejeitam o diagnóstico

Os pais que estão em rejeição encaram normalmente o diagnóstico desta perturbação com dúvida, suspeita e, por vezes, raiva. Sentem grande dificuldade em aceitar o facto de que algo pode estar errado com o seu filho acabando por procurar outras razões para explicar os problemas da criança. Podem minimizar a severidade do problema justificando que “é só uma criança” ou podem atribuir a causa do problema a alguma coisa exterior ao lar, dizendo que “a culpa é da escola” e principalmente do professor.

Estes pais que rejeitam o diagnóstico tentam provar aos outros, assim como a si próprios, que não existe nada verdadeiramente errado com o seu filho. Isto pode criar preocupação em todos os elementos da família. As expectativas que têm em relação à criança não se alteram acabando pela desordem não ser tratada, o que origina a que a criança continue a ter problemas. Por vezes, os pais que estão em rejeição pressionam mais a criança para que esta tenha melhores desempenhos tanto em casa como na escola, com o objetivo de provarem que na realidade, a criança não tem um problema, não sendo capaz de corresponder às expectativas dos pais em rejeição, pode mostrar-se frustrada, furiosa e desafiante, ansiosa e desmoralizada acabando por diminuir a sua autoestima e tendo um comportamento menos adequado. Os pais que não aceitam este diagnóstico reagem de uma forma negativa não aceitando o problema da criança tornando-se mais frustrados e mais zangados. Este ciclo de insucesso e de derrota pode lançar a criança e os pais para o desespero.

Por isso, é necessário tempo para que os pais ultrapassem a fase de rejeição, estando assim preparados emocionalmente para agir conforme o diagnóstico tentando manter um espírito aberto e conseguindo obter o máximo de informação acerca desta perturbação, frequentando reuniões de grupos de apoio, procurar opiniões junto de especialistas da área e lendo livros publicados por vários autores (Parker, 2003:28).

2.2. Pais que oscilam entre a rejeição e a aceitação

Para Parker (2003) estes pais só aceitam parcialmente o diagnóstico da PHDA realizado ao seu filho. Tendem em oscilar entre a rejeição e a aceitação, sempre inseguros e não convencidos da capacidade da criança para controlar o seu próprio comportamento. Os pais toleram o comportamento inadequado da criança até um certo limite mas, muitas vezes, esta tolerância diminui e, em diversas alturas, os pais negam o facto de que muitos dos principais sintomas da desordem não se encontram sob o controlo voluntário da criança. Por vezes, torna-se num comportamento agressivo por parte dos pais assim, como

à tendência para, em determinadas alturas, subestimarem a natureza da desordem por défice de atenção e atribuírem mais autocontrolo comportamental à criança do que aquele que ela verdadeiramente possui. Existem momentos de explosões de agressividade parental que são muitas vezes seguidas de um sentimento de culpa, no sentido de haver uma maior aceitação da criança e dos seus problemas. Assim, para estes pais, o pensamento varia entre a rejeição e a aceitação, o que frequentemente conduz a uma inconsciência a nível da disciplina. Estes pais vacilam entre terem medo de disciplinar a criança com excessiva firmeza e terem receio de a elogiar com demasiada liberdade. A criança sente-se, com frequência, confusa relativamente à atitude dos seus pais e, uma vez que estes se mostram inseguros na educação da mesma, esta tende a exercer maior controlo sobre a família.

2.3. Pais que aceitam o diagnóstico

Estes pais normalmente recebem o diagnóstico da PHDA com algum receio e, paralelamente, com alívio. Tal como os pais que oscilam entre a rejeição e a aceitação do diagnóstico, sempre perceberam que o seu filho tinha algum tipo de problema, mas não tinham a certeza do que se passava na realidade. Para estes pais, ao contrário dos pais referidos anteriormente, o diagnóstico desta perturbação alivia no sentido da pressão que sentiam. Os pais que aceitam “tratam da solução” procurando mais informações acerca da desordem. Procuram sinais que confirmem a presença desta perturbação na criança e sentem esperança em que um diagnóstico correto conduza ao tratamento mais eficaz. Estes pais pensam nos filhos como crianças que têm um problema, em vez de pensarem nelas como sendo um problema.

A aceitação parental da criança com PHDA evita a luta de poder entre os pais e a criança em vez de gradualmente se juntarem numa luta prejudicial com a criança, tornam-se assim os seus protetores. Respeitam a natureza dos défices de atenção da criança e as dificuldades comportamentais associadas, assim como aprendem a seguir planos de tratamento aprovados, com vista à

gestão da desordem. Compreendem a resiliência dos principais sintomas da PHDA e estão melhor preparados para lidar com altos e baixos que os seus filhos atravessarão ao longo dos anos. Através da aceitação, os pais virão a perceber melhor que os tais altos e baixos são normais e devem ser esperados. Com a compreensão e a aceitação, a desordem por parte dos pais surgirá uma maior consideração pela criança e por eles próprios (Parker, 2003).

3. Fatores que Afetam o Comportamento das Crianças

O comportamento de uma criança com PHDA pode resultar de variados fatores. O temperamento e as aptidões com que nasce, a idade, o estágio de desenvolvimento, os valores ensinados pelos pais, os métodos de disciplina usados pelos mesmos e a adaptação emocional da criança podem assumir um papel essencial na forma como esta se comporta e interage com os outros. De forma a gerir eficazmente o comportamento de uma criança, deve-se primeiro tentar compreender os fatores que a afetam e que levam a que ela se comporte de uma determinada maneira (Parker, 2003:29).

3.1. Temperamento e aptidões com que a criança nasce

A maior parte dos pais concordam que as crianças deveriam nascer com um temperamento pessoal e único. Desde o início, alguns bebés são temperamentais, difíceis de contentar, determinados e independentes, enquanto outros evidenciam possuir uma natureza mais agradável, sorrindo, exprimindo ternura e permitindo que os pais cuidem deles de forma calma. As crianças que exibem temperamentos “difíceis” têm probabilidade de reagir mais agressivamente à frustração, mostrando-se firmes a receberem instruções dos pais ou professores. É frequente que, independentemente da persistência com que os pais tentam moldar o comportamento destas crianças, estas continuam a mostrarem-se determinadas. O temperamento pode ser um traço muito forte ao longo de toda a vida. É natural que à nascença, as crianças também variam

relativamente às aptidões. O funcionamento cognitivo, a coordenação visual-motora, a memória, a adaptação social, o estado de vigília entre outros, desenvolvem-se de uma forma diferente nas crianças com base, em parte nos genes ou noutros fatores relacionados com o desenvolvimento neurológico. Muitas crianças com esta perturbação nascem com uma menor capacidade de regulação da atividade motora, assim como também com uma menor capacidade para controlarem impulsos, para fixarem a atenção entre outras coisas. As crianças com dificuldades de aprendizagem não têm um domínio da linguagem e de competências perceptivas adequadas à idade, afetando assim a sua capacidade de apresentarem boas realizações escolares. O comportamento das crianças pode ser bastante influenciado por fatores relacionados com o seu temperamento inato ou com as capacidades com que nasceram (Parker, 2003).

3.2. Idade e estádios de desenvolvimento

O comportamento pode ser explicado pela idade da criança e pelo estágio de desenvolvimento que atravessa. Todas as crianças pequenas são, em certo grau, desatentas, hiperativas e impulsivas. Estas características fazem parte do seu normal desenvolvimento. Antes dos dois anos, as crianças têm dificuldade em focar a atenção por um período de tempo significativo e têm tendência para mudar rapidamente de uma atividade para a outra. Estamos à espera que sejam impulsivas, inquietas e impacientes. À medida que crescem, a capacidade de focalizarem a atenção e de regularem a atividade motora deve melhorar. Esperamos que a criança que começa a aprender andar e que está a passar pelos “terríveis dois anos” desafie a autoridade, à medida que começa a explorar o mundo. Tolera-se o jovem adolescente que se revolta contra restrições parentais, num esforço de se tornar mais independente e de formar a sua identidade. O estágio de desenvolvimento particular em que a criança se encontra pode explicar uma grande parte do seu comportamento (Parker, 2003:30).

3.3. Valores parentais

As crianças imitam os valores e as crenças dos seus pais e muitas vezes expressam esses valores e essas crenças no seu comportamento. Os valores parentais proporcionam as bases para a forma como as crianças aprendem a interagir com outros e, talvez, mais do que tudo, moldam o comportamento da criança. Os pais valorizam a honestidade, a integridade, a responsabilidade, a cortesia social entre outras e têm probabilidade de terem crianças que também refletem esses valores. Por outro lado, os pais que modelam comportamentos e valores inadequados provavelmente descobrirão que os seus filhos aprenderam o mesmo com eles (Parker, 2003).

3.4. Estilos de gestão de comportamentos

Segundo Parker (2003) a forma como os pais gerem o comportamento das crianças está intimamente ligada com os valores que defendem e com as expectativas que têm para elas. Alguns pais esperam muito do seu filho e as suas expectativas também são muito elevadas. Podem decidir gerir o comportamento da criança estabelecendo regras firmes e fazendo com que sejam cumpridas. Outros pais podem assumir um tipo de gestão menos rígido, dando aos seus filhos mais espaço, em termos de expectativas e de comportamento. Algumas famílias, ninguém parece ser o responsável, dado que as regras são indeterminadas, o seu cumprimento é pouco firme e a criança e os pais parecem encontrar-se ao mesmo nível. Até certo ponto, o estilo de educação que é assumido poderá variar de acordo com cada criança e família, uma vez que algumas necessitam de mais supervisão e de mais intervenção do que as outras.

Os pais que são, eles próprios, impacientes, que reagem de forma excessiva, que agem de forma inconsciente, ou que são excessivamente exigentes na sua abordagem aos filhos podem provocar comportamentos inadequados nos mesmos, devido à incapacidade que observam para reagirem de forma mais incentivadora e positiva às crianças. Os pais demasiado

agressivos e coercivos podem levar os seus filhos a, por sua vez, reagirem com agressividade e inconformidade. A falta de atenção e de supervisão parental demasiado permissiva em relação à educação da criança, podem também dar origem a problemas comportamentais.

Compreender os limites adequados e como devem ser estabelecidos no processo de educação da criança é, por vezes, confuso. Educar uma criança com PHDA pode confundir ainda mais os pais tornando-se difícil decifrar que aspetos do comportamento da criança estão fora do seu controlo e quais são propositados. Os pais reagirão de uma forma diferente, dependendo da maneira como veem o mau comportamento, isto é, o que é e o que não é intencional. É óbvio que, neste domínio, não existem respostas fáceis e os pais têm de depender do conhecimento que têm da criança para tomarem as melhores decisões em termos de disciplina.

3.5. Tensão e fatores emocionais

O nosso comportamento está com frequência ligado às nossas emoções. Sentimentos de bem-estar, de felicidade e confiança estão normalmente associados a comportamentos positivos. A satisfação consigo própria e com os outros faz despontar o que de melhor cada criança tem de si. No entanto, a insatisfação pode causar comportamentos exatamente opostos. A tensão, que pode ter diversas fontes, pode desencadear sentimentos de preocupação e ansiedade nas crianças que, com frequência os deixam transparecer nos seus comportamentos. Em casa, se existir doenças na família, depressão parental, problemas financeiros, entre outros, poderá afetar significativamente a forma como a criança se comporta (Parker, 2003:31).

4. Erros Comuns Cometidos na Gestão de Comportamentos

Segundo Parker (2003) educar com sucesso uma criança com PHDA, requer uma grande dose de paciência e de esforço. Devido ao seu comportamento desafiante e, muitas vezes, irritante, as crianças com esta perturbação irão pôr à prova as capacidades de educar dos pais.

Alguns dos principais erros que os pais cometem em relação à gestão de comportamento das crianças prendem-se com a ausência de elogios adequados quando se registam comportamentos positivos, a inconsistência que registam ao disciplinarem comportamentos negativos, o estabelecimento de limites e o desacordo entre si acerca de quais os comportamentos que devem ser disciplinados e como o devem ser. Não deve ser esquecido que uma criança com PHDA pode fazer emergir o pior até nos melhores pais.

4.1. Ausência de elogio

O senso comum e a investigação científica diz-nos que as crianças reagem melhor ao elogio do que ao castigo.

O elogio motiva-as a trabalhar mais para que, no futuro, elas reajam de uma forma responsável.

Existem pais que não utilizam o reforço positivo, o que acaba por se tornar difícil para a criança receber elogios e incentivos suficientes.

Quando existe um comportamento seguido de um reforço positivo, este é consolidado e é mais provável que se venha a repetir no futuro.

Este reforço é utilizado não só para aumentar a probabilidade de um certo comportamento se repetir, mas também para ajudar a criança a sentir-se bem consigo mesma e a desenvolver confiança o que acaba por proporcionar incentivo e motivação.

Existem vários motivos para alguns pais não reforçarem, com frequência, de forma positiva o comportamento dos seus filhos. Uma dessas razões direciona-se com o facto de, por vezes, os pais poderem ver um

comportamento positivo como algo que simplesmente é esperado e, como tal, não merecedor de qualquer reconhecimento positivo. Os pais que pensam desta forma têm mais probabilidade para apontar o facto de a criança se estar a comportar inadequadamente e irão proporcionar atenção negativa a esses comportamentos inapropriados.

Para algumas crianças, a atenção negativa pode ser mais compensadora do que a ausência de atenção. Estes pais correm assim o risco de, irrefletidamente, reforçarem o comportamento desapropriado da criança.

Um outro motivo para os pais poderem não reforçar de forma positiva comportamentos adequados tem a ver com o facto de, por vezes, terem medo de os interromper e levarem a criança a parar o que está a fazer, pois estes recordam-se de momentos que após terem elogiado a criança ela demonstrou comportamentos inconvenientes. Por esta razão, os pais tentam interrompê-la o mínimo possível quando ela está a ter um bom comportamento.

Por último, existem os pais que por vezes não expressam elogios devido ao desapontamento em relação à criança. Os pais de crianças que apresentam elevados níveis de comportamentos inadequados muitas vezes pensam que não o devem elogiar naquele momento, devido ao mau comportamento que demonstrou anteriormente.

Os pais necessitam de saber que ao terem sentimentos negativos podem, sem se aperceber, criar problemas ainda maiores, fazendo com que a criança se sinta desapontada e desencorajada consigo própria.

Assim sendo, é necessário elogiar a criança quando esta faz algo corretamente, seja em que altura for para que se sinta mais encorajada (Parker, 2003:31).

4.2. Não disciplinar comportamentos de forma imediata ou consistente

Existem erros comuns que os pais cometem, estando relacionados com a rapidez e com a consistência com que se disciplina os comportamentos

inadequados. Quando um comportamento desse tipo é repetido inúmeras vezes, é possível que os pais não tenham disciplinado a criança de forma imediata e consistente. É um erro comum evitar abordar de forma ativa, imediata e consistente os problemas comportamentais da criança.

A punição é definida como algo, geralmente não coincidente com ignorar, que é imposto à criança e que se destina a diminuir a frequência de um comportamento inadequado. Quando os pais se esquecem da punição por causa de comportamentos inadequados, a criança recebe a mensagem de que esses comportamentos são admissíveis, de que não há nada de errado na forma como está a agir e que pode mesmo não haver problema nenhum em se comportar dessa forma. Normalmente, o comportamento desapropriado que a criança apresenta vai continuar a não ser que seja impedida. É frequente que o mero ignorar do comportamento inadequado ou simplesmente dizer à criança que pare de se comportar dessa forma e o faça de forma adequada, não seja suficiente para amenizar o comportamento em causa.

Os pais com crianças com PHDA têm de reagir imediatamente ao comportamento inadequado e têm de consistentemente apresentar à criança o aviso adequado para parar. Assim sendo, se o comportamento em causa persistir, é necessário estabelecer a punição.

Existem várias razões para os pais não conseguirem impor uma punição para o mau comportamento dos filhos. Muitas vezes, os pais não querem dispor o tempo necessário para levar a cabo a punição. Outras vezes, não querem submeter-se ao “aborrecimento”, ou ao conflito, que teria lugar com a criança se lhe impusessem uma punição. Os pais continuam a reagir ao comportamento em questão com advertências ou com repreensões verbais, na esperança de que a mensagem transmitida à criança seja “finalmente retida”.

Normalmente, as táticas verbais conduzem a discussões emocionalmente intensas com a criança, o que pode resultar em atenção negativa para estas, devido ao comportamento inadequado e ainda a uma maior deterioração da relação entre pais e filhos. É assim necessária uma palavra de advertência em relação ao uso da punição e na abordagem a comportamentos inadequados. O uso excessivo dessas punições para corrigir comportamentos inadequados

pode ser mais prejudicial do que útil. Uma atuação demasiado agressiva por parte dos pais ou disciplina fortemente compulsiva, pode resultar em desmoralização e em crescente ressentimento na criança, conduzindo assim a problemas psicológicos adicionais. A punição quando aplicada deve ser com razão, com consistência e com o apoio de ambos os pais. O reforço positivo deve ser sempre usado para reconhecer qualquer progresso que a criança faça no que diz respeito ao comportamento em causa (Parker, 2003:33).

4.3. Não persistir na disciplina estabelecida

Segundo Parker (2003) os pais, muitas vezes, cometem o erro de reagir a comportamentos inadequados ameaçando, de início, punir e, depois, ceder, quando o comportamento da criança se torna mais irritante. Por vezes, os pais cedem com frequência à criança. Assim pode-se cair facilmente no padrão de pais do tipo “não, não, não, não, sim”.

Estes pais são vítimas das exigências e dos argumentos dos seus filhos. Em vez de manterem a sua palavra de permitir ou não um dado comportamento, os pais oscilam acabando por ceder e a criança, por esse motivo recebe reforço por ser exigente e argumentativa.

Esta aprende que “se continuar a pressionar os pais, eles acabarão por conceder”. Estes pais sentem-se “desamparados” em relação às exigências da criança.

Se isto se mantiver, os pais podem adquirir um padrão de comportamento de dependência em relação à vontade da criança, começando a sentir como de nada pudesse ser feito para impedir os comportamentos impróprios que esta apresenta.

Assim sendo, é mais fácil ceder do que disciplinar de forma adequada.

4.4. A armadilha do vilão-vítima-salvador

Nas famílias em que os pais estão quase sempre em desentendimento em relação à forma de gerir comportamentos inadequados, é fácil para a

criança manipular os pais e, ao fazê-lo, acaba por ter demasiado controlo no ceio da família. Neste tipo de famílias, é desenvolvido um triângulo, fazendo com que seja muito difícil disciplinar eficazmente a criança. Os triângulos são estabelecidos quando o pai ou a mãe vê o outro como sendo demasiado “duro” ou demasiado “aprazível” com a criança. Qualquer um dos pais pode reagir compensando em excesso a disciplina imposta pelo cônjuge.

Nesta armadilha entre vilão-vítima-salvador, aquele que pune é visto pela criança como sendo o vilão, enquanto que, o menos punitivo é visto como o salvador. Assim sendo, estes pais não estão a agir em conjunto para gerir o comportamento da criança. Depois de um deles punir, o outro salva, anulando o efeito da punição. Para piorar as coisas, a criança alinha com o salvador, vendo-se a si própria como vítima do que pune e aproveita-se do apoio transmitido pelo salvador. O comportamento da criança não se altera e os pais acabam por discutir um com o outro.

Não se apoiarem um ao outro, quando disciplinam comportamentos, é um erro comum dos pais. É importante que, se um deles dá instruções à criança para que faça algo e esta hesita, o outro a ensine no mesmo sentido. A não emissão de uma opinião levará a criança a assumir de uma forma errada que o elemento silencioso apoia a sua não concordância.

Não é sempre possível que os pais, concordem sobre se considerarem ou não o comportamento da criança inadequado. Em tais casos, devem discutir a questão entre si e chegar a uma conclusão, antes de darem instruções à criança (Parker, 2003:34).

5. Instrumentos para gerir Comportamentos

Para melhor ajudar os pais vão ser descritos instrumentos para que possam ser usados em casa e assim consigam gerir de uma forma mais adequada o comportamento da criança.

Estes instrumentos foram elaborados para dar aos pais sugestões práticas no que diz respeito à educação dos seus filhos.

Era importante que cada pai pensasse seriamente nos comportamentos que gostaria de modificar nele mesmo, à medida que progredem na aplicação destes instrumentos para educarem os seus filhos.

Têm que ter em atenção que não podem modificar tudo de uma vez, no que diz respeito à seleção de comportamentos-alvo a serem corrigidos no seu filho.

É necessário que sejam criteriosos no plano que vão traçar (Parker, 2003).

5.1. Assumir a atitude certa

É muito difícil gerir o comportamento de uma criança com PHDA, mas não é impossível e se assumir a atitude certa estabelece logo uma ajuda.

Em primeiro, e como já foi referido anteriormente, é importante aceitar que o seu filho tem PHDA. Ao aceitar que o seu filho é portador desta perturbação, compreende que os principais sintomas de impulsividade, falta de atenção e hiperatividade não são curados pelas intervenções dos pais a nível comportamental uma vez que não existe cura para a PHDA. O melhor que se poderá fazer é gerir comportamentos.

Não se podem deixar ir a baixo se os instrumentos utilizados não estão a resultar em todas as situações. Esses instrumentos podem funcionar melhor em determinadas alturas e não funcionar noutras.

Os pais destas crianças, no seu processo de educação, passam por fáceis e difíceis momentos emocionais.

Nos momentos mais fáceis, os pais sentem-se bem-sucedidos e agradecidos pelo seu filho estar a ter bons resultados a nível familiar e escolar.

Já nos momentos mais difíceis, os pais não se podem sentir desanimados mantendo uma atitude positiva.

É necessário manter a calma tentando perceber o que está de errado, esperando que tempos melhores possam chegar.

Em casa, devido ao comportamento inadequado da criança com esta perturbação, pode surgir um mau ambiente familiar. Por isso é necessário que todos os elementos desta família façam todos os esforços possíveis para que

se estabeleça um bom ambiente, de forma a que a criança, tenha uma boa interação com os pais. Para isso, os pais podem ter de ignorar alguns comportamentos negativos e apenas se concentrarem nos comportamentos positivos. É necessário para isso, que os pais tenham uma atitude positiva e incentivadora, uma vez que, poderá ajudar a estabelecer a plataforma para uma mudança saudável por parte da criança (Parker, 2003).

5.2. Usar o reforço positivo

O método mais eficaz de gerir o comportamento inadequado de uma criança é através da aplicação do reforço positivo.

Os comportamentos que são seguidos de reforço positivo têm probabilidade de serem consolidados e retidos. Estes reforços podem ser físicos através de uma prenda ou de um privilégio e de reforços sociais através de uma palavra de apreço ou de um abraço.

A prática deste reforço pode alterar o comportamento de uma criança, mas poucas pessoas o conseguem fazer. Para alguns pais é extremamente difícil elogiar os seus filhos acabando só por o fazer quando eles fazem algo de extraordinário.

Os pais destas crianças não conseguem perceber os benefícios de um reforço positivo. Por outro lado, existem pais que reforçam positivamente com demasiada liberdade sendo excessivamente afetuosos, independentemente do que a criança faça.

Os pais que estão realmente empenhados em alterar comportamentos devem fazer reforços positivos após ter acontecido o comportamento desejado.

Em relação a comportamentos mais complexos, é importante que se realize o reforço a cada pequeno passo.

Alguns pais hesitam em oferecer reforços positivos a nível físico ou social, uma vez que sentem que estão a subornar os filhos para eles terem um comportamento adequado. É necessário que os pais tenham em atenção as diversas áreas nas quais se distinguem uma vez que podem ser usadas para

construir a sua confiança e a sua autoestima, não tendo de ser algo extravagante (Parker, 2003:37).

5.3. Usar a comunicação assertiva

A comunicação dos pais pode ser dividida em três géneros diferentes: comunicação passiva, comunicação agressiva e comunicação assertiva (Parker, 2003).

5.3.1. Comunicação passiva

Os pais que comunicam de forma passiva colocam os desejos e as necessidades dos seus filhos à frente dos seus. Estes pais, muitas das vezes, apresentam dificuldades em praticar regras e regulamentos nas suas casas, podendo ser facilmente manipulados pelas crianças.

O principal objetivo da comunicação dos pais passivos é manter sempre o ambiente em casa tranquilo e sem conflitos. Normalmente, estes pais têm receio de falar com a criança de uma forma autoritária, com medo de ceder e de perder o carinho e o amor ou de criar conflitos com o cônjuge.

É através da comunicação passiva que os pais tentam evitar conflitos com as crianças o que por vezes minimizam ou racionalizam comportamentos inadequados desta, numa nova tentativa de os evitar. Estes pais tendem em estabelecer poucas regras no seu lar. A maneira destes comunicarem as suas expectativas à criança é normalmente delicado, confuso e subtil (Parker, 2003).

5.3.2. Comunicação agressiva

Os pais que têm uma comunicação agressiva com os seus filhos, põe as suas necessidades à frente das necessidades dos seus filhos.

Estes pais tendem a fazer cumprir as regras e os regulamentos criados em casa de uma forma não digna para a criança, ao utilizarem ameaças, duras punições bem como outros processos de controlo agressivo.

O grande objetivo da comunicação agressiva é a dominação pelo poder. São pais que querem sempre as coisas feitas à sua maneira, sem terem atenção aos desejos da criança. Estes pais veem a criança como uma ameaça no seio familiar.

O triunfo dos pais é normalmente atingido através da desvalorização e da humilhação, tendo pouca consideração ou respeito pelos sentimentos do seu filho.

Estes filhos vão ter graves consequências, em seguimento das atitudes dos pais, podendo se tornar agressivos e indisciplinados, uma vez, que estas táticas podem prejudicar na autoestima da criança (Parker, 2003).

5.3.3. Comunicação assertiva

Os pais que comunicam de uma forma assertiva defendem os seus princípios e transmitem as suas ideias e desejos à criança de uma forma clara, direta, preocupada e razoável.

O principal objetivo destes pais é criar estrutura e orientação de forma a que, a criança possa tomar decisões firmes.

Estes pais tentam desencorajar comportamentos dependentes e, ao contrário dos pais referidos anteriormente, incentivam a criança a pensar de forma independente e a atuar dentro dos termos apropriados.

As orientações transmitidas por estes pais, são de modo a que a criança tenha uma boa dignidade. Normalmente as comunicações assertivas têm por base regras e regulamentos bem definidos. Assim sendo, os pais assertivos costumam cumprir essas regras de forma firme, mas compreensiva.

É importante na educação da criança ser-lhe explicado as suas posições sociais e transmitir-lhes boas oportunidades para esta se expressar, apesar de estes pais manterem um controlo, não com o objetivo de desvalorizar ou dominar, mas sim com o desejo de manter o papel de liderança em casa. É assim necessário, que haja por parte dos pais paciência, autocontrolo e tempo (Parker, 2003:40).

5.4. Usar o período de pausa

Usar o período de pausa é um instrumento muito eficaz na gestão de comportamentos inconvenientes. Isto quer dizer que a criança é afastada de uma situação de reforço e é instruída no sentido de passar algum tempo num local desagradável, o que causa na produção de rápidas mudanças no seu comportamento. Assim sendo alguns desses comportamentos irão diminuir se os pais os ignorarem. Quando estão em causa comportamentos irritantes, acessos de mau humor entre outros. Ignorá-los é uma opção que leva muito tempo a produzir alterações, no entanto, a maioria dos pais não terão paciência para ignorar estes comportamentos.

Para conseguir um bom resultado é necessário identificar os comportamentos desapropriados que irão ser alvo desta punição. Sempre que for necessário usar punições para poder modificar comportamentos inadequados, é importante que também exista reforços para incentivar os comportamentos positivos.

É necessário decidir qual o local que a criança permanecerá quando não tiver um comportamento apropriado, uma vez que para esta estratégia resultar é necessário um ambiente que não tenha qualquer tipo de distração.

É também importante definir o tempo adequado da punição, quanto mais grave for o comportamento, mais tempo terá de punição.

Os pais devem dar as instruções à criança usando a comunicação assertiva e não de uma forma emotiva. Estes devem evitar reprovações, qualificativos desagradáveis e discussões (Parker, 2003).

5.5. Dar alternativa às crianças com PHDA

Tal como qualquer adulto, estas crianças também querem tomar decisões por elas próprias sendo muito importante que seja dada essa oportunidade, como também é necessário assumir responsabilidades pelas decisões que foram tomadas anteriormente, sejam elas positivas ou negativas ajudando assim a corrigir comportamentos desapropriados.

Dar alternativas a estas crianças é fundamental no processo educativo e envolve muito mais do que corrigir apenas comportamentos desajustados.

Os pais devem incentivar os filhos a pensarem em si próprios, ajudando a descobrir formas de solucionar os seus problemas diários. Ouvir e dialogar com a criança sobre o que diariamente vai acontecendo é uma forma de orientar as tomadas de decisão. É importante que os pais demonstrem confiança na capacidade que os seus filhos têm para tomar decisões sozinhos. Assim, a criança vai ficar radiante por perceber que os pais acreditam na sua eficácia contribuindo para que a sua autoestima se eleve.

Pode-se também proporcionar à criança, pensar de uma forma independente e procurar as soluções para os seus problemas no sentido de modificar os comportamentos desajustados (Parker, 2003).

5.6. Usar programas de recompensa

Os programas de recompensa poderão ser muito úteis para corrigir alguns comportamentos inadequados da criança e para incentivar para comportamentos positivos.

Neste programa existem vários tipos de recompensas para utilizar em casa: quadros/contratos comportamentais e para crianças mais jovens são utilizados programas mais elaborados.

Ao utilizar os quadros/contratos comportamentais pode aumentar, para a criança a motivação de se comportar de uma forma mais positiva, sendo que os pais podem definir um certo número de autocolantes (☺) para recompensar de uma forma positiva a criança e também poderá ser definido um certo número de autocolantes (☹) para punir a criança.

É importante não corrigir demasiados comportamentos de uma só vez, pois os métodos de avaliação (☺ / ☹) que os pais definiram para a criança perderão o seu valor.

Esses quadros deverão ser preenchidos na presença tanto dos pais como da criança, para a mesma ter noção do que poderia ter feito de melhor ou até mesmo verificar o que fez de errado.

Podemos concluir, que a criança ao ter presente um quadro sobre o seu comportamento, irá ter mais atenção aos seus comportamentos diários (Parker, 2003).

PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA

I – METODOLOGIA

Uma investigação é realizada por fases: inicialmente define-se o problema, depois formulam-se as hipóteses, seleciona-se a amostra, definem-se os instrumentos e por fim os procedimentos necessários para fazer investigação (Black, 1999 & Wiersma, 1995).

Os pais de crianças com PHDA apresentam dificuldades em conseguir lidar com os seus filhos. Assim sendo, através deste estudo procuramos perceber de que modo os professores podem intervir no sentido de apoiar os pais de uma criança com PHDA.

Para a realização deste estudo, foi necessário dividi-lo em cinco pontos: o primeiro é direcionado para os objetivos que procuramos atingir ao longo da nossa investigação, tal como, na nossa pergunta de partida através da qual nos iremos guiar ao longo deste estudo; o segundo ponto é direcionado para a formulação das hipóteses que serão posteriormente analisadas durante a investigação; o terceiro ponto diz respeito à amostra que delineamos, no que se traduz numa amostra por conveniência; o quarto ponto centra-se nos instrumentos quantitativos e qualitativos e nas técnicas que foram selecionadas para o nosso estudo e para finalizar o quinto ponto, este é direcionado para os procedimentos que foram praticados para a recolha dos questionários e posteriormente para o tratamento de dados através do programa SPSS 22.

1. Objetivos

Nos últimos anos, muito se tem ouvido falar na PHDA, mas poucos profissionais da área da Educação conhecem as dificuldades relacionadas à atenção, hiperatividade e impulsividade, vivenciadas por alguns alunos. Abordar esse assunto tem sido uma atividade desafiadora, seja por desconhecimento do problema, pelas pessoas, pela descrença de que ele realmente exista ou pela tendência de a literatura culpabilizar alguém. O desafio e os argumentos vão desde a afirmação de que a escola não oferece condições positivas de aprendizagem para os alunos com esta perturbação,

pois os conteúdos não são atraentes e alguns dos professores não sabem motivar as aulas, até o argumento de que a causa seja unicamente biológica, ou ainda, seja a falta de limites impostos pelas famílias. Os principais problemas observados no processo pedagógico são os comportamentos inadequados de alguns alunos nas diversas atividades escolares (Reis, M. & Camargo, D., 2008: 90).

Assim sendo, a PHDA surge como uma problemática que poderá ter repercussões no processo de aprendizagem do aluno, podendo resultar em insucesso escolar.

Por outro lado, com o evoluir dos anos, foram feitas algumas modificações nesta área. Alguns professores passaram a ter mais formação, através dos agrupamentos e quando isto não acontece, existem professores que a procuram por conta própria o que significa que a mentalidade dos mesmos evolui.

Considera-se assim que, a formação dos docentes ou a aquisição de conhecimentos específicos, sobre a PHDA é uma condição necessária para proporcionarmos respostas adequadas às necessidades destas crianças (Fernandes, 2007:44).

Na perspetiva de Fernandes (2007), o professor deve trabalhar com a criança a um nível pessoal, manifestando flexibilidade, tempo e energia para que desta forma consiga um relacionamento auspicioso entre o professor e o aluno. Por este motivo, a aquisição de conhecimentos por parte do professor sobre esta problemática seja tão importante e essencial. Estes devem estar conscientes das características comportamentais associadas à PHDA, e que estas crianças não as manifestam de uma forma propositada.

Assim sendo, o nosso principal objetivo é perceber de que forma o papel dos professores do 1º Ciclo, Educadores e Professores do E.E. é essencial no apoio aos pais das crianças com PHDA. Quanto aos objetivos específicos pretende-se: - Averiguar o conhecimento dos professores sobre as características e os métodos de intervenção da PHDA; - Identificar as estratégias para conseguir obter melhores resultados com estas crianças; - Avaliar o grau de disponibilidade para apoiar os pais.

Com base na revisão da literatura e após ter feito as nossas reflexões acerca desta problemática colocamos como pergunta de partida a seguinte questão:

De que modo pode o professor intervir no sentido de apoiar os pais de crianças com PHDA?

2. Hipóteses

Muitos projetos de pesquisa são iniciados com o estabelecimento de uma hipótese (Bell, J., 2008).

As hipóteses, são uma proposição incerta que será sujeita a uma verificação ao longo da investigação subsequente. Pode também ser observada como um guia para o investigador, o que descreve e representa um método a seguir ao longo do estudo do problema. As hipóteses são palpites do investigador sobre a existência de relações entre variáveis. (Verma e Beard, 1981, cit. Por Bell, 2008)

Assim sendo, as hipóteses oferecem ao investigador uma linha de orientação quanto à forma como o palpite original poderá ser testado (Bell, J., 2008).

A organização de uma investigação em torno de hipóteses constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor. As hipóteses representam uma pressuposição sobre o comportamento dos objetos estudados e, além disso fornece a investigação um fio condutor eficaz que, a partir do momento em que ela é formulada, substitui nessa função a questão de pesquisa (Quivy, R. & Campenhoudt, L., 1998).

Entende-se por hipótese a explicação ou solução mais plausível de um problema (McGuigan, 1976: 37, cit. por Almeida, L. & Freire, T., 1997).

Assim sendo, podemos afirmar que a hipótese é uma proposição testável, que pode vir a ser solução do problema. A formulação das hipóteses deve obedecer a alguns princípios de modo a que estas mesmas reúnam algumas características. Assim elas devem ser testáveis, ou seja, a sua operacionalização deve ser desde logo conseguida. Por outro lado, elas devem

enquadrar-se nas hipóteses existentes na mesma área, serem justificáveis e, ao mesmo tempo, serem relevantes para o problema em estudo. Espera-se também que a sua formulação obedeça a princípios de clareza lógica e de parcimónia. Por último elas devem ser suscetíveis de quantificação e reúnam alguma generalidade explicativa (McGuigan, 1976, cit. por Almeida, L. & Freire, T., 1997: 44).

Após esta breve revisão deste assunto, tentar confirmar ou infirmar as hipóteses que serão referidas para a nossa investigação:

Hipótese 1 – “Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes dos Ensino Especial identificam corretamente as características específicas dos alunos com PHDA”.

Hipótese 2 – “Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial entendem as suas competências para identificar alunos com PHDA e/ou recorrem ao apoio especializado”.

Hipótese 3 – “Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial identificam nas crianças com PHDA características que se podem tornar elegíveis para a Educação Especial”.

Hipótese 4 – “Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial têm perceção quanto aos apoios de E.E. disponibilizados pela escola”.

Hipótese 5 – “Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial utilizam estratégias para apoiar os pais de crianças com PHDA”.

Hipótese 6 – “Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial utilizam algum procedimento específico para ajudar os pais a trabalhar com os seus filhos portadores da PHDA”.

Hipótese 7 – “Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial conhecem aulas em que os pais possam assistir”.

Hipótese 8 – “Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial conhecem algum tipo de apoio específico na PHDA que considere uma boa prática”.

Hipótese 9 – “Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial conhecem instituições que possam apoiar os pais de crianças com PHDA”.

3. Amostra

Na nossa investigação a amostra aparece como um papel importante, visto que, é um processo utilizado há muitos anos baseando-se na experiência e na intuição de que a amostra pode informar sobre as propriedades do universo (Morteira & Black, 1993:8, cit. por Almeida, L. & Freire, T. 1997:97).

Ao realizar a sua investigação, o investigador deverá ter o interesse em saber qual vai ser a sua população-alvo, por razões de tempo, dinheiro e acessibilidade.

É economicamente inviável, estatisticamente, desnecessariamente e humanamente impossível considerar na investigação todos os indivíduos. As amostras a tomar devem então, possuir certas características como forma de se constituírem em boas representações das populações de onde foram retiradas (Almeida, L. & Freire, T. 1997).

Neste sentido, é através da amostra que conseguiremos chegar aos resultados que desejamos. A população que foi selecionada terá de ter específicas características com o objetivo de serem estudadas e terão que possuir qualidades que vão ao encontro do que procuramos para a realização desta investigação.

Desta forma, e através de uma investigação relativamente a vários tipos de amostras, foi escolhido o método de amostragem por conveniência uma vez que neste método, os casos escolhidos são os casos facilmente disponíveis. O método tem vantagens por ser rápido, barato e fácil mas a desvantagem é que em rigor, os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com a confiança para o universo. Isto porque não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do universo. (Hill & Hill, 2012:49,50).

Relativamente a todos os aspetos mencionados anteriormente, a amostra para a nossa investigação será constituída por 71 professores entre Educadores, Docentes do 1ºCiclo do Ensino Básico e Docentes do Ensino Especial. Nesta investigação, o preenchimento dos questionários foi efetuado por uma maioria dos docentes existentes num Agrupamento de escolas do Norte do país que tiveram ou não contacto com alunos portadores da PHDA.

Os professores são importantes para a realização deste estudo uma vez que durante o seu percurso em que lecionam vão encontrar alguns alunos com esta problemática. Assim sendo, os professores vão ter a necessidade de modificar a sua prática pedagógica utilizando métodos e estratégias para melhor trabalhar com estes alunos.

Atendendo aos resultados dos inquiridos por questionário colocados, iremos caracterizar de uma forma mais específica a amostra que delimitamos para o nosso estudo.

Idade dos Inquiridos

Idade	
n	71
Média	44,7
Mediana	43,0
Moda	39
dp	7,28
Mínimo	32
Máximo	59

Tabela 1 - Idade dos Inquiridos

Idade dos Inquiridos

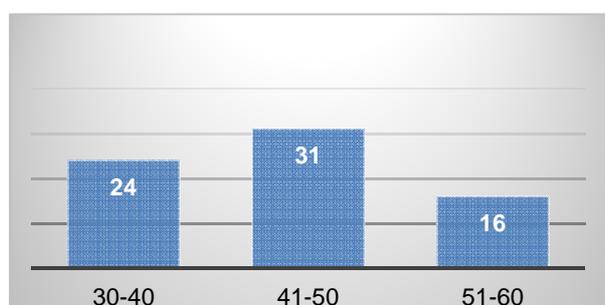


Gráfico 1 - Idade dos Inquiridos

Como mencionado anteriormente a amostra do presente estudo ficou composta por 71 professores, os quais apresentam idades compreendidas entre os 32 e os 59 anos. Em média a amostra exhibe aproximadamente 45 anos ($m=44,7$; $dp=7,28$), e a mediana indica que pelo menos 50% dos inquiridos tem 43 ou menos anos de idade, e a idade mais frequentemente encontrada é de 39 anos, como podemos verificar na tabela 1.

Através do gráfico 1, verifica-se que ao nível da faixa etária a maior concentração se encontra entre os 41 e os 50 anos ($n=31$).

Género dos Inquiridos

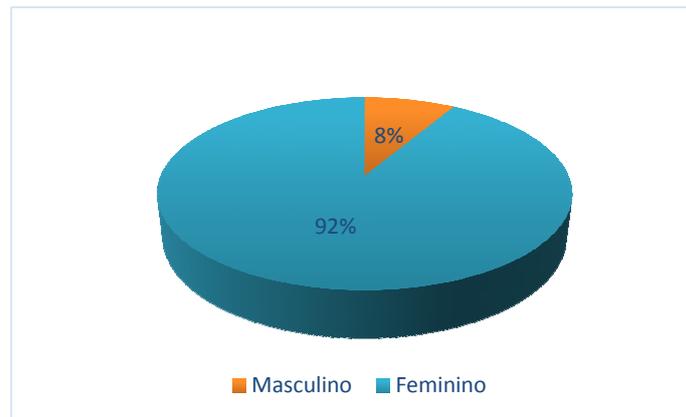


Gráfico 2 - Género dos Inquiridos

Como podemos verificar no gráfico 2, no que respeita à distribuição por género verifica-se que a grande maioria dos inquiridos pertence ao sexo feminino.

Género dos Inquiridos

		n	%
Sexo	Feminino	65	91,5
	Masculino	6	8,5
Total		71	100,0

Tabela 2 - Género dos Inquiridos

Observando a tabela 2, verificamos mais concretamente que do sexo feminino obtemos o valor de 91,5% (n=65), e o valor de 8,5% (n=6) é do sexo masculino.

Concluimos assim que a maioria dos inquiridos são do sexo feminino.

Formação Académica

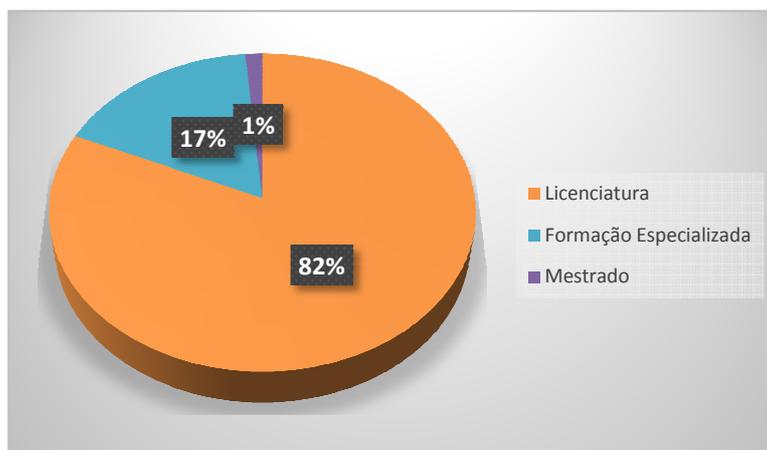


Gráfico 3 - Formação Académica

Relativamente à formação académica observa-se no gráfico 3 que a percentagem mais saliente (82%) dos inquiridos apresenta a licenciatura como grau académico. A menor percentagem é direcionada para o grau de Mestrado com apenas 1% dos inquiridos.

Formação Académica dos Inquiridos

		n	%
Formação Académica	Licenciatura	58	81,7
	Formação Especializada	12	16,9
	Mestrado	1	1,4
	Total	71	100,0

Tabela 3 - Formação Académica dos Inquiridos

Na tabela 3 podemos verificar que (81,7%; n=58) dos inquiridos têm licenciatura, seguindo-se os participantes com formação especializada (16,9%; n=12), e somente um dos elementos afirma ter o mestrado (1,4%).

Formação em Educação Especial

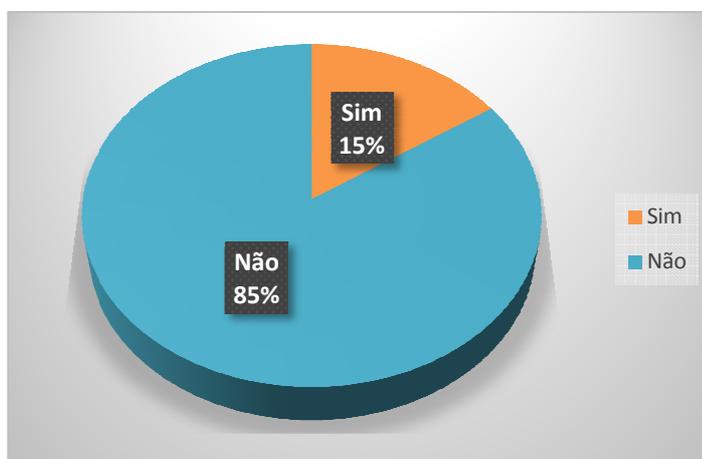


Gráfico 4 - Formação em Educação Especial

No gráfico 4 podemos concluir que uma maioria dos inquiridos (85%) não optou por fazer Formação em Educação Especial.

Formação em Educação Especial

		n	%
Formação em Educação Especial	Sim	11	15,5
	Não	60	84,5
	Total	71	100,0

Tabela 4 - Formação em Educação Especial

Constata-se, igualmente, que o equivalente a 15,5% (n=11) afirma ter Formação em Educação Especial, ou seja, trata-se de quase a totalidade de professores com Formação Especializada.

Tempo de Serviço dos Inquiridos

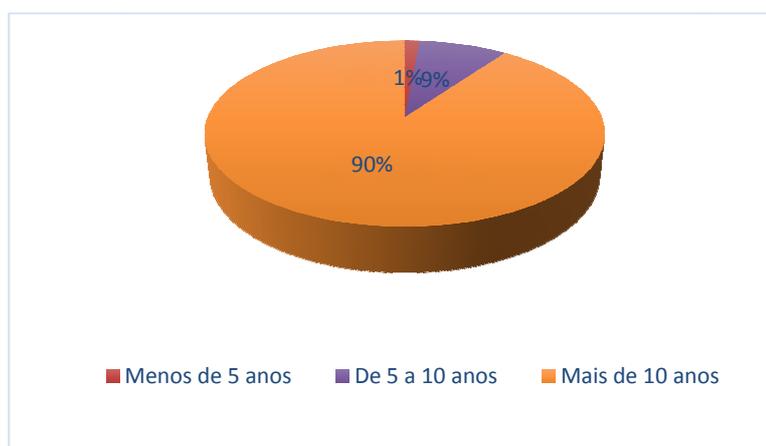


Gráfico 5 - Tempo de Serviço dos Inquiridos

Verifica-se no gráfico 5 que 90% dos inquiridos já exerce a profissão à mais de 10 anos enquanto que 1% dos inquiridos só a exerce à menos de 5 anos.

Tempo de Serviço dos Inquiridos

	n	%
Tempo de Serviço	Menos de 5 anos	1 1,4
	De 5 a 10 anos	6 8,5
	Mais de 10 anos	64 90,1
	Total	71 100,0

Tabela 5 - Tempo de Serviço dos Inquiridos

A maior parte dos inquiridos exerce atividade profissional na docência à mais de 10 anos (90,1%; n=64).

O correspondente a 8,5% (n=6) está no ensino num período entre 5 e 10 anos, e somente um dos participantes desempenha a profissão à menos de 5 anos (1,4%) como podemos verificar na tabela 5.

Situação Profissional Atual

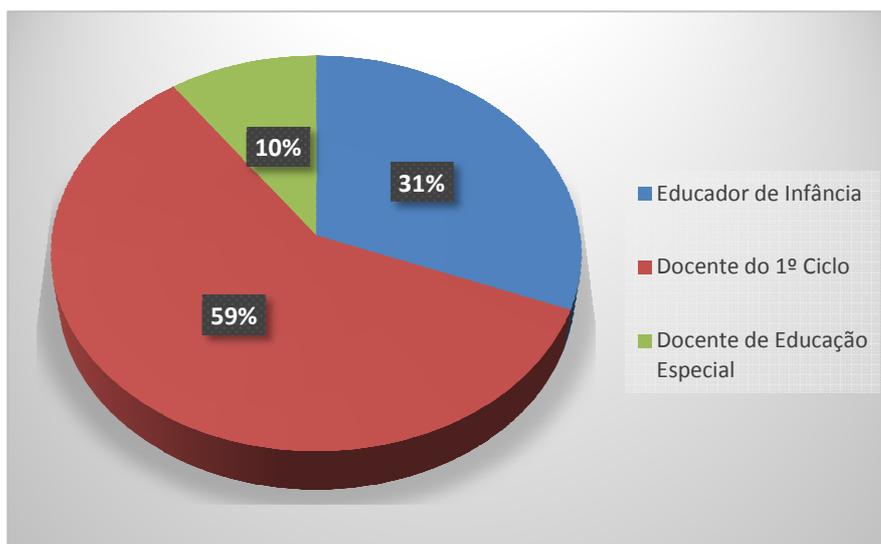


Gráfico 6 - Situação Profissional Atual dos Inquiridos

No gráfico 6 observamos que 59% dos inquiridos são docentes do 1º ciclo e apenas 10% dos inquiridos são docentes de Educação Especial.

Situação Profissional Atual

		n	%
Situação Profissional Atual	Educador de Infância	22	31,0
	Docente do 1º ciclo	42	59,2
	Docente de Educação Especial	7	9,9
	Total	71	100,0

Tabela 6 - Situação Profissional Atual

Como se pode observar na tabela 6, quanto à situação profissional verifica-se que a maior parte dos elementos exerce o cargo de docente do 1º ciclo (59,2%; n=42), seguindo-se os educadores de infância (31%; n=22) e os inquiridos que exercem a função de docente de Educação Especial (9,9%; n=7).

Conhecimento sobre a PHDA dos Inquiridos

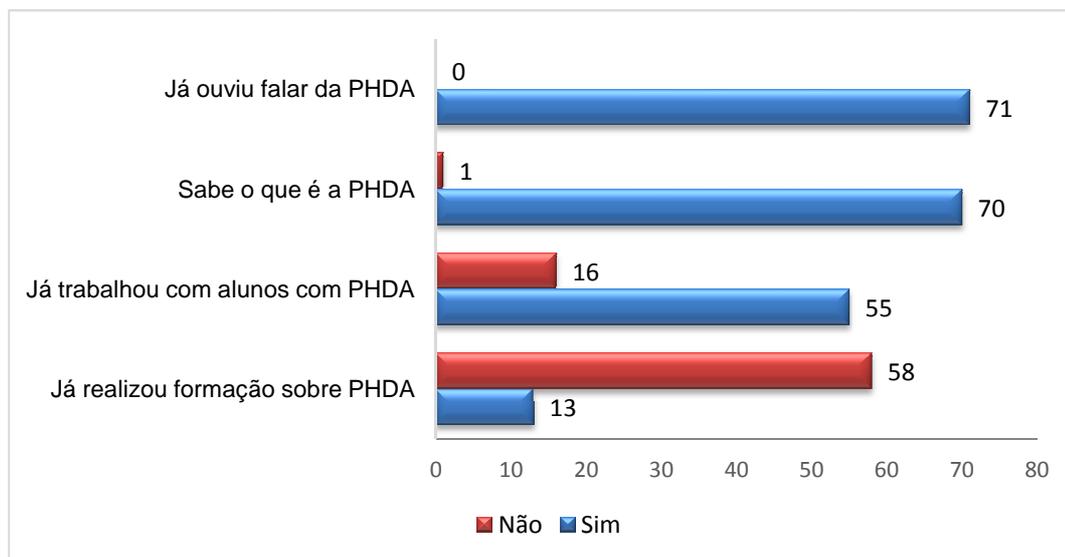


Gráfico 7 - Conhecimento sobre a PHDA dos Inquiridos

Conhecimento sobre a PHDA dos Inquiridos

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Já ouviu falar da PHDA	71	100,0%		
Sabe o que é a PHDA	70	98,6%	1	1,4%
Já trabalhou com alunos com PHDA	55	77,5%	16	22,5%
Já realizou formação sobre PHDA	13	18,3%	58	81,7%

Tabela 7 - Conhecimento sobre a PHDA dos Inquiridos

Ao analisarmos a tabela 7, perante a questão se os docentes já ouviram falar da PHDA, a totalidade de elementos respondeu afirmativamente (100%; n=71), e o equivalente a 98,6% (n=70) refere que sabe do que se trata a problemática. A maioria dos inquiridos mencionou que ao longo do seu percurso profissional já trabalhou com alunos com PHDA (77,5%; n=55), mas a grande maioria dos participantes assinalou que até ao momento não realizou qualquer formação sobre a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (81,7%; n=58).

4. Instrumentos

Para a realização de um trabalho de investigação, o importante será utilizar a metodologia adequada.

Para a realização da nossa investigação optamos por uma metodologia de cariz quantitativo.

A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Minayo & Sanches, 1993:188, cit. por Mauro, S., 2000).

Assim sendo, os investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a realização entre eles. Realizam medições com a ajuda de técnicas científicas que conduzem a conclusões quantificadas e, se possível, generalizáveis. (Bell, 1993:19,20).

As técnicas por nós selecionadas são as mais adequadas para conseguirmos atingir o que desejamos.

Para a concretização da nossa investigação decidimos pela construção de um inquérito por questionário.

O inquérito por questionário consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social ou profissional, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores. O inquérito por questionário distingue-se da simples sondagem de opinião pelo facto de visar a verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem. Por isso, estes inquéritos são geralmente muito mais elaborados do que as sondagens, dado o grande número de pessoas geralmente interrogadas e o tratamento quantitativo das informações (Quivy, R. & Campenhoudt, L., 1995).

O questionário que construímos é dividido em quatro categorias. A categoria I refere-se às características dos inquiridos. Na categoria II

procuramos identificar as características dos alunos com PHDA; a perceção dos professores sobre as dificuldades dos alunos com PHDA bem como as características da PHDA elegíveis para a E.E. e por último a perceção dos docentes sobre a necessidade de apoio da E.E.. Na categoria III procuramos perceber qual a intervenção dos docentes no apoio aos pais de crianças com PHDA. Para finalizar, na categoria IV tentamos perceber se os docentes organizam aulas especiais; se conhecem situações de aulas especiais; se têm a perceção de apoios específicos e por último se conhecem instituições de apoio a pais com filhos com PHDA.

O quadro abaixo indicado mostra-nos o modelo de análise subjacente a essa construção.

Quadro 1 – Construção do Questionário

Categorias	Dimensões	Itens
I	1. Características dos inquiridos	<ul style="list-style-type: none">▪ Género▪ Idade▪ Formação Académica▪ Formação Especializada▪ Tempo de Serviço▪ Situação Profissional Atual▪ Ouviu falar da PHDA▪ Sabe o que é a PHDA▪ Contacto com alunos com PHDA▪ Realizou formações sobre a PHDA
II	1- Identificação das características dos alunos com PHDA	<ul style="list-style-type: none">▪ Só é visível em crianças e desaparece com a idade▪ Tem dificuldade em manter a sua atenção▪ É preguiçosa▪ Apresenta uma capacidade de compreensão adequada para a idade

- Termina os trabalhos que começa
- Resultado de uma má educação
- Perde objetos necessários para a realização de tarefas
- Segue com frequência as instruções
- Tem dificuldades em seguir as regras da sala de aula
- Tem dificuldade em se relacionar com outras crianças
- Tem uma capacidade de memorização adequada para a idade
- Espera pela sua vez para responder
- Levanta-se da sala de aula em situações que deveria estar sentada
- Mexe constantemente no seu estojo de material

2- Perceção dos professores sobre as dificuldades dos alunos com PHDA

- No pré-escolar já se pode verificar se a criança tem PHDA
- Quanto mais tarde se verificar que a criança tem PHDA melhor
- A PHDA afeta só os rapazes
- Os educadores e os docentes do 1º ciclo têm formação para trabalhar com alunos com PHDA
- Os docentes do ensino especial disponibilizam-se para ajudar os

educadores e os docentes do 1º ciclo

- O agrupamento disponibiliza ações de formação para esclarecer os educadores e os docentes do 1º ciclo quanto à PHDA
- Os docentes do ensino especial apresentam melhor preparação para trabalhar com alunos com PHDA do que os educadores e os docentes do 1º ciclo
- As necessidades dos alunos com PHDA poderão ser colmatadas na sala de aula sem o apoio especializado
- As necessidades dos alunos com PHDA apenas serão colmatadas com o apoio de educação especial

3- Características da PHDA elegíveis para a Educação Especial

- Apresenta dificuldades em esperar pela sua vez
- Apresenta dificuldades em terminar as suas tarefas escolares
- Apresenta dificuldades em terminar tarefas que iniciam
- Apresenta dificuldades na organização de atividades
- Apresenta dificuldades em se distrair
- Apresenta dificuldades em estar sentado

	4- Perceção dos docentes sobre a necessidade de apoio da Educação Especial	<ul style="list-style-type: none">▪ Os alunos com PHDA têm apoio de um docente de educação especial▪ Os alunos com PHDA têm apoio fora da instituição de ensino▪ Os alunos com PHDA não têm qualquer tipo de apoio
III	1- Intervenção dos docentes no apoio aos pais de crianças com PHDA	<ul style="list-style-type: none">▪ Utiliza algum tipo de intervenção com as crianças com PHDA▪ Acha importante que os educadores e os docentes apoiem os pais de crianças com PHDA, com estratégias para que estes possam ajudar os seus filhos em casa
IV	1- Organização de aulas Especiais	<ul style="list-style-type: none">▪ Um procedimento importante será organizar aulas especiais na presença dos pais para os ajudar a trabalhar com os seus filhos com PHDA
	2- Descrição de situações Especiais	<ul style="list-style-type: none">▪ Conhece alguma situação em que este tipo de aulas já acontece
	3- Perceção de apoios específicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Tem conhecimento de apoio específico nesta problemática que considere uma boa prática
	4- Identificação de instituições de apoio a pais com filhos com PHDA	<ul style="list-style-type: none">▪ Conhece alguma instituição que apoia os pais de crianças com PHDA

5. Procedimentos

“Um procedimento é uma forma de progredir em direção a um objetivo” (Quivy, R.1995:25).

Depois da construção do nosso inquérito por questionário, entramos em contacto com a diretora do agrupamento onde nos identificamos e fizemos uma breve exposição do assunto que queríamos colocar em prática, com o objetivo de pedir autorização de entregar os questionários nos infantários e nas escolas do 1ºciclo. Fizemos ainda uma seleção e escolhemos o agrupamento mais próximo da nossa área de residência. Tivemos também o cuidado de ter em conta que naquele agrupamento existiam alunos com PHDA.

Após autorização por parte da diretora do agrupamento, pedimos que nos fosse concedido um número necessário de questionários para abranger todos os educadores, docentes do 1ºciclo e docentes do Ensino Especial daquele agrupamento.

Nessa mesma altura, ficou desde logo acordado a data em que os questionários nos seriam entregues.

A diretora do agrupamento teve o cuidado de entregar todos os questionários aos coordenadores de cada infantário e escola.

Na participação desta investigação foram solicitados educadores, docentes do 1ºciclo e docentes do Ensino Especial de um agrupamento do Norte do País.

Após a recolha dos questionários, codificamos as respostas dos docentes no programa SPSS 22, para se poder avaliar, cruzar e comparar os dados recolhidos com as características da nossa amostra. Pretendemos com esta análise entender se os educadores, docentes do 1ºciclo e docentes do Ensino Especial, identificam corretamente as características destas crianças e se os educadores, docentes do 1ºciclo e docentes do Ensino Especial utilizam estratégias para apoiar os pais de criança com PHDA.

Depois de todos os dados estarem analisados prosseguimos com a discussão dos resultados com o objetivo de entender se as hipóteses que nós colocamos são válidas ou não.

II – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Descrição dos Resultados

Passando para a segunda parte do questionário, que pretende avaliar o nível de conhecimento dos participantes sobre a PHDA, foram apresentadas uma série de características onde os inquiridos assinalam se consideram estar diretamente associadas às crianças com PHDA ou não, sendo posteriormente a sua resposta recodificada como estando correta ou incorreta. Nos casos em que os inquiridos não sabem responder optou-se por manter a categoria “Não sabe”, de forma a saber em que afirmações surgem as maiores dúvidas por parte dos docentes.

Segundo Quivy & Campenhoudt (1992) indicam a importância da utilização de um programa de análise estatística para proceder ao tratamento de dados do questionário. Neste sentido, recorreremos aos testes da normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk para avaliar se a variável que será testada apresenta uma distribuição normal.

Para comparar dois grupos independentes será utilizado o teste t de Student, e para a comparação entre três grupos independentes será utilizado o teste ANOVA.

Posteriormente apresentaremos o tratamento de dados seguindo a ordem do questionário.

Na categoria II, procuramos perceber os conhecimentos dos docentes em relação às características das crianças com PHDA. Para esta questão utilizamos um conjunto de itens retirados da escala de Conners (1970; versão adaptada por Victor da Fonseca, 1998). Para além destes itens, utilizamos outros que não são necessários para identificar a PHDA.

Características Específicas dos Alunos com PHDA

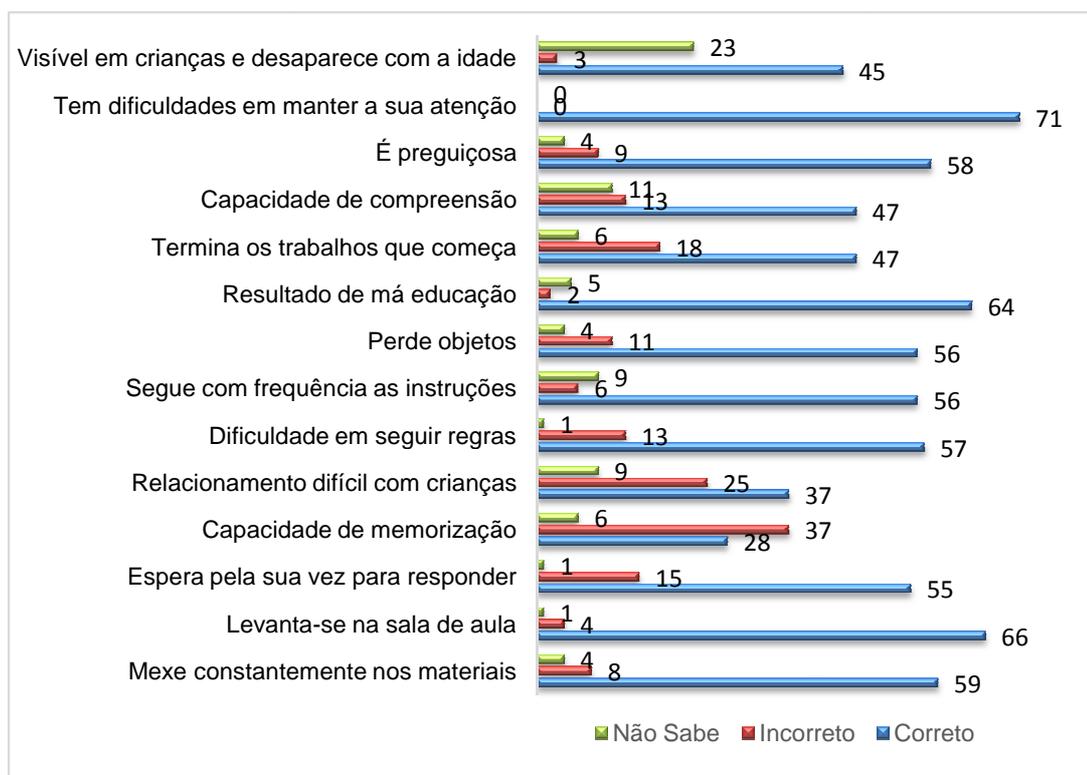


Gráfico 8 - Características Específicas dos Alunos com PHDA

Características Específicas dos Alunos com PHDA

	Correto		Incorreto		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
A PHDA só é visível em crianças e desaparece com a idade	45	63,4%	3	4,2%	23	32,4%
A criança com PHDA tem dificuldades em manter a sua atenção	71	100,0%				
A criança com PHDA é preguiçosa	58	81,7%	9	12,7%	4	5,6%
A criança com PHDA apresenta uma capacidade de compreensão adequada à idade	47	66,2%	13	18,3%	11	15,5%
A criança com PHDA termina os trabalhos que começa	47	66,2%	18	25,4%	6	8,5%
A criança com PHDA é om resultado de uma má educação	64	90,1%	2	2,8%	5	7,0%
A criança com PHDA perde objetos necessários para a realização de tarefas	56	78,9%	11	15,5%	4	5,6%
A criança com PHDA segue com frequência as instruções	56	78,9%	6	8,5%	9	12,7%
A criança com PHDA tem dificuldade em seguir as regras da sala de aula	57	80,3%	13	18,3%	1	1,4%
A maioria das crianças com PHDA tem dificuldade em se relacionar com outras crianças	37	52,1%	25	35,2%	9	12,7%
A criança com PHDA tem uma capacidade de memorização adequada à idade	28	39,4%	37	52,1%	6	8,5%
A criança com PHDA espera pela sua vez para responder	55	77,5%	15	21,1%	1	1,4%
A criança com PHDA levanta-se da sala de aula em situações que deveria ficar sentada	66	93,0%	4	5,6%	1	1,4%
A criança com PHDA mexe constantemente no seu estojo de material	59	83,1%	8	11,3%	4	5,6%

Tabela 8 - Características Específicas dos Alunos com PHDA

Na tabela 8 podemos verificar que a maioria dos professores acertou ao assinalar “não” na afirmação “A PHDA só é visível em criança e desaparece com a idade” (63,4%; n=45), mas nesta afirmação surge uma grande percentagem de inquiridos que não sabem se a perturbação desaparece com o avançar da idade ou não, e demonstrou não ter conhecimento neste aspeto (32,4%; n=23). Por sua vez, a totalidade de inquiridos acertou quando assinalaram que a criança com PHDA tem dificuldade em manter a sua atenção (100%; n=71).

A maior parte dos docentes acertou ao assinalar que não concordam que as crianças com PHDA sejam preguiçosas (81,7%; n=58), e o equivalente a 66,2% (n=47) respondeu corretamente quando assinalou afirmativamente que, as crianças com PHDA apresenta uma capacidade de compreensão adequada para a idade, embora neste item as dúvidas sejam na ordem dos 15,5% (n=11).

Outro aspeto possível de verificar no gráfico 8 é que os inquiridos acertaram maioritariamente quando indicam que as crianças com PHDA não terminam os trabalhos que começam (66,2%; n=47) e responderam corretamente ao considerar que as crianças com PHDA não são resultado de uma má educação (90,1%; n=64) e que tendem a perder objetos necessários para a realização de tarefas (78,9%; n=56).

Os docentes têm igualmente uma noção acertada de que as crianças com PHDA não seguem com frequência as instruções (78,9%; n=56), mas é um dos itens com maior taxa de dúvida (12,7%; n=9), apesar de terem respondido corretamente que as crianças com PHDA têm dificuldade em seguir as regras da sala de aula (80,3%; n=57).

Na afirmação “A maioria das crianças com PHDA tem dificuldade em se relacionar com outras crianças” a percentagem mais saliente de inquiridos acertou quando respondeu negativamente (52,1%; n=37), mas constata-se que o valor de 35,2% (n=25) está errado ao considerar que de facto estas crianças têm dificuldade de relacionamento com os outros, e 12,7% (n=9) não sabe responder. Por outro lado, a maior parte dos participantes errou ao considerar

que as crianças com PHDA não têm uma capacidade de memorização adequada à idade (52,1%; n=37).

Por fim, verifica-se que a percentagem mais expressiva de elementos sabe corretamente que as crianças com PHDA não sabe esperar pela sua vez para responder (77,5%; n=55), que tende a levantar-se da sala de aula em situações que deveria ficar sentada (93%; n=66) e que mexe constantemente no seu estojo de material (83,1%; n=59).

Competências para Identificar Alunos com PHDA

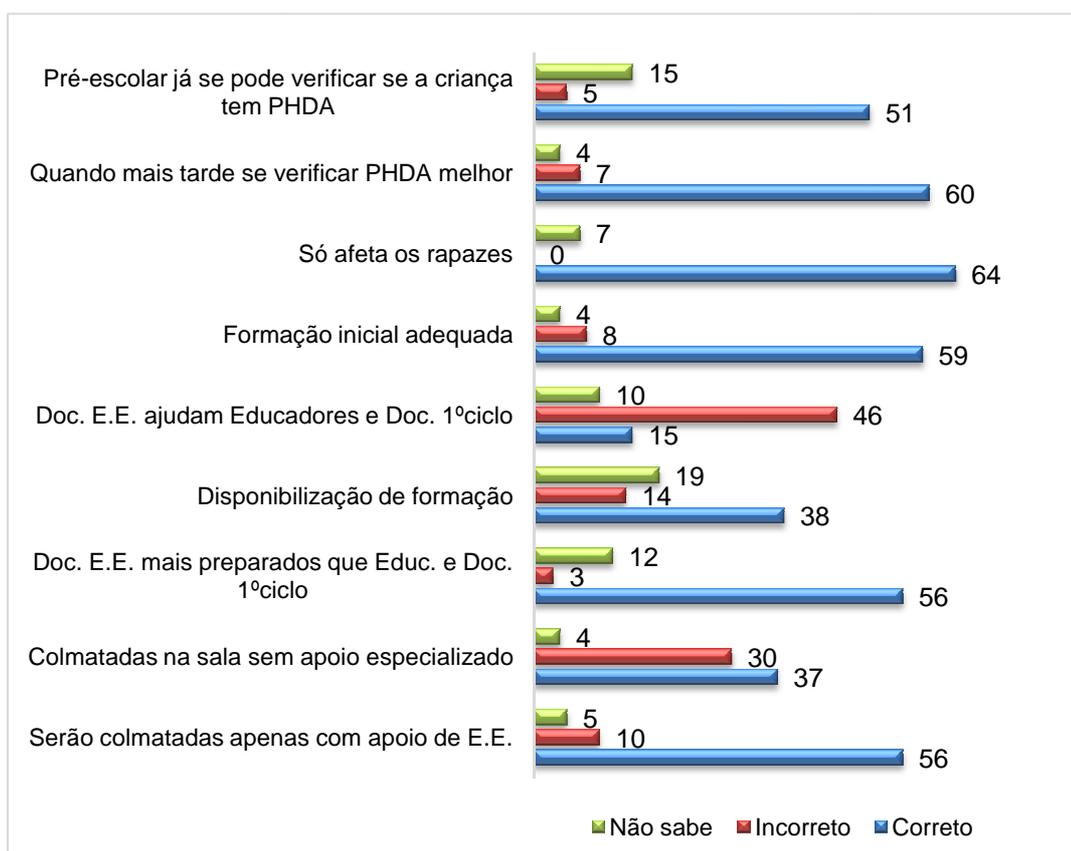


Gráfico 9 - Competências para Identificar Alunos com PHDA

Competências para Identificar Alunos com PHDA

	Correto		Incorreto		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
No pré-escolar já se pode verificar se a criança tem PHDA	51	71,8%	5	7,0%	15	21,1%
Quanto mais tarde se verificar que a criança tem PHDA melhor	60	84,5%	7	9,9%	4	5,6%
A PHDA afeta só os rapazes	64	90,1%			7	9,9%
Os educadores e os docentes do 1º ciclo têm formação inicial adequada para trabalhar com alunos com PHDA	59	83,1%	8	11,3%	4	5,6%
Os docentes do Ensino Especial disponibilizam-se para ajudar os educadores e os docentes do 1º ciclo	15	21,1%	46	64,8%	10	14,1%
O agrupamento disponibiliza ações de formação para esclarecer os educadores e docentes do 1º ciclo quanto à PHDA	38	53,5%	14	19,7%	19	26,8%
Os docentes do Ensino Especial apresentam melhor preparação para trabalhar com alunos com PHDA do que os educadores e docentes do 1º ciclo	56	78,9%	3	4,2%	12	16,9%
As necessidades dos alunos com PHDA poderão ser colmatadas na sala de aula sem o apoio especializado	37	52,1%	30	42,3%	4	5,6%
As necessidades dos alunos com PHDA apenas serão colmatadas com o apoio de Educação Especial	56	78,9%	10	14,1%	5	7,0%

Tabela 9 - Competências para Identificar Alunos com PHDA

Perante o gráfico 9 e a tabela 9, ao responder mediante a sua experiência profissional se concordam ou não com as afirmações apresentadas, verifica-se que os professores responderam corretamente ao considerar que no pré-escolar já se pode verificar se a criança tem PHDA (71,8%; n=51), mas existe uma percentagem saliente de elementos que não sabe responder (21,1%; n=15). A maioria dos elementos inquiridos respondeu acertadamente ao mencionar que não concorda que quanto mais tarde se verificar que a criança tem PHDA melhor (84,5%; n=60), e acertou quando não concorda que a PHDA só afeta rapazes (90,1%; n=64).

A maioria dos participantes consideram que os educadores e docentes do 1º ciclo não têm formação inicial adequada para trabalhar com alunos com PHDA (83,1%; n=59), mas a percentagem mais expressiva de elementos respondeu erradamente quando assinalaram que consideram que os docentes do Ensino Especial se disponibilizam para ajudar os educadores e professores do 1º ciclo (64,8%; n=46). Destaca-se também os elementos que responderam acertadamente que o agrupamento não disponibiliza ações de formação para esclarecer os educadores e docentes sobre a PHDA (53,5%; n=38), mas neste item o correspondente a 26,8% (n=19) apresenta dúvidas. Verifica-se, igualmente, que a maioria dos inquiridos acertou e considera que os docentes

de Ensino Especial apresentam melhor preparação para trabalhar com alunos com PHDA do que os educadores de infância e professores do 1º ciclo (78,9%; n=56).

Na afirmação “As necessidades dos alunos com PHDA poderão ser colmatadas na sala de aula sem o apoio especializado” a percentagem mais saliente acertou ao responder negativamente (52,1%; n=37), mas existe uma percentagem expressiva que errou neste item (42,3%; n=30). Também se observa que os inquiridos não concordam que as necessidades dos alunos com PHDA apenas sejam colmatadas com a Educação Especial, pois o valor de 78,9% (n=56) respondeu corretamente assinalando que discorda do item.

Características que se podem tornar elegíveis para a E.E.

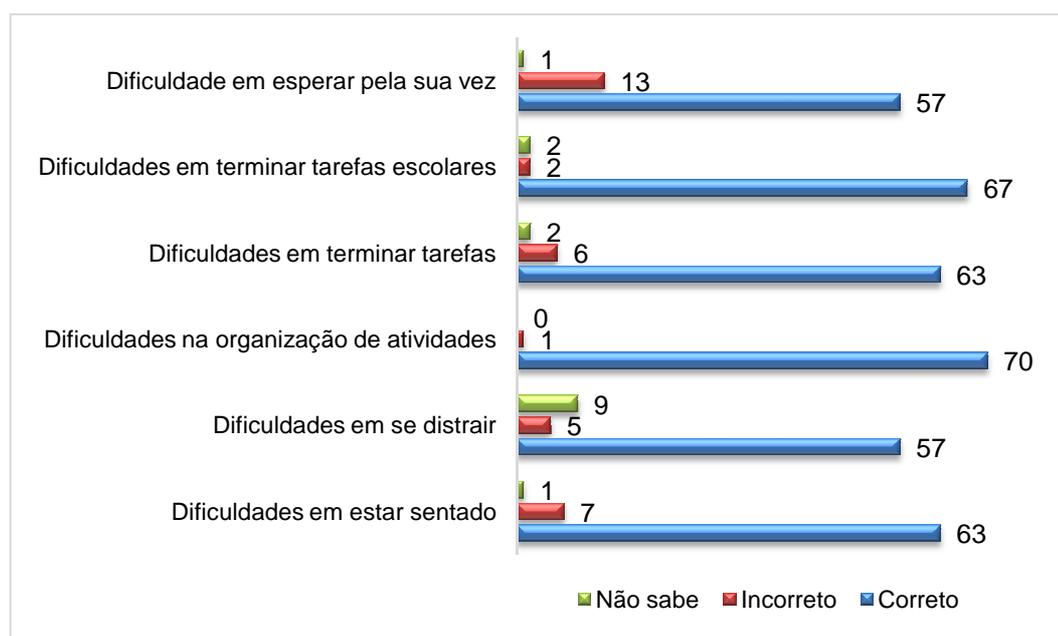


Gráfico 10 - Características que se podem tornar elegíveis para a E.E.

Característica que se podem tornar elegíveis para a E.E.

	Correto		Incorreto		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
Apresenta dificuldades em esperar a sua vez	57	80,3%	13	18,3%	1	1,4%
Apresenta dificuldades em terminar as suas tarefas escolares	67	94,4%	2	2,8%	2	2,8%
Apresenta dificuldades em terminar tarefas que iniciam	63	88,7%	6	8,5%	2	2,8%
Apresenta dificuldades na organização de atividades	70	98,6%	1	1,4%		
Apresenta dificuldades em se distrair	57	80,3%	5	7,0%	9	12,7%
Apresenta dificuldades em estar sentado	63	88,7%	7	9,9%	1	1,4%

Tabela 10 - Características que se podem tornar elegíveis para a E.E.

Relativamente ao conhecimento dos inquiridos sobre as características que se podem tornar elegíveis para a Educação Especial, verifica-se no gráfico 10 que a maioria dos inquiridos respondeu corretamente a todas as categorias apresentadas. Relativamente à tabela 10 pode-se afirmar que os docentes consideram que os alunos com PHDA apresentam dificuldade em esperar pela sua vez (80,3%; n=57), apresentam dificuldade em terminar tarefas escolares (94,4%; n=67), apresentam dificuldades em terminar tarefas que iniciam (88,7%; n=63), apresentam dificuldade na organização de atividades (98,6%; n=70), apresentam dificuldade em estar sentados (88,7%; n=63), mas não apresentam dificuldades em se distrair (80,3%; n=57).

Outro aspeto a salientar é que a maior taxa de respostas incorretas está relacionada com a dificuldade da criança com PHDA em esperar pela sua vez (18,3%; n=13), e as maiores dúvidas surgem na dificuldade/facilidade de distração (12,7%; n=9).

Perceção dos Docentes relativamente aos Apoios Disponibilizados

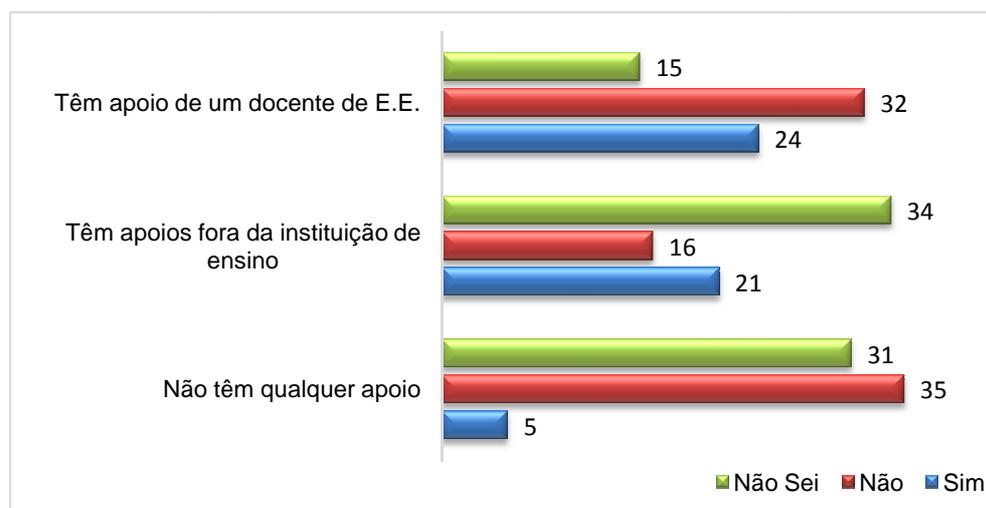


Gráfico 11 - Perceção dos Docentes relativamente aos Apoios Disponibilizados

Perceção dos Docentes relativamente aos Apoios Disponibilizados

	Sim		Não		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
Os alunos com PHDA têm apoio de um docente de Educação Especial	24	33,8%	32	45,1%	15	21,1%
Os alunos com PHDA têm apoios fora da instituição de ensino	21	29,6%	16	22,5%	34	47,9%
Os alunos com PHDA não têm qualquer tipo de apoio	5	7,0%	35	49,3%	31	43,7%

Tabela 11 - Perceção dos Docentes relativamente aos Apoios Disponibilizados

Ao nível organizacional, e mais especificamente no que respeita à perceção dos docentes relativamente aos apoios disponibilizados aos alunos com PHDA, podemos verificar através do gráfico 11 e da tabela 11, que o correspondente a 45,1% (n=32) dos inquiridos considera que estes alunos não têm apoio de um docente de Educação Especial, o valor de 33,8% (n=24) respondeu afirmativamente e 21,1% (n=15) não sabe se os alunos com PHDA têm apoio especializado.

Constata-se também que a percentagem mais saliente de inquiridos não sabe se os alunos com PHDA têm apoio fora da instituição de ensino (47,9%; n=34), e somente 29,6% (n=21) considera que este apoio externo existe. Por

outro lado, a percentagem de 49,3% (n=35) não acredita que estes alunos não tenham qualquer tipo de apoio, embora exista o equivalente a 43,7% (n=31) que não sabe posicionar-se nesta questão.

Utilização de Estratégias para Apoiar Pais de Crianças com PHDA

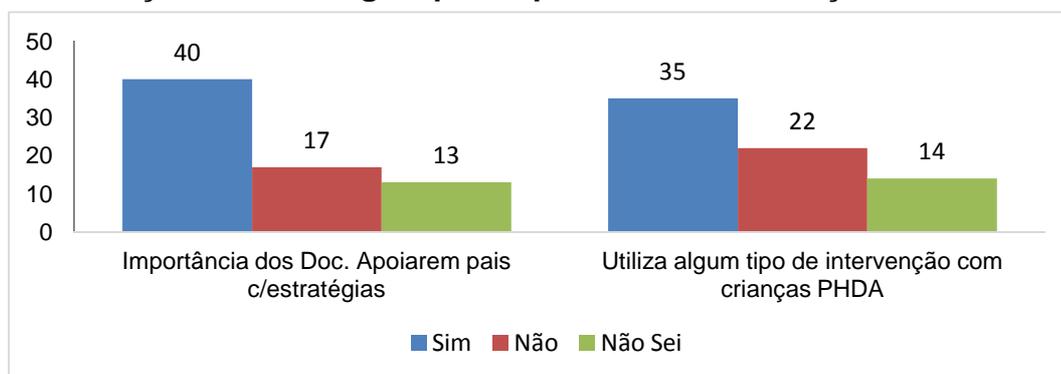


Gráfico 12 - Utilização de Estratégias para Apoiar Pais de Crianças com PHDA

Utilização de Estratégias para Apoiar Pais de Crianças com PHDA

	Sim		Não		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
Utiliza algum tipo de intervenção com as crianças com PHDA	35	49,3%	22	31,0%	14	19,7%
Acha importante que os educadores e docentes apoiem os pais de crianças com PHDA com estratégias para que estes ajudem os seus filhos em casa	40	57,1%	17	24,3%	13	18,6%

Tabela 12 - Utilização de Estratégias para Apoiar Pais de Crianças com PHDA

Como podemos verificar na tabela 12, a percentagem mais explícita de elementos afirma que utiliza algum tipo de intervenção com as crianças com PHDA (49,3%; n=35), o valor de 31% (n=22) respondeu negativamente e 19,7% (n=14) afirma que não sabe. Perante a questão se consideram importante que os educadores e docentes apoiem os pais de crianças com PHDA com estratégias para que estes ajudem os seus filhos em casa a maioria dos participantes respondeu afirmativamente (57,1%; n=40).

Observamos também no gráfico 12, que dos 40 inquirido que afirmaram ser importante apoiar os pais de crianças com PHDA com estratégias para ajudar os filhos em casa, somente 26 responderam à questão onde foi

solicitado para indicarem algumas estratégias utilizadas para apoiar os pais dos alunos com PHDA. As respostas obtidas foram sujeitas a uma análise de conteúdo, e através do mesmo pode-se constatar que a estratégia mais vezes apontada é “ (...) explicar aos pais que têm que ter regras bem explícitas com os seus filhos.”, seguindo-se a importância da manutenção de rotinas e o desenvolvimento de um maior sentido de responsabilidade, pois como refere um inquirido “Tentar enquadrar uma criança PHDA na rotina diária, e quando terminar dar-lhe instruções para a manter sempre ativa. Ajudá-los na integração das regras e dar-lhes mais responsabilidades e autonomia.”

Também ao nível da definição de tarefas se deve ajustar à capacidade das crianças e deve-se ter particular atenção a este ponto, pois “Para estas crianças nunca podemos dar tarefas muito longas, porque à partida não as vão terminar.”, tornando-se importante “Dar tarefas simples e que resultem em sucesso” para motivar as crianças. Para além do ajustamento deve-se “Ajudar a gerir o tempo na realização das tarefas.” e permitir a realização de pequenos intervalos entre as mesmas.

É igualmente mencionado pelos docentes a importância dos pais reforçarem positivamente o esforço dos filhos: “Elogiar os comportamentos adequados da criança e os seus bons desempenhos (reforço da autoestima; distinguir os comportamentos propositados daqueles que são consequência da sua dificuldade em seguir instruções).”. No fundo, os professores acreditam que os pais devem “Dar reforço positivo; muito amor, muita dedicação.” e é essencial “Ter muita paciência com a criança e ajudá-la nas suas atividades.”. Contudo, e independentemente das estratégias adotadas, é relevante que os pais e os professores/educadores trabalhem em conjunto e em parceria, já que “ (...) é importante os pais seguirem as mesmas regras que o professor utiliza.”, primordialmente com o objetivo “ (...) para ser valorizada a continuidade pedagógica na sala (respeito pelas regras/cumprimento das mesmas, insistência/persistência nas tarefas a que se propõe ou são apresentadas).”.

Resumindo, os docentes acreditam que o trabalho direto com as crianças com PHDA exige sobretudo “Ter paciência, firmeza e disciplina.”,

sendo esta uma boa base para dar seguimento às estratégias de intervenção com estes alunos.

Organização de momentos Educativos Especiais

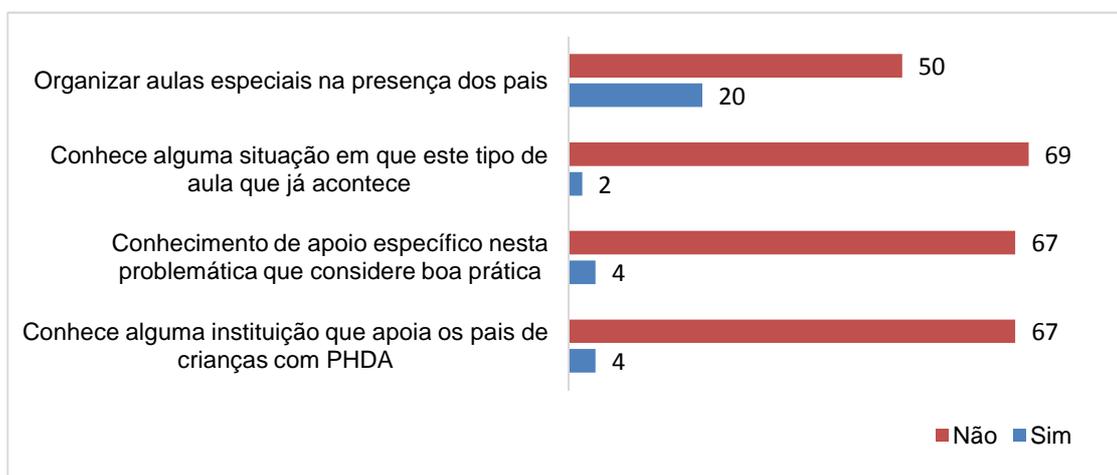


Gráfico 13 - Organização de momentos Educativos Especiais

Organização de momentos Educativos Especiais

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Um procedimento importante será organizar aulas especiais na presença dos pais para os ajudar a trabalhar com os filhos com PHDA	20	28,6%	50	71,4%
Conhece alguma situação em que este tipo de aulas já acontece	2	2,8%	69	97,2%
Tem conhecimento de apoio específico nesta problemática que considere uma boa prática	4	5,6%	67	94,4%
Conhece alguma instituição que apoia os pais de crianças com PHDA	4	5,6%	67	94,4%

Tabela 13 - Organização de momentos Educativos Especiais

Verifica-se no gráfico 13 e na tabela 13 que a grande maioria dos docentes não considera que um procedimento importante poderá passar pela organização de aulas especiais na presença dos pais para os ajudar a trabalhar com os filhos (71,4%; n=50). O equivalente a 28,6% (n=20) acredita neste procedimento como uma estratégia para ajudar os pais, mas quando lhes foi solicitado para apresentar uma proposta de aula, somente oito elementos responderam.

Relativamente às propostas de aula com estas características apontadas pelos inquiridos destaca-se novamente toda a dinâmica de assimilação de regras por parte dos alunos: “Um dia com atividades pré-estipuladas para que entendam que existem regras.”, ou como refere outro docente “Mostrar aos pais a maneira como motivar a criança e a criação de regras.”. A um nível mais prático surgiu a proposta de “Leitura e exploração de um conto; registo escrito sobre os elementos paratextuais e um pequeno resumo. É importante que o aluno cumpra a regra da escrita, uma vez que o seu trabalho foi mais reduzido que o trabalho dos colegas.”, ou então “Ter atividades de música e poesia.”, por se tratarem de atividades capazes de diminuir a agitação das crianças.

Quando questionados se conhecem alguma situação em que este tipo de aula já aconteça, os inquiridos responderam na grande maioria negativamente (97,2%; n=69), e o mesmo acontece perante a questão se têm conhecimento de apoio específico nesta problemática que considerem uma boa prática (94,4%; n=67).

Foi solicitado aos quatro elementos que responderam ter conhecimento de apoios específicos que são boas práticas (5,6%) para os mencionarem, e os elementos mencionaram o Apoio Psicopedagógico, a utilização de matérias apelativos para captar a atenção da criança, e “O apoio individualizado do professor titular com incentivos e promoção da autoestima, e necessária importância do cumprimento das regras.”.

Por fim, foi questionado aos participantes se conhecem alguma instituição que apoie os pais de crianças com PHDA, e a grande maioria dos elementos respondeu desconhecer entidades que apoiem os pais destas crianças (94,4%; n=67). Os inquiridos que responderam afirmativamente mencionaram a APDCH – Associação Portuguesa da Criança Hiperativa, a Clifala, o CADIN – Centro de Apoio Desenvolvimento Infantil, e a Cliduca – Centro Psicopedagógico e Terapêutico.

Teste da Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Número de respostas certas	,121	71	,001	,930	71	,001

Tabela 14 - Teste da normalidade

De forma a responder aos objetivos específicos do trabalho e confirmar se o nível de conhecimento sobre a PHDA oscila mediante as características demográficas e profissionais dos docentes, optou-se por comparar a variável do número de respostas certas nas afirmações sobre a PHDA pelas variáveis da primeira parte do questionário.

Todavia, uma vez que a extensão da amostra não é muito expressiva, e de forma a saber que tipo de testes estatísticos podemos utilizar, recorreremos aos testes da normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk para avaliar se a variável que será testada apresenta uma distribuição normal.

Através da tabela 14, verifica-se que se alcançaram em ambos os testes valores de significância inferiores a 0,05, o que permite assumir que existe normalidade dos dados e podemos recorrer a estatística paramétrica para comparar/correlacionar os resultados.

Comparação do Nível de Conhecimento sobre a PHDA por Género dos Docentes

	Sexo	Média	dp	Teste t	
				t	p
Número de respostas certas	Feminino	22,1	3,41	1,105	,273
	Masculino	20,5	2,95		

Tabela 15 - Comparação do Nível de Conhecimento sobre a PHDA por Género dos Docentes

Assim, para efeito de comparação do nível de conhecimento sobre a PHDA entre dois grupos independentes será utilizado o teste t de Student, e para a comparação entre três grupos independentes será utilizado o teste

ANOVA. Ambos os testes têm subjacentes a hipótese nula (que afirma que a média é igual entre os grupos), e a hipótese alternativa (que permite rejeitar a igualdade e afirma existir diferença estatística de médias entre os grupos).

Pode-se afirmar que existe diferença estatística dos resultados sempre que o nível de significância for igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$), pois pode-se rejeitar a hipótese nula da igualdade e assumir que a diferença de resultados é estatisticamente significativa.

Na tabela 15, consta a comparação do nível de conhecimento sobre a PHDA por género dos docentes. Verifica-se que os elementos femininos apresentam uma média mais elevada do que os elementos masculinos ($m=22,1$; $dp=3,41$ e $m=20,5$; $dp=2,95$), mas a diferença de médias não é considerada estatisticamente significativa ($t=1,105$; $p=0,273$), o que permite afirmar que os conhecimentos sobre a problemática não diferem mediante o sexo do inquirido.

Comparação do Nível de Conhecimento sobre a PHDA pela Formação Académica

	Formação Académica	Média	dp	Teste t	
				t	p
Número de respostas certas	Licenciatura	21,9	3,51	,106	,916
	Formação Especializada	21,8	2,92		

Tabela 16 - Comparação do nível de conhecimento sobre a PHDA pela Formação Académica

Na comparação pela formação académica podemos verificar na tabela 16 que as médias de ambos os grupos estão muito aproximadas ($m=21,9$ e $m=21,8$ respetivamente), e a diferença é praticamente inexistente ($t=0,106$; $p=0,916$), o que indica que os conhecimentos sobre a PHDA não estão relacionados com a realização de formação especializada, em particular com a frequência de formação em Ensino Especial.

Comparação do Nível de Conhecimento Sobre a PHDA pela Situação Profissional

Número de respostas certas			ANOVA	
Situação Profissional	Média	dp	F	p
Educador de Infância	22,4	4,28		
Docente do 1º Ciclo	21,9	3,04	,664	,518
Docente de Educação Especial	20,7	1,89		

Tabela 17 - Comparação do Nível de Conhecimento Sobre a PHDA pela Formação Académica

Na tabela 17 podemos verificar que os educadores de infância são os que acertaram em mais itens ($m=22,4$; $dp=4,28$), seguindo-se os professores do 1º ciclo ($m=21,9$) e, por fim, os docentes de Educação Especial ($m=20,7$; $dp=1,89$), mas estas diferenças não são consideradas significativas ($F=0,664$; $p=0,518$), o que conduz à conclusão que o tipo de conhecimento que os inquiridos demonstram sobre as características da PHDA também não está relacionado com a sua situação profissional.

Comparação do conhecimento por experiência profissional com alunos com PHDA

	Já trabalhou com alunos com PHDA	Média	dp	Teste t	
				t	p
Número de respostas certas	Sim	22,0	2,89	,110	,912
	Não	21,9	4,83		

Tabela 18 - Comparação do conhecimento por experiência profissional com alunos com PHDA

Do mesmo modo, também se observa na tabela 18, que o conhecimento demonstrado sobre a temática não difere mediante o facto de já ter trabalhado anteriormente com alunos com PHDA ($t=0,110$; $p=0,912$), e as médias estão bastante aproximadas ($m=22,0$ e $m=21,9$ respetivamente).

Comparação do conhecimento por realização de formação sobre PHDA

	Já realizou formação sobre PHDA	Média	dp	Teste t	
				t	p
Número de respostas certas	Sim	24,9	1,85	3,822	,000
	Não	21,3	3,30		

Tabela 19 - Comparação do conhecimento por realização de formação sobre PHDA

Por outro lado, ao realizar a comparação com a realização de formação específica sobre a PHDA já se alcançaram resultados significativos como podemos verificar na tabela 19. Observa-se que os elementos que já realizaram formação sobre o tema acertaram em mais itens do que os participantes que não tiveram formação ($m=24,9$; $dp=1,85$ e $m=21,3$; $dp=3,30$ respetivamente), e o teste estatístico permite rejeitar a hipótese da igualdade e assumir que efetivamente o nível de conhecimento sobre a problemática é consideravelmente mais elevado por parte dos docentes com formação sobre a PHDA ($t=3,822$; $p < 0,001$).

Comparação do conhecimento por intervenção com crianças portadoras da PHDA

	Utiliza algum tipo de intervenção com as crianças com PHDA	Média	dp	Teste t	
				t	p
Número de respostas certas	Sim	22,8	2,97	3,331	,002
	Não	19,9	3,60		

Tabela 20 - Comparação do conhecimento por intervenção com crianças portadoras da PHDA

Do mesmo modo, também se pode assumir que os inquiridos que referem utilizar alguma intervenção com crianças portadoras da PHDA são os que apresentam maior conhecimento sobre a perturbação ($m=22,8$; $dp=2,97$ e

$m=19,9$; $dp=3,60$), e esta diferença de médias é estatisticamente significativa ($t=3,331$; $p=0,002$), confirmando que são os elementos com mais conhecimentos sobre o tema que mais intervêm com as crianças com PHDA, como podemos verificar na tabela 20.

Comparação do conhecimento por considerar importante o apoio aos pais da criança com PHDA

	Acha importante que os educadores e docentes apoiem os pais de crianças com PHDA	Média	dp	Teste <i>t</i>	
				<i>t</i>	<i>p</i>
Número de respostas certas	Sim	22,6	2,80	2,453	,017
	Não	20,2	4,39		

Tabela 21 - Comparação do conhecimento por considerar importante o apoio aos pais da criança com PHDA

Também se verifica que são os profissionais que atribuem maior importância à prestação de apoio aos pais de crianças com PHDA que manifestam maior grau de conhecimento sobre a problemática como podemos verificar na tabela 21 ($m=22,6$; $dp=2,80$ e $m=20,2$; $dp=4,39$), e o teste estatístico permite aceitar a diferença significativa dos resultados ($t=2,453$; $p=0,017$). Assim, conclui-se que os docentes que melhor conhecem os contornos e características da perturbação são os que consideram importante que os profissionais ajudem os pais das crianças.

Correlação do conhecimento da PHDA com a Idade e o Tempo de Serviço

		Idade	Tempo de Serviço
Número de respostas certas	<i>Pearson</i>	,179	,195
	<i>p</i>	,136	,103
	<i>n</i>	71	71

Tabela 22 - Correlação do conhecimento da PHDA com a Idade e o Tempo de Serviço

Por fim, para relacionar o número de respostas certas mediante as variáveis quantitativas da idade do tempo de serviço recorreu-se à correlação de Pearson. Na correlação trabalha-se com dois valores em simultâneo: o valor da associação (r), que se pode situar de 0 a 1 (e quanto mais afastado o valor do zero, maior é a associação entre as variáveis); e o valor de p , e sempre que $p \leq 0,05$ pode-se assumir que existe relação entre as variáveis. No entanto, podemos verificar na tabela 22, que apesar de se encontrarem duas correlações positivas (sugerindo a tendência para que aumente o conhecimento da PHDA conforme aumenta a idade e o tempo de serviço) ambas as correlações encontradas são baixas ($r=0,179$ e $r=0,195$), ou seja, a associação existente é fraca, e em nenhum momento se pode assumir a existência de relação entre as variáveis ($p > 0,05$).

2. Discussão dos Resultados

Nos dias de hoje temos verificado que o maior problema das crianças com PHDA é conseguir obter o sucesso escolar. Por este motivo os professores têm um papel muito importante, porque são eles que levam o saber até estas crianças. Assim sendo, o professor deve procurar saber sempre mais sobre esta problemática e só assim, poderá ajudar os seus alunos com PHDA.

O primeiro passo da intervenção escolar é a instrução dos professores sobre o transtorno. Tal como a escola, o professor também deverá estar atento e ser cuidadoso, mostrando-se sempre conhecedor da problemática, auxiliando o aluno no seu percurso escolar, potencializando as suas capacidades e analisando todos os meios necessários para a obtenção do sucesso (Barkley, 2002).

Segundo Rohde, L. & Benczik, E. (1999), referem que o professor tem um papel muito importante no processo de aprendizagem dos seus alunos.

Parker (2003) diz que os professores são aqueles que mais facilmente conseguem perceber quando um aluno está com problemas de atenção, aprendizagem, comportamento inadequado ou emocionais, afetivos e sociais.

O professor deve também estar em contacto com os outros profissionais que lidam diretamente com estas crianças (ex.: terapeuta, psicólogo, etc.).

Ao tomarmos consciência das dificuldades que vão acontecendo numa família com alunos portadores da PHDA, pais e professores devem ser companheiros e terem uma estreita colaboração.

A comunicação entre a escola e a família é um fator muito importante para garantir uma melhor estratégia na resolução do problema. Assim sendo, é fundamental que haja um instrumento de comunicação escrita e de cooperação, que seja diariamente utilizado (Rief, S. F. & Heimburge, J. A., 1998).

Os problemas que vão acontecendo com estas crianças e com as suas famílias foram o motivo que nos levou a esta nossa investigação.

Por este motivo, o fator principal foi perceber se os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes dos Ensino Especial identificam corretamente as características específicas dos alunos com PHDA. Achamos também importante saber se os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial utilizam estratégias para apoiar os pais de crianças com PHDA.

Para a discussão dos resultados que procuramos, tentando ser o mais rigoroso e claro possível, iremos proceder à análise procurando articular os resultados obtidos com todo o enquadramento teórico desta investigação e com cada uma das hipóteses que definimos, construindo uma reflexão mais precisa. Assim sendo, procederemos à validação ou não validação das hipóteses.

Assim, a primeira hipótese formulada é a seguinte: **“Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes dos Ensino Especial identificam corretamente as características específicas dos alunos com PHDA”**. Entre os dados analisados verificamos que a maioria dos docentes inquiridos não apresenta grande dificuldade em identificar as características dos alunos com PHDA. A maioria dos professores (63,4%) acertou ao assinalar “não” na afirmação “A PHDA só é visível em criança e desaparece com a idade”, no

entanto nesta afirmação verificou-se que uma grande maioria não sabe responder (32,4%), podendo verificar estes dados na tabela 8.

Não se trata apenas de um estado temporário que será superado, de uma fase probatória, porém normal, da infância (Barkley, 2002:35).

Através da tabela 8, podemos observar que 90,1% dos inquiridos acertou ao considerar errada a questão “as crianças com PHDA são resultado de uma má educação”.

Não é causado por falta de disciplina ou controle parental, assim como não é o sinal de algum tipo de “maldade” da criança (Barkley, 2002:35).

Em relação a se a criança com PHDA tem uma capacidade de memorização adequada à idade, 37 dos inquiridos responderam erradamente como podemos verificar na tabela 8.

No que diz respeito a eventuais problemas de memória nas crianças hiperativas, existe alguma controvérsia, (Barkley (1990) e Douglas (1983), cit. por Lopes, 1998:73) consideram que estas crianças não apresentam, de uma forma geral, problemas de memória.

Por sua vez verificamos no gráfico 8, que a totalidade dos inquiridos (100%; n=71) acertou ao responder a questão “Tem dificuldades em manter a sua atenção”

Concluimos assim, que os docentes identificam positivamente as características dos alunos com PHDA.

A hipótese que construímos é portanto validada.

Na segunda hipótese procuramos entender se os **“Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial entendem as suas competências para identificar alunos com PHDA e/ou recorrem ao apoio especializado”**. Através da análise dos resultados obtidos, verificamos na tabela 9, que relativamente à questão “Quanto mais tarde se verificar que a criança tem PHDA melhor” a maioria dos inquiridos respondeu acertadamente ao mencionar que não concorda, 84,5% que corresponde a 51 inquiridos.

O ideal seria descobrir a PHDA antes que as crianças atingidas começassem a frequentar a escola (Falardeau, 1997:51).

Quanto mais precocemente forem acionadas as intervenções e as políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem (Decreto-Lei 281/209).

Relativamente à questão que a PHDA “só os rapazes”, 64 dos inquiridos responderam acertadamente ao não concordar com a afirmação como podemos verificar no gráfico 9.

Segundo o DSM-5, a PHDA é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino na população geral.

Na afirmação “as necessidades dos alunos com PHDA poderão ser colmatadas na sala de aula sem o apoio especializado”, uma percentagem que podemos considerar saliente acertou ao responder negativamente (52,1%; n=37), mas existe uma percentagem expressiva que errou (42,3%; n=30), podendo verificar estes dados na tabela 9.

Concluimos assim, que os docentes apresentam competências para identificar alunos com PHDA.

A hipótese que construímos é portanto validada.

No que diz respeito à hipótese 3 **“Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial identificam nas crianças com PHDA características que se podem tornar elegíveis para a Educação Especial”**. Relativamente ao conhecimento dos inquiridos sobre as características que se podem tornar elegíveis para a Educação Especial, tal como podemos verificar no gráfico 10, que a maioria dos inquiridos respondeu corretamente a todas as categorias apresentadas.

Relativamente às questões “Apresenta dificuldades na organização de atividades”, respondeu acertadamente (98,6%; n=70), “Apresenta dificuldades em terminar as suas tarefas escolares” (94,4%; n=67), podemos verificar estes dados na tabela 10.

As crianças com este distúrbio revelam frequentemente dificuldade em fazer o que lhes é pedido devido às suas fracas competências organizativas (Selikowitz, 2010:183).

Trata-se de crianças desordenadas, descuidadas, que não prestam atenção na sala de aula, que mudam continuamente de tarefa e apresentam uma atividade permanente e incontrolada, sem se dirigir a um determinado objeto ou fim (Garcia, 2001:12).

Como podemos verificar no gráfico 10, a maior taxa de respostas incorretas está relacionada com a “Dificuldade de esperar pela sua vez”

Essas crianças também exprimem uma grande dificuldade em esperar pela sua vez numa atividade de grupo, dificuldade que se traduzirá por agitação ou por recusa em participar, ou ainda por tentativas grosseiras de tomar o lugar dos que têm a vez (Falardeau, 1997:23).

Costumam responder precipitadamente, mesmo antes de se haver finalizado a formulação das perguntas. Mostram-se impacientes, não são capazes de esperar pela sua vez (Garcia, 2001:12).

Concluimos assim, que os professores identificam nas crianças com PHDA características que se podem tornar elegíveis para a Educação Especial.

A hipótese que construímos é portanto validada.

Relativamente à hipótese 4 – **“Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial têm perceção quanto aos apoios de E.E. disponibilizados pela escola”**. Uma análise dos dados permite-nos constatar que uma maioria dos docentes não tem perceção quanto aos apoios disponibilizados pela escola. Ao analisar o gráfico 11, verificamos que o correspondente a (45,1%; n=32) dos inquiridos considera que estes alunos não têm apoio de um docente de Educação Especial.

Relativamente à questão “ Os alunos com PHDA têm apoios fora da instituição de ensino”, constata-se que uma percentagem mais saliente de inquiridos não sabe (47,9%; n=34).

No entanto (49,3%; n=35) não acredita que estes alunos não tenham qualquer tipo de apoio, podemos verificar todos estes dados na tabela 11.

Concluimos assim, que os professores não apresentam perceção quanto aos apoios de E.E. disponibilizados pela escola.

A hipótese que construímos é portanto não validada.

Relativamente à hipótese 5 - **“Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial utilizam estratégias para apoiar os pais de crianças com PHDA”**. Através da análise dos dados podemos verificar na tabela 12, que a percentagem mais explícita de inquiridos afirma utilizar algum tipo de intervenção com as crianças com PHDA (49,3%; n=35), no entanto (31%; n=22), respondeu que não utiliza qualquer tipo de estratégia.

As estratégias educacionais denominadas “proactivas” estão intimamente relacionadas com competências gerais de organização e gestão de sala de aula, (Lopes 2003:206).

Perante a questão “Acha importante que os educadores e docentes apoiem os pais de crianças com PHDA com estratégias para que estes ajudem os seus filhos em casa”, a maioria dos participantes respondeu afirmativamente (57,1%; n=40), podemos verificar estes dados tanto na tabela 12, como no gráfico 12.

O objetivo da comunicação pais/professores é garantir que todos estão a par dos progressos da criança e dos passos que estão a ser dados no sentido de a apoiar no contexto escolar e familiar. É ainda uma oportunidade para os professores conversarem com os pais sobre estratégias de apoio ao trabalho da criança em casa (Selikowitz, 2010:181).

Concluimos assim, que numa maioria os professores utilizam estratégias para apoiar os pais de crianças com PHDA.

A hipótese que construímos é portanto validada.

Quanto à hipótese 6 - **“Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial utilizam algum procedimento específico para ajudar os pais a trabalhar com os seus filhos portadores da PHDA”**. Ao analisar a tabela 13, podemos verificar que uma grande maioria dos professores não considera um procedimento importante organizar aulas

especiais na presença dos pais para os ajudar a trabalhar com os filhos com PHDA, podemos mesmo dizer que (71,4%; n=50).

Concluimos assim, que os professores não utilizam algum procedimento específico para ajudar os pais a trabalhar com os seus filhos portadores da PHDA.

A hipótese que construímos é portanto não validada.

Relativamente à hipótese 7 - **“Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial conhecem aulas em que os pais possam assistir”**. Através dos dados analisados na tabela 13, verificamos que a grande maioria dos inquiridos responderam negativamente (97,2; n=69).

Em suma, os professores não conhecem aulas em que os pais possam assistir.

A hipótese que construímos é portanto não validada

Quanto à hipótese 8 - **“Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial conhecem algum tipo de apoio específico na PHDA que considere uma boa prática”**. Após analisar o gráfico 13 e a tabela 13, em relação à questão “Tem conhecimento de apoio específico nesta problemática que considere uma boa prática” verificamos que (94,4%; n=67) responderam negativamente, somente (5,6%; n=4) dos inquiridos respondeu ter conhecimento.

Podemos concluir, que os professores não têm conhecimentos sobre algum tipo de apoio específico na PHDA que considere uma boa prática.

A hipótese que construímos é portanto não validada.

Relativamente à hipótese 9 - **“Os Educadores, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial conhecem instituições que possam apoiar os pais de crianças com PHDA”**. Uma análise dos dados permitiu-nos concluir que a grande maioria dos inquiridos não tem qualquer tipo de conhecimento sobre instituições que apoiem crianças com PHDA, como

podemos verificar no gráfico 13, (94,4%; n=67), no entanto (5,6%; n=4) dos inquiridos respondeu conhecer.

Perante os resultados obtidos podemos concluir que, os professores não conhecem instituições que possam apoiar os pais de crianças com PHDA.

A hipótese que construímos é portanto não validada.

CONCLUSÕES

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é um transtorno de desenvolvimento do autocontrolo que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controlo do impulso e com o nível de atividade. Estes problemas são refletidos em prejuízos, na vontade da criança ou na sua capacidade de controlar o seu próprio comportamento relativo à passagem do tempo (Barkley, 2002:35).

Segundo Benczik (1999), a PHDA afeta diretamente o desempenho e a adaptação escolar, considerando assim uma série de fatores que podem contribuir para um baixo rendimento escolar.

Um fator fundamental para garantir uma melhor resolução do problema é a existência de comunicação entre a escola e a família (Rief, 1998).

Neste sentido, procuramos com esta investigação dar resposta à nossa pergunta de partida “De que modo pode o professor intervir no sentido de apoiar os pais de crianças com PHDA”.

Pretendemos assim, perceber primeiramente se os docentes identificam corretamente as características específicas destes alunos, se têm competências para identificar estes alunos, se identificam características que se podem tornar elegíveis para a E.E., se os docentes têm perceção quanto aos apoios disponibilizados. Também é importante perceber se estes docentes utilizam estratégias para apoiar os pais de crianças com PHDA e se organizam momentos educativos especiais.

Os resultados empíricos desta investigação relativamente à questão inicial (H1) mostram que, das 14 questões apresentadas, apenas identificam corretamente, com uma percentagem mais elevada 3 das características, sendo elas “Tem dificuldade em manter a sua atenção” (100%; n=71), “Levanta-se da sala de aula em situações em que deveria ficar sentada” (93%; n=66), e “É o resultado de uma má educação” (90,1%; n=64).

Identificam moderadamente mais 6 características sendo elas “Mexe constantemente no estojo de material” (83,1%; n=59), “É preguiçosa” (81,7%; n=58) e “Tem dificuldades em seguir as regras da sala de aula” (80,3%; n=57).

Com igual percentagem temos “Perde objetos necessários para a realização de tarefas”, “Segue com frequência as instruções” (78,9%; n=56) e “Espera pela sua vez para responder” (77,5%; n=55).

Identificam medianamente 4 das características com a mesma percentagem “Apresentam uma capacidade de compreensão adequada à idade” e “Termina os trabalhos que começa” (66,2%; n=47), “Só é visível em crianças e desaparece com a idade” (63,4%; n=45), “Tem dificuldades em seguir as regras de sala de aula” (52,1%; n=37).

A característica em que os docentes tiveram mais dificuldade a responder foi “Tem uma capacidade de memorização adequada à idade” (39,4%; n=28).

Verificamos assim, que a maioria dos professores responde acertadamente às características colocadas no questionário, podendo significar que apresentam alguns conhecimentos sobre a PHDA.

Relativamente à questão seguinte (H2), verificamos que das 9 questões, somente 3 das características foram respondidas corretamente, com uma percentagem relevante, sendo elas “Só afeta os rapazes” (90,1%; n= 64), “Quanto mais tarde se verificar que a criança tem PHDA melhor” (84,5%; n=60), “Os docentes têm formação inicial adequada para trabalhar com alunos com PHDA” (83,1%; n=59).

Verificamos que, com a mesma percentagem, “Os Docentes do Ensino Especial apresentam melhor preparação para trabalhar com alunos com PHDA do que os Educadores e os Docentes do 1ºCiclo” e “As necessidades dos alunos com PHDA apenas são colmatadas com o apoio de Educação Especial” (78,9%; n=56) e “No pré-escolar já se pode verificar se a criança tem PHDA” (71,8%; n=51).

Com uma percentagem menos elevada temos 2 características que são “O agrupamento disponibiliza ações de formação para esclarecer os Educadores e Docentes do 1ºciclo quanto à PHDA” (53,5%; n=38) e “As necessidades dos alunos com PHDA poderão ser colmatadas na sala de aula sem o apoio especializado” (52,1%; n=37).

Salientamos também que apenas (21,1%; n=15) dos inquiridos indicam que “Os Docentes do Ensino Especial disponibilizam-se para ajudar os Educadores e os Docentes do 1ºciclo”.

Quanto à questão (H3), apuramos que todos os inquiridos apresentam bom conhecimento em relação às características que se podem tornar elegíveis para a Educação Especial, como podemos comprovar “Apresenta dificuldades na organização de atividades” (98,6%; n=70) e “Apresenta dificuldades em terminar as suas tarefas escolares” (94,4%; n=67). Com a mesma percentagem “Apresenta dificuldades em estar sentado” e “Apresenta dificuldades em terminar tarefas que iniciam” (88,7%; n=63). Ainda com uma igual percentagem temos “Apresenta dificuldades em esperar pela sua vez” e “Apresenta dificuldades em se distrair” (80,3%; n=57).

Na comparação ao nível da formação académica, podemos verificar que tanto os Docentes com licenciatura como os com formação especializada apresentam médias muito semelhantes para identificar as características da PHDA que se podem tornar elegíveis para a Educação Especial.

Sobre a questão da perceção dos Docentes quanto aos Apoios Disponibilizados (H4), podemos verificar que o correspondente a (33,8%; n=24) dos inquiridos considera que “Os alunos com PHDA têm apoio de um docente de Educação Especial”, o valor de (29,6%; n=21) respondeu que “Os alunos têm apoios fora da instituição de ensino” e, por fim, (7,0%; n=5) afirma que “Os alunos com PHDA não têm qualquer tipo de apoio”,

Verificamos assim que através dos baixos valores apresentados anteriormente, os docentes não apresentam uma grande perceção quanto aos apoios disponibilizados.

Relativamente à questão (H5), se “Utilizam Estratégias para Apoiar Pais de Crianças com PHDA”, verificamos que (57,1%; n=40), afirma “Acha importante que os Educadores e Docentes apoiem os Pais de Crianças com PHDA com estratégias para que estes ajudem os seus filhos em casa”, no entanto, destes 40 inquiridos que afirmam ser “importante que os Educadores e Docentes apoiem os Pais de Crianças com PHDA com estratégias para que estes ajudem os seus filhos em casa”, somente 26 responderam a esta

questão onde foi solicitado para indicarem algumas estratégias utilizadas para apoiar os pais dos alunos com PHDA.

Na característica “Utiliza algum tipo de intervenção com as crianças com PHDA” (49,3%; n=35), no entanto (31%; n=22) responderam não ser importante a utilização de estratégias e (19,7%; n=140) afirma não saber.

Neste sentido, verificamos que os docentes utilizam poucas estratégias para apoiar pais de crianças com PHDA.

Sobre a questão (H6) “Um procedimento importante será organizar aulas especiais na presença dos pais para os ajudar a trabalhar com os filhos com PHDA” podemos verificar que o equivalente a (28,6%; n=20) acredita neste procedimento como uma estratégia para ajudar os pais, mas quando lhe foi solicitado para apresentar uma proposta de aula, somente 8 elementos responderam a esta questão. No entanto, verificamos que (71,4%; n=50) considera não ser importante.

Como conclusão, podemos dizer que os docentes não organizam aulas especiais na presença dos pais para os ajudar a trabalhar com os seus filhos.

Quanto à questão (H7), “Conhece alguma situação em que este tipo de aula já acontece” somente (2,8%; n=2) respondeu ter conhecimento. No entanto, a grande maioria dos inquiridos respondeu negativamente (97,2%; n=69).

Concluimos assim que, baseando-nos nos valores anteriormente apresentados, a grande parte dos inquiridos não tem conhecimento de situações em que este tipo de aula já acontece.

Relativamente à questão (H8) “Tem conhecimento de apoio específico nesta problemática que considere uma boa prática” unicamente (5,6%; n=4) dos inquiridos responderam positivamente contra (94,4%; n=67) que não tem conhecimento de apoio específico nesta problemática que considere uma boa prática.

Em suma, e através dos dados disponíveis, podemos concluir que os docentes não têm conhecimentos nesta característica.

Para finalizar, relativamente à questão (H9), “Conhecem alguma instituição que apoia os pais de crianças com PHDA” uma minoria (5,6%; n=4)

diz ter conhecimento, no entanto (94,4%; n=67) diz não conhecer nenhuma instituição que apoia os pais de crianças com PHDA.

Neste sentido, podemos terminar afirmando que, relativamente aos dados anteriores, os docentes não organizam momentos educativos especiais.

Esta investigação permitiu-nos comprovar (através de dados recolhidos pelo inquérito por questionário) que os docentes identificam corretamente as características sobre a PHDA. Verificamos também que apresentam competências para identificar alunos com PHDA. Em relação às características que se podem tornar elegíveis para a Educação Especial, concluímos que os inquiridos também apresentam competência para as identificar. Constatamos que a perceção dos docentes quanto ao apoio disponibilizado ainda se mostra muito deficitário uma vez que apresentam dados estatísticos abaixo da média do que era desejado para esta investigação.

Na utilização de estratégias para apoiar pais de crianças com PHDA, os dados revelam que embora tenhamos obtido percentagens positivas, estas foram bastante baixas relativamente ao que era desejado.

Ao longo desta investigação, deparamo-nos com algumas limitações. Uma das mais elevadas que encontramos foi a existência de poucos estudos relacionados com a utilização de organização de momentos educativos especiais dos docentes, comprovando através dos dados. No entanto, e uma vez que procedemos a uma amostragem por conveniência não foi possível generalizar os nossos resultados. Podemos dizer que toda a informação que recolhemos poderá contribuir para um maior entendimento da PHDA por parte dos professores com a finalidade de apoiar os pais destas crianças.

Para terminar, procuramos com este trabalho incentivar os Professores a querer saber sempre mais sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), pois só assim é possível apoiar os pais de crianças com esta problemática.

BIBLIOGRAFIA

Afonso, N. (2014). *Investigação Naturalista em Educação*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.

Almeida, L. S. & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: Apport.

American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, 5ª ed.)*. Lisboa: Climepsi.

Antunes, N. L. (2009). *Mal-entendidos*. Lisboa: Verso de Kapa.

Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)*. Porto Alegre: Artmed.

Bell, J. (2008). *Como Realizar um Projeto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.

Black, T. (1999). *Doing quantitative research in the social sciences: An integrated approach to research design, measurement and statistics*. London: Sage Publications.

Brown, R. T, Amler, R. W., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Feldman, H. M., et al. (15 de setembro de 2009). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of evidence. *Pediatrics*, pp. 749-757.

Caballo, V. E. (2002). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Editora Santos.

Caballo, V. E., Simón, M. A., Dolinsky, S. M. (2005). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos gerais*. São Paulo: Editora Santos.

Correia, L. M. (2003). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Cruz, O. (1987). *A reflexividade/impulsividade em crianças em idade pré-escolar*. Porto: FPCE-UP.

Desidério, R., Miyazaki, M. (2007). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Orientações para a família. *Psicol. Esc. Educ.*; 11(1), pp. 165-176.

Falardeau, G. (1997). *As crianças hiperativas*. Mem Martins: Edições Cetop.

Fernandes, A., Dell' Agli, B., Ciasca, S. (2014). O sentimento de vergonha em crianças e adolescente com THDA. *Psicol. estud.*;19(2), pp. 333-344.

Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: questões e perspectivas atuais. *Psycologica*, nº 19, pp. 7-41

Garcia, I. M. (2001). *Hiperatividade*. Amadora: McGraw-Hill.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta.

GOLDSTEIN, S., GOLDSTEIN, M. (1994). *Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. São Paulo: Papyrus.

Graeff, R., Vaz, C. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicol. USP*; 19(3), pp. 341-361.

Hill, M. M. & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Huot, R. (2002). *Métodos Quantitativos para as Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Jesús - Nicasio (2004). *Dificuldades de Aprendizagem e Intervenção Psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Lopes, J. A. (1998). *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção em contexto de sala de aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Braga: Universidade do Minho.

Lopes, J. A. (2003). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto.

Lopes, J. A. (2005). *Dificuldades de aprendizagem da leitura e da escrita: perspectivas de avaliação e intervenção*. Porto: Edições ASA.

Mauro, S. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.5, n.1, pp. 187-192.

MD, M. L. K. (2011). *Crianças com Síndromes Simultâneas*. Porto: Porto Editora.

Monteiro, L. D., Russo, M. M., Lunardi, L. L., & Neto, M. R. (2010). Neuropsicologia. In M. R. Neto, *TDAH ao longo da vida* (pp. 13-21). Porto Alegre: Artmed.

Neto, M. R. (2010). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: breve história do conceito. In M. R. Neto, *THDA ao longo da vida* (pp. 13-21). Porto Alegre: Artmed.

Nielson, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula*. Porto: Porto Editora.

Paasche, C. L., Gorrill, L., Strom, B. (2010). *Crianças com necessidades especiais em contextos de educação de infância*. Porto: Porto Editora.

Parker, H. C. (2003). *Desordem por défice de atenção e Hiperactividade: um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Phelan, T. W. (2005). *TDA/TDAH – Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.

Pennington, B. F. (1997). *Diagnóstico de Distúrbio de Aprendizagem*. São Paulo: Pioneira.

Pires, T., Silva, C., Assis, S. (2012). Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev. Saúde Pública*; 46(4), pp. 624-633.

Polaino-Lorente, A. & Ávila, C. (2004). *Como viver com uma criança hiperativa*. Porto: Edições ASA.

Polis, B. (2008). *Só o amor o pode salvar*. Lisboa: Verso da Kapa.

Rebelo, J. (1997). *Como ajudar alunos com hiperatividade nas escolas*. *Psychologica*, 19.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Reis, M. & Camargo, D. (2008). Práticas escolares e desempenho académico de alunos com THDA. *Psicol. Esc. Educ.*; 12(1), pp. 89-100.

Rief, S. F. e Heimburge, J. A. (1998). *Como ensinar todos os alunos na sala de aula inclusiva*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, A. & Antunes, N. L. (2014). *Mais forte do que eu*. Alfragide: Coleção laços.

Rohde, L. & Benczik, E. (1999). *Transtorno Deficit de Atenção - O que é? Como ajudar?* Porto Alegre. RS: Artes Médica.

Sánches, G. & Jesús-Nicasio (2004). *Dificuldades de Aprendizagem e Intervenção Psicopedagógica*. Porto Alegre: Artmed.

Santos, L., Vasconcelos, L. (2010). Transtorno do déficite de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psic.:Teor. e Pesq.*; 26(4), pp.717-724.

Schweizer, C. & Prekop J. (2005). *Crianças hiperativas. Porque é que uma criança é irrequieta e agitada?* Porto: Ambar

Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.

Serra, H. (2009). *Modelos de intervenção em NEE: atraso no desenvolvimento, hiperactividade, autismo, dislexia*. Alfragide: Gailivro.

Silva, A. B. (2003). *Mentes inquietas*. São Paulo: Gente.

Smith, C. & Strick, L. (2001). *Dificuldades de Aprendizagem de A a Z*. 1ª ed. Ed. Artes Médicas.

Sousa, M. J. & Batista, C. S. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas Lda.

Tavares, J. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

Wiersma, W. (1995). *Research Methods in Education: Na Introduction*, 6th Ed. Boston: Allyn and Bacon.

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei 281/2009 de 6 de outubro de 2009 – O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SITES ELETRÔNICOS

APAE (2011). *Estimulação Precoce*. Acedido a 23 de abril de 2015 em: <http://rolandia.apaebrasil.org.br/noticia.phtml/44240>

APOIO XXI (2000). *Estimulação Precoce*. Acedido a 22 de Abril de 2015 em: <http://www.apoioxxi.com/gabinete-de-psicologia/educacao-especial/1-estimulacao-precoce/>

Bernardes, S. (2014). *12 Atividades cognitivas e de motricidade para crianças com TDAH e dislexia*. Acedido em 05 de maio de 2015 em: <http://www.ganhesempremais.com.br/psicopedagogia/12-atividades-cognitivas-e-de-motricidade-para-criancas-com-tdah-e-dislexia/>

Bernardes, S. (2014). *Dicas para saber se o seu filho/aluno é TDAH ou apenas agitado*. Acedido em 11 de maio de 2015 em: <http://www.ganhesempremais.com.br/psicopedagogia/dicas-para-saber-se-seu-filhoaluno-e-tdah-ou- apenas-agitado/>

Bernardes, S. (2014). *Estratégias e exercícios para alunos com deficit de atenção*. Acedido em 17 de Maio de 2015 em:

<http://www.ganhesempremais.com.br/educacao/estrategias-e-exercicios-para-alunos-com-defict-de-atencao/>

Bernardes, S. (2014). *10 Dicas para auxiliar os professores em sala com alunos com deficit de atenção*. Acedido em 19 de Maio de 2015 em:

<http://www.ganhesempremais.com.br/psicopedagogia/10-dicas-para-auxiliar-os-professores-em-sala-de-aluno-com-alunos-com-deficit-de-atencao/>

Clube phda ser e Vencer (2013). Acedido em 7 de Maio de 2015 em:

<http://www.clubephda.pt/>

Fernandes, E. (2007). *Perturbação de Défice de Atenção e Hiperactividade no âmbito escolar* [em linha]. Dissertação de Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico publicada, Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro. Acedido em 2 de junho de 2015 em: <http://ria.ua/bitstream/10773/4748/1/2007001288.pdf>

Palha, Miguel – *Pediatria do Desenvolvimento Centro de Desenvolvimento Infantil DIFERENÇAS*. Acedido em 27 de Abril de 2015, em: www.diferencas.net

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

Este questionário dirige-se a Educadores de Infância, Docentes do 1º ciclo do Ensino Básico e Docentes do Ensino Especial do agrupamento de escolas de Gondomar. É realizado no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação – área de especialização em Educação Especial, da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Pretende investigar de que forma “O papel dos Educadores de Infância, Docentes do 1º Ciclo e Docentes do Ensino Especial é essencial no apoio aos pais de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) ”.

As informações prestadas serão anónimas e confidenciais.

Agradecemos que as respostas sejam as mais fidedignas possíveis, tendo em conta o seu conhecimento e a sua experiência profissional.

Desde já agradecemos a sua colaboração

Parte I

1- Sexo: _____

2- Idade: _____

3- Formação Académica:

3.1. Bacharelato

3.2. Licenciatura

3.3. Formação Especializada

Qual? _____

3.4. Mestrado

Qual? _____

3.5. Doutoramento

Qual? _____

3.6. Outros

Qual? _____

4- Tempo de serviço:

Menos de 5 anos

De 5 a 10 anos

Mais de 10 anos

5- Situação profissional atual

5.1. Educador de Infância

5.2. Docente do 1º Ciclo

5.3. Docente de Educação Especial

6- Já ouviu falar da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

Sim Não

7- Sabe o que é Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

Sim Não

8- Já trabalhou com alunos com Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção (PHDA)

Sim Não

9- Já realizou formação sobre Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção (PHDA)

Sim Não

Parte II

1- De acordo com o conhecimento que possui sobre as crianças com PHDA, assinale a resposta apropriada. Use a seguinte escala:

S- Sim **N-** Não **NS-** Não sei

	S	N	NS
1.1. A PHDA só é visível em criança e desaparece com a idade.			
1.2. A criança com PHDA tem dificuldades em manter a sua atenção.			
1.3. A criança com PHDA é preguiçosa.			
1.4. A criança com PHDA apresenta uma capacidade de compreensão adequada para a idade			
1.5. A criança com PHDA termina os trabalhos que começa.			
1.6. A criança com PHDA é o resultado de uma má educação.			
1.7. A criança com PHDA perde objetos necessários para a realização de tarefas (lápis, caneta, borracha, etc.)			
1.8. A criança com PHDA segue com frequência as instruções.			
1.9. A criança com PHDA tem dificuldade em seguir as regras da sala de aula			
1.10. A maioria das crianças com PHDA tem dificuldade em se relacionar com outras crianças.			
1.11. A criança com PHDA tem uma capacidade de memorização adequada para a idade.			
1.12. A criança com PHDA espera pela sua vez para responder.			
1.13. A criança com PHDA levanta-se na sala de aula em situações que deveria estar sentada			
1.14. A criança com PHDA mexe constantemente no seu estojo de material			

2- De acordo com a sua experiência profissional, assinale a afirmação que considere adequada. Use a seguinte escala:

S- Sim **N-** Não **NS-** Não sei

	S	N	NS
2.1. No pré-escolar já se pode verificar se a criança tem PHDA			
2.2. Quanto mais tarde se verificar que a criança tem PHDA melhor			
2.3. A PHDA afeta só os rapazes			
2.4. Os Educadores e os Docentes do 1º ciclo têm formação inicial adequada para trabalhar com alunos com PHDA			
2.5. Os Docentes do Ensino Especial disponibilizam-se para ajudar os Educadores e os Docentes do 1º Ciclo			
2.6. O agrupamento disponibiliza ações de formação para esclarecer os Educadores e Docentes do 1º ciclo quanto à PHDA			
2.7. Os Docentes do Ensino Especial apresentam melhor preparação para trabalhar com alunos com PHDA do que os Educadores e Docentes do 1º Ciclo			
2.8. As necessidades dos alunos com PHDA poderão ser colmatadas na sala de aula sem o apoio especializado			
2.9. As necessidades dos alunos com PHDA apenas serão colmatadas com o apoio de educação Especial			

3- O fracasso que as crianças com PHDA apresentam a nível social e académico são visíveis. Assinale as características existentes nesta perturbação. Use a seguinte escala:

S- Sim **N-** Não **NS-** Não sei

	S	N	SN
3.1. Apresenta dificuldades em esperar pela sua vez			
3.2. Apresenta dificuldades em terminar as suas tarefas escolares			
3.3. Apresenta dificuldades em terminar tarefas que iniciaram			
3.4. Apresenta dificuldades na organização de atividades			
3.5. Apresenta dificuldades em se distrair			
3.6. Apresenta dificuldades em estar sentado			

4- A nível organizacional, assinale como funcionam os apoios de Educação Especial aos alunos com PHDA. Use a seguinte escala:

S- Sim **N-** Não **NS-** Não sei

	S	N	NS
4.1. Os alunos com PHDA têm apoio de um docente de Educação Especial			
4.2. Os alunos com PHDA têm apoios fora da instituição de ensino			
4.3. Os alunos com PHDA não têm qualquer tipo de apoio			

Parte III

1- Intervenção dos Educadores, Docentes do 1º Ciclo e docentes do Ensino Especial no apoio aos pais de crianças com PHDA. Use a seguinte escala:

S- Sim **N-** Não **NS-** Não sei

	S	N	NS
1.1. Utiliza algum tipo de intervenção com as crianças com PHDA			
1.2. Acha importante que os Educadores e Docentes apoiem os pais de crianças com PHDA, com estratégias, para que estes possam ajudar os seus filhos em casa.			

Se respondeu sim, enumere algumas das estratégias utilizadas para apoiar os pais das crianças com PHDA

Parte IV

1- Um procedimento importante será organizar aulas especiais na presença dos pais para os ajudar a trabalhar com os seus filhos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção PHDA?

Sim Não

Se respondeu sim, apresente uma proposta de aula com estas características

2- Conhece alguma situação em que este tipo de aulas já acontece?

Sim Não

3- Tem conhecimento de Apoio Especifico nesta problemática que considere uma boa prática?

Sim Não

Se respondeu sim, descreva-a

4- Conhece alguma instituição que apoia os pais de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)?

Sim Não

Se respondeu sim, diga qual ou quais conhece

Obrigada pela sua colaboração!

**ANEXO II – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM
PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE
ATENÇÃO (PHDA).**



U. PORTO

CERTIFICADO. Certifica-se que **Sónia Cláudia Ferreira Silva**, portador do Cartão de Cidadão nº 10363485, concluiu com Assiduidade e Aproveitamento o Curso "**Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Perfil Neuropsicológico**", com a duração de 24 horas, acreditado pela Universidade do Porto em **2 ECTS**, organizado pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, NIPC 501413197, com sede em Rua Alfredo Allen, 4200-135 PORTO, que decorreu entre 25 de fevereiro e 21 de março de 2015, está acreditado e registado no Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua com o n.º ACC- 80982/15. Tendo-lhe sido atribuída a classificação de **9,5 valores** (escala 0 – 10 valores), a que corresponde a **0,7 unidade(s) de crédito (CCPFC)**. Mais se certifica que, para os efeitos previstos no artigo 5º, do Regime Jurídico da Formação Contínua de Professores, a presente ação releva para efeitos de progressão em carreira de Educadores de Infância e Professores dos Ensinos Básico e Secundário. Para efeitos de aplicação do nº 3 do artigo 14º do Regime Jurídico da Formação Contínua de Professores, a presente ação não releva para a progressão em carreira.

Porto, 01 de abril de 2015

A Responsável do SEC,

Dra. Carla Alexandra Coelho

Escala de Avaliação:

(1 a 4,9) *Insuficiente*
(5 a 6,4) *Regular*
(6,5 a 7,9) *Bom*
(8 a 8,9) *Muito Bom*
(9 a 10) *Excelente*

SEC/EL

U. PORTO

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Área de Especialização: Ciências sociais e do comportamento (310)

Descrição dos conteúdos/ temáticas

- 1) Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)
 - 1.1) Etiologia
 - 1.2) Características
 - 1.3) Aspectos neurodesenvolvimentais
- 2) Funcionamento executivo
 - 2.1) Inibição
 - 2.2) Planeamento
 - 2.3) Monitorização e controlo de comportamento
 - 2.4) Flexibilidade Cognitiva
- 3) Atenção
- 4) Aprendizagem e Memória

Competências adquiridas

Compreender as características inerentes à Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA);
Distinguir e definir aspectos conceptuais básicos relacionados com a neuropsicologia nas (PHDA);
Compreender conceitos relacionados com os domínios das funções executivas, atenção, aprendizagem e memória, linguagem e competências motoras e "perceptuais", assim como perceber possíveis alterações associadas.

**ANEXO III – CERTIFICADO DE COMPETÊNCIAS
PEDAGÓGICAS.**



INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, IP

Entidade certificadora competente ao abrigo da Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio

Certificado de Competências Pedagógicas

Certifica-se que SÓNIA CLÁUDIA FERREIRA SILVA, natural de Porto, nascido(a) em 21-02-1974, titular do cartão cidadão n.º 10363485, válido até 07-05-2015, possui competências pedagógicas para exercer a atividade de FORMADOR (M/F).

A Diretora do Departamento de Formação Profissional

Ana Paula Filipe

Certificado n.º F613198/2013

Emitido em: 04-10-2013 | Impresso em 26-05-2015

Validação digital de acordo com a Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio
Pode ser consultado no portal <https://netforce.iefp.pt>

Impresso em 26-05-2015



Curso: **Formação Pedagógica Inicial de Formadores**

Concluído com **Aproveitamento BOM**

em 24-07-2013

"Competências-chave adquiridas":

Com o curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores, o formando pode desenvolver competências a diferentes níveis:

a) a nível psicossocial:

* Saber-estar em situação profissional: assiduidade, pontualidade, postura pessoal e profissional, aplicação ao trabalho, autonomia, boas relações de trabalho, capacidade de negociação, espírito de equipa, desenvolvimento pessoal e profissional;

* Desenvolver a capacidade de relacionamento: comunicação interpessoal, liderança, estabilidade emocional, tolerância, resistência à frustração, auto-confiança, autocrítica, sentido ético, pessoal e profissional;

* Desenvolver o relacionamento com o objecto de trabalho: capacidade de análise e de síntese, planificação e organização, resolução de problemas, tomada de decisão, criatividade, flexibilidade, espírito de iniciativa e sensibilidade para a mudança.

b) a nível técnico e pedagógico:

* Compreender e integrar-se no contexto em que exerce a sua actividade: a população activa, o mundo do trabalho e os sistemas de formação, o domínio técnico-científico e/ou tecnológico: o papel e o perfil do Formador, os processos de aprendizagem e a relação pedagógica, a concepção e organização de cursos ou acções de formação;

* Adaptar-se e cooperar em diferentes contextos organizacionais e a diferentes grupos de formandos;

* Planificar e preparar, individualmente ou em grupo, as sessões de formação, nomeadamente, analisar o contexto específico das sessões: objectivos, programa, perfis de entrada e saída, condições de realização da acção, conceber planos das sessões, definir objectivos pedagógicos, analisar e estruturar os conteúdos de formação, seleccionar os métodos e as técnicas pedagógicas, conceber e elaborar os suportes didácticos, conceber e elaborar os instrumentos de avaliação;

* Conduzir o processo de formação/aprendizagem em grupo de formação, nomeadamente, desenvolver os conteúdos de formação, desenvolver a comunicação no grupo, motivar os formandos, gerir os fenómenos de relacionamento interpessoal e de dinâmica do grupo, gerir os tempos e os meios materiais necessários à formação, utilizar os métodos, técnicas, instrumentos e auxiliares didácticos;

* Gerir a progressão na aprendizagem dos formandos, nomeadamente, efectuar a avaliação formativa informal e formal, bem como a avaliação final;

* Avaliar a eficiência e eficácia da formação, nomeadamente avaliar o processo formativo e participar na avaliação do impacto da formação nos desempenhos profissionais.

Estrutura Curricular:

Total de Horas 90,00

MÓDULO 1. FORMADOR: SISTEMA	10,00
MÓDULO 2. SIMULAÇÃO PEDAGÓGICA INICIAL	10,00
MÓDULO 3. COMUNICAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DE GRUPOS EM FORMAÇÃO	10,00
MÓDULO 4. METODOLOGIAS E ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS	10,00
MÓDULO 5. OPERACIONALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO: DO PLANO À ACÇÃO	10,00
MÓDULO 6. RECURSOS DIDÁTICOS E MULTIMÉDIA	10,00
MÓDULO 7. PLATAFORMAS COLABORATIVAS DE APRENDIZAGEM	10,00
MÓDULO 8. AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DAS APRENDIZAGENS	10,00
MÓDULO 9. SIMULAÇÃO PEDAGÓGICA FINAL	10,00

Entidade Formadora - VIVERAPRENDER ESCOLA DE NEGOCIOS E ADMINISTRAÇÃO LDA
CONSELHEIRO VELOSO DA CRUZ,, SANTA MARINHA
geral@ena.pt

Os dados constantes deste certificado são da responsabilidade da entidade formadora

Impresso em 26-05-2015

**ANEXO IV – PROCESSO DE ACREDITAÇÃO DA AÇÃO
DE FORMAÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE FORMADORA

Designação: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Endereço: R. Gil Vicente 138-142, 4000-225

Localidade : Porto

Telefone: 225 573 420

Registo de Acreditação n.º

Data / /

RESERVADO AOS SERVIÇOS

Data de recepção _____

N.º de processo _____

Região _____

Registo de acreditação _____

1. DESIGNAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Professores e Pais Juntos pela Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

2. CARACTERIZAÇÃO DA ACÇÃO

2.1. Área de formação A B C D

2.2. Classificação

Formação Contínua

Formação Especializada

Formação de Formadores

2.3. Modalidade de formação contínua

Curso de Formação Oficina de Formação

Módulo de Formação Estágio

Disciplina Singular do Ensino Superior Projecto

Seminário Círculo de Estudos

2.4. Duração

N.º total de horas 25 h [Curso, Módulo, DSES, Seminário, Círculo de Estudos]

N.º total de horas presenciais conjuntas 25 h [Oficina de Formação, Estágio, Projecto]

N.º de créditos 1

3. DESTINATÁRIOS

3.1. Âmbito de Docência

Educação Pré-Escolar

Educação Escolar

Ensino Básico 1.º Ciclo 2.º Ciclo 3.º Ciclo

Ensino Secundário

Modalidades Especiais da Educação Escolar

Educação Especial

Formação Profissional

Ensino Recorrente de Adultos

Ensino Português no Estrangeiro

Ensino à Distância

3.2. Grupos de Docência

Do 2.º Ciclo do Ensino Básico Código (s): _____

Do 3.º Ciclo do Ensino Básico Código (s): _____

Do Ensino Secundário Código (s): _____

3.3. N.º de realizações previsto para a ação (simultâneas ou não)

3.4. N.º de formandos por cada realização da acção

Máximo

Mínimo

3.5. Destinatários para efeitos de aplicação do despacho 16794, de 3 de Agosto (50% de créditos na área de formação adequada), com justificação sumária.

4. LISTA NOMINAL DOS FORMANDOS

4.1. Formadores com certificado de registo atribuído pelo CCPFC

IDENTIFICAÇÃO	QUALIFICAÇÕES (ART. 31.º DO RJFCP)			COMPONENTES DO PROGRAMA QUE ASSEGURA	N.º DE HORAS	LIGAÇÃO À ENTIDADE		
	n.º 1	n.º 2	n.º 3			Vínculo contratual	Acumulação / colaboração	Escola associada*
Nome: <u>Júlio Emílio Pereira de Sousa</u> B.I. <u>3302424</u> N.º de registo <u>CCPFC / RFO</u>								
Nome _____ B.I. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N.º de registo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>								
Nome _____ B.I. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N.º de registo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>								
Nome _____ B.I. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N.º de registo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>								
Nome _____ B.I. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N.º de registo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>								

* Formador com vínculo ou a prestar serviço em Escola associada do Centro de Formação da Associação de Escolas

4.2. Formadores que requerem registo ou aditamento ao registo

IDENTIFICAÇÃO	QUALIFICAÇÕES (ART. 31.º DO RJFCP)		COMPONENTES DO PROGRAMA QUE ASSEGURA	N.º DE HORAS	LIGAÇÃO À ENTIDADE		
	n.º 1	n.º 2			Vínculo contratual	Acumulação / colaboração	Escola associada*
Nome: <u>Sónia Cláudia Ferreira Silva</u> B.I. <u>10363485</u> N.º de registo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>							
Nome _____ B.I. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N.º de registo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>							
Nome _____ B.I. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N.º de registo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>							
Nome _____ B.I. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N.º de registo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>							

5. LOCAL DE REALIZAÇÃO DAS ACÇÕES

ENDEREÇO DAS INSTALAÇÕES	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDADE
Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti	4000-225	Porto

6. REALIZAÇÃO POR OUTRAS ENTIDADES

Está previsto que esta acção, com os mesmos conteúdos e formadores e idêntico universo de destinatários, seja proposta para acreditação e realização por outra(s) entidade(s) formadora(s)?

Sim

Não

Em caso afirmativo, identifique a(s) entidade(s) _____

7. LISTA DOS DOCUMENTOS EM ANEXO (entrega obrigatória)

N.º de formulários

7.1. Apresentação da acção (em impresso próprio, modelo An2)

001

7.2. Fichas de identificação do perfil académico dos formadores que qualificam pelos n.ºs 1 ou 2 do art. 31.º do RJFCP (modelo PF2 e respectivos anexos), **apenas** para os formadores indicados em 4.2

002

7.3. Autorização da entidade onde presta serviço, no caso de formador em acumulação (dispensável)

7.4. Descrição de equipamentos e outros meios a utilizar (quando relevante)

001

7.5. Outros (especificar): _____

8. REALIZAÇÃO ANTERIOR

8.1. A acção foi acreditada em versão e contexto anteriores?

Sim

Não

8.2. Se a resposta é afirmativa:

a) Indique o registo de acreditação atribuído _____

b) Anexe documento de que constem os resultados da avaliação produzida sobre a acção e da avaliação dos formandos

9. TERMO DE RESPONSABILIDADE

O Director / Representante legal da entidade formadora requerente declara assumir inteira responsabilidade pela veracidade das informações contidas no presente formulário, inclusive nos seus anexos.

NOME _____

FUNÇÃO _____

DATA ____ / ____ / ____

ASSINATURA _____

ANEXO V – CARTAZ PARA A FORMAÇÃO DE PAIS

Professores e Pais Juntos pela Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)



Formador: Sónia Silva

Data: Outubro e Novembro de 2015

Dia: Sábados

Hora: das 9h às 12h

Local: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti (R. Gil Vicente 138-142, 4000-225 Porto)

Duração: 25h

Destinatários: Pais de crianças com PHDA (sala dos 5 anos e 1º e 2º ano)

Contacto: 225 573 420

ANEXO VI – CRONOGRAMA PARA A FORMAÇÃO DE PAIS

