



PAULA FRASSINETTI
Escola Superior de Educação

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Pós-graduação: Educação Especial: Inclusão, Desenvolvimento e
Aprendizagens.

Unidade curricular: Seminário de Projeto- Domínio Cognitivo e Motor

PHDA e Intervenção precoce em contexto de Pré-escolar

Discente: Sara Barros

Orientador: Prof. Dr. Júlio Emílio Sousa

Porto

2020/2021

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família, pela paciência e por serem o meu porto de abrigo que está sempre presente em todos os momentos da minha vida.

Ao meu orientador Doutor Júlio Sousa pela sabedoria, e por me ouvir ao longo da execução deste projeto.

Aos professores da ESEPF que me contagiaram com a sua dedicação, profissionalismo e entusiasmo, com quem tive a oportunidade de aprender.

Aos educadores que participaram no estudo mostrando disponibilidade ao preencheram os inquéritos por questionário, porque sem eles esta investigação não seria possível.

Aos colegas da pós-graduação companheiros de viagem, exemplo de empenho e perseverança que sempre recordarei.

A todos que, de uma forma ou de outra, colaboraram na concretização deste estudo muito obrigada!

RESUMO

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é um dos distúrbios comportamentais mais frequentes em crianças em idade escolar, tendo apresentado um aumento significativo da sua taxa de prevalência na última década. No entanto, não são descritas as características específicas desta perturbação em crianças em idade pré-escolar, nem são descritas as diretrizes para elaboração de um diagnóstico nesta fase da vida, no DSM-V.

Torna-se relevante a identificação desta perturbação em idade pré-escolar para que se possa orientar as crianças para programas de intervenção precoce, pois estas muitas vezes, apresentam alguns sintomas compatíveis com esta perturbação.

O diagnóstico de PHDA em idade pré-escolar é um desafio, pois muitos dos comportamentos que caracterizam esta perturbação são frequentemente observados em crianças desta faixa etária e muitas vezes são transitórios. Torna-se relevante estar atento à presença destes sintomas, pois se pode ser comum a presença de um ou dois sintomas, a existência de múltiplos sintomas não é esperada nesta fase do desenvolvimento.

Cabe ao educador de infância, estar atento a possíveis manifestações de sintomas de PHDA e adequar estratégias com o objetivo de reduzir o impacto desta perturbação.

Assim orientei o meu projeto de investigação neste sentido, depois de aprofundar as diferentes temáticas abordadas por vários autores sobre PHDA, a partir da qual foi feita uma reflexão teórica, procurei perceber, inserido numa componente mais empírica, quais são os conhecimentos dos educadores de infância sobre vários aspetos deste problemática, nomeadamente na relevância do perfil do educador de infância e na utilização de diferentes estratégias para regulação de comportamentos em contexto de educação pré-escolar.

Palavra-chave- Perturbação Hiperatividade e Défice de atenção; Educadores de Infância; Intervenção.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most frequent behavioral disorders in school-age children, and has shown a significant increase in its prevalence rate in the last decade. However, the specific characteristics of this disorder in preschool children are not described, nor are the guidelines for the preparation of a diagnosis at this stage of life in the DSM-V.

It is important to identify this disorder at preschool age so that children can be guided to early intervention programs, as they often present some symptoms compatible with this disorder.

The diagnosis of ADHD at preschool age is a challenge, as many of the behaviors that characterize this disorder are often observed in children of this age group and are often transient. It is relevant to be aware of the presence of these symptoms, because if it may be common to have one or two symptoms, the existence of multiple symptoms is not expected at this stage of development.

It is up to the childhood educator to be attentive to possible manifestations of ADHD symptoms and to adapt strategies with the objective of reducing the impact of this disorder.

Thus, I guided my research project in this sense, after deepening the different themes addressed by several authors on PHDA, from which a theoretical reflection was made, I tried to understand, inserted in a more empirical component, what are the knowledge of childhood educators on various aspects of this problem, namely in the relevance of the profile of the childhood educator and in the use of different strategies for regulating behaviors in the context of preschool education.

Keyword- Hyperactivity Disturbance and Attention Deficit; Childhood Educators; Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS

PHDA- Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção
THDA- Transtorno Hiperatividade e Défice de Atenção
DSM-V- Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais
APA- American Psychiatric Association
IP- Intervenção Precoce
PEA- Perturbação Espectro Autismo

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Género	32
Gráfico 2- Idade	33
Gráfico 3- Formação académica	33
Gráfico 4- Tempo de serviço	34
Gráfico 5- Contacto com crianças com PHDA	34
Gráfico 6- Conhecimentos sobre PHDA	36
Gráfico 7- Características mais evidentes crianças com PHDA	37
Gráfico 8- Perfil como Educador de Infância	38
Gráfico 9- Diferentes programas de intervenção	39
Gráfico 10- Necessidade de formação	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 5- Intervenção Precoce (IP) com crianças com PHDA em contexto Pré-escolar	40
Tabela 6- Estratégias de intervenção mais adequadas para intervir com crianças com PHDA	42

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	II
RESUMO	III
ABSTRACT	IV
LISTA DE ABREVIATURAS	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	V
ÍNDICE DE TABELAS	V
INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
I. Hiperatividade e Défice de atenção	9
1. Conceito de PHDA	9
2. Principais características da PHDA	10
3. Causas da PHDA	12
4. Critérios de diagnóstico	13
5. Pilares de intervenção	15
6. Família e reação ao diagnóstico	17
II. Perturbação da Hiperatividade e Défice de atenção em contexto	
Pré-escolar	19
1. O papel do Educador de infância	19
2. Intervenção precoce em Pré-escolar	22
2.1. Estratégias de intervenção em Pré-escolar	26
2. ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	27
I. Metodologia	27
1. Objetivos	28
2. Hipóteses	29
3. Instrumentos	30
4. Amostra	32
II. Apresentação e discussão dos resultados obtidos	35
1. Descrição dos resultados	35
2. Análise e discussão dos resultados	45

CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	54

INTRODUÇÃO

O presente projeto de investigação foi elaborado no âmbito da Pós-graduação em Educação Especial: Inclusão, Desenvolvimento e Aprendizagens, na unidade curricular: Seminário de Projeto- Domínio cognitivo e motor.

A temática escolhida para objeto de estudo é a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) na criança em contexto pré-escolar, mais especificamente, na atuação do educador de infância na identificação e aplicação de diferentes estratégias para minimizar o impacto desta perturbação.

Desta forma, foi elaborada uma pergunta de partida que irá nortear este projeto: *Como é que os educadores de infância intervêm na regulação de comportamento de crianças com PHDA?*

De facto, não são descritas as características específicas desta perturbação em crianças em idade pré-escolar, nem as diretrizes para elaboração de um diagnóstico nesta fase da vida, no DSM-V. Torna-se relevante a identificação desta perturbação em idade pré-escolar para que se possa orientar as crianças para programas de intervenção o mais cedo possível, pois estas apresentam muitas vezes, alguns sintomas compatíveis com esta perturbação.

Com o intuito de refletirmos sobre toda esta temática abordaremos numa primeira parte a componente teórica do nosso estudo. Assim, iremos no capítulo um realizar a revisão da literatura relativamente à perturbação da hiperatividade e défice de atenção, nomeadamente o conceito, as suas características, causas, diagnóstico, intervenção e impacto na família. Num segundo capítulo, abordaremos a perturbação da hiperatividade e défice de atenção mais em contexto Pré-escolar, tais como o papel do educador de infância, a intervenção precoce em contexto de pré-escolar e as diferentes estratégias de intervenção. Numa segunda parte, mais orientada para o enquadramento empírico desta investigação, numa perspetiva mais centrada na metodologia utilizada, irá ser apresentada uma breve introdução, seguida da definição dos objetivos, das hipóteses que nortearam este estudo, dos instrumentos escolhidos e da apresentação da amostra. Depois de concretizada a aplicação dos instrumentos selecionados, irão ser apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos. Concluiremos o presente trabalho com as considerações finais sobre as conclusões mais pertinentes sobre o presente estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I. Hiperatividade e Défice de atenção

1. Conceito de PHDA

“O Transtorno do défice de atenção com hiperatividade, ou TDAH, é um transtorno no desenvolvimento do autocontrolo. Consiste em problemas óbvios no tempo em que a pessoa consegue sustentar a atenção e no controlo dos impulsos e do nível de atividade.” Barkley (2013, p.43)

Nem sempre houve consenso sobre o que é a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), sobre o seu conceito propriamente dito. Estamos perante um conceito que sofreu uma evolução ao longo dos tempos, desde ser considerada apenas uma perturbação da atenção em 1775, por Melchior Adam Weikard, passando a ser considerado como um controlo moral defeituoso em 1902, por George Still. Começa a ser apresentada nas décadas de 1960- 1980, como uma perturbação centrada na própria hiperatividade, desatenção e impulsividade. No entanto, esta perturbação não é apenas hiperatividade, ou distração, ou até mesmo a impossibilidade de concluir tarefas no tempo proposto, mas uma deficiência na forma como o comportamento é organizado, é uma perturbação do funcionamento executivo e da autorregulação que este proporciona, é uma perturbação do comportamento orientado para o futuro. (Barkley, 2013)

Assistimos ao desenvolvimento de inúmeros estudos realizados sobre PHDA na década de 80 do século XX, tornando-se a perturbação mais bem estudada até ao momento. É ainda neste período que se verifica uma tentativa de conceptualização mais precisa, associada a critérios de diagnósticos apropriados e específicos.

Podemos referir que a PHDA é uma perturbação do desenvolvimento e, segundo Barkley (2013) apoia-se na manifestação de oito requisitos. Primeiro, manifesta-se cedo no desenvolvimento infantil, segundo, as crianças que apresentam esta perturbação diferenciam-se das restantes, terceiro, ocorre nas mais variadas situações, quarto, afeta a capacidade de a criança ser bem-sucedida na realização de diferentes atividades da vida quotidiana, quinto, é relativamente persistente e não desaparece ao longo do desenvolvimento, sexto, não é propriamente identificada apenas baseada em causas ambientais ou sociais, sétimo, está relacionada com a existência de

irregularidades no funcionamento e desenvolvimento cerebral e, por fim o oitavo requisito defende que a PHDA está associada a vários fatores biológicos que podem, por sua vez, afetar o desenvolvimento harmonioso do cérebro.

Em cada revisão do DSM, o número de crianças com características da doença aumenta assim como a prevalência da perturbação, visto que os novos critérios diagnósticos englobam grande parte das crianças com problemas de comportamento e problemas de aprendizagem.

Após várias atualizações ao longo dos tempos, é publicado o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais 5.^a edição (DSM-V), no qual surge a designação de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção para esta problemática, integrada nas Perturbações do Neurodesenvolvimento, com tendência a manifestar-se precocemente, que afeta o normal desenvolvimento e tem impacto no funcionamento a vários níveis em diferentes contextos. (Moura et al., 2020)

Segundo a American Psychological Association (APA- 2014), a PHDA pode ser considerada e caracterizar-se por apresentar alterações significativas ao nível da impulsividade, da hiperatividade e/ou atenção, sendo tão frequentes que interferem com o funcionamento da criança na escola e na vida diária.

2. Principais características da PHDA

A descrição de PHDA aborda um conjunto de sintomas predominantes e característicos.

Segundo Barkley (2013), as crianças com esta perturbação são mais ativas e, muitas vezes manifestam esta dificuldade em controlar esta hiperatividade na mudança de atividades mais ativas, para tarefas mais calmas. Esta hiperatividade tem tendência a manifestar-se mais na escola, pois é onde se exige um comportamento mais controlado e de autocontenção. As crianças com PHDA são igualmente muito reativas, elas reagem com maior rapidez e intensidade perante determinados estímulos apresentando comportamentos desadequados. Esta hiperatividade e esta impulsividade presentes nesta perturbação, são uma reação excessiva na tentativa de controlar determinados comportamentos. Ambas são responsáveis por provocarem um défice de atenção, não por existir dificuldade em manter a atenção em determinada tarefa, mas sim, por responderem aos vários estímulos apresentados ao seu redor. De acordo com este autor, as crianças com PHDA,

apresentam dificuldades em seguir determinadas instruções, assim como, respeitar as regras, apresentando igualmente um desempenho inconsistente na execução de tarefas propostas.

Ainda, segundo Barkley (2013), esta perturbação apresenta características primárias e secundárias. As primárias referem-se a dificuldades ao nível da atenção, da hiperatividade e da impulsividade.

Ao nível da atenção o que mais caracteriza a criança com PHDA é a sua dificuldade em manter a atenção durante certos períodos de tempo. Na escola, a criança é incapaz de se concentrar na tarefa proposta, passando mesmo de uma tarefa para a outra sem concluir a que iniciou. Por sua vez, em casa, a criança não consegue fazer o que lhe é pedido, dando mesmo a impressão que não ouviu o que lhe foi dito ou não estava a prestar atenção. Estes problemas de atenção acentuam-se particularmente em tarefas que exigem vigilância do adulto ou uma manutenção prolongada da atenção. Esta diminuição da atenção, pode também estar relacionada com o facto de a tarefa não possuir um valor de atração suficiente.

Ao nível da hiperatividade, as crianças com PHDA apresentam normalmente níveis de atividade substancialmente superiores à média, quer ao nível motor quer ao nível vocal. 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.

Por fim ao nível da impulsividade, as crianças com esta perturbação apresentam, muitas vezes uma baixa capacidade de manutenção da inibição de respostas, de adiamento da gratificação, como uma deficiência na capacidade de adesão a regras e de regulação ou de inibição de comportamentos em situações sociais. Esta pode ainda ser definida como um padrão específico de resposta a determinadas tarefas, caracterizada essencialmente pela rapidez e imprecisão.

As características secundárias podem incluir, por sua vez, problemas no desenvolvimento cognitivo, na linguagem, ao nível motor, no funcionamento adaptativo, na interiorização do discurso, na memória, na capacidade de organização e planeamento, na flexibilidade cognitiva e preservação, nas dificuldades manifestadas ao nível do desempenho académico, na autorregulação das emoções, na persistência e motivação e apresentam ainda dificuldades no sono.

As várias características associadas à PHDA comprometem o funcionamento da criança em diferentes contextos, tendo impacto a vários níveis, a nível académico, comportamental, social, psicológico e familiar. O impacto sentido a nível académico passa pela existência de maior risco de insucesso escolar, até mesmo abandono escolar precoce, pela suspensão ou mesmo expulsão do contexto educativo, pela existência de medidas de apoio, pela manifestação de dificuldades na leitura e na escrita, no cálculo mental e raciocínio abstrato; ao nível comportamental apresentam maior probabilidade em apresentarem comportamentos de risco, sofrer acidentes ou lesões; ao nível social este impacto sentem-se e manifesta-se através de baixas competências sociais, rejeição pelos pares, ou mesmo atividades antissociais; ao nível psicológico apresenta dificuldades em expressar ideias e emoções, dificuldades em controlar a agressividade, baixa tolerância à frustração, baixa autoestima, dificuldades na análise e resolução de problemas e ainda um elevado grau de imaturidade; e por fim, a nível familiar este impacto manifesta-se pela maior prevalência de sintomas depressivos nos pais e pela presença de elevados níveis de stress nos elementos da família.

3. Causas da PHDA

Segundo Barkley (2013) a PHDA tem várias causas, sendo que, os fatores biológicos, isto é, uma anormalidade no desenvolvimento e funcionamento do cérebro, estão intimamente ligados e associados a esta perturbação. Ele defende que as crianças com PHDA têm uma menor atividade cerebral, especialmente nas regiões pré-frontais, mais precisamente nos centros cerebrais envolvidos no funcionamento executivo e no autocontrolo. Defende ainda, que os fatores neurológicos com base genética são relevantes para o surgimento desta perturbação.

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). Ainda de acordo com este autor, esta perturbação é de caráter neurobiológico hereditária, isto é, tende a manifestar-se em diferentes elementos da mesma família, sendo bastante comum que crianças com PHDA tenham um familiar com esta perturbação.

Moura et al. (2020) apresenta a PHDA como uma patologia multifatorial resultante de fatores genéticos e/ou hereditários, neurobiológicos e ambientais e/ou psicossociais. Segundo ele, os fatores pré e pós-natais podem igualmente contribuir e ser considerados como possíveis causas que estão na origem desta perturbação, tais como, prematuridade, baixo peso à nascença, exposição pré-natal a tabaco, álcool, drogas, exposição pré-natal a níveis elevados de stress e ansiedade, anoxias, infeções pré e pós-natais e traumatismos cranianos graves.

Apesar da extensa pesquisa feita para identificar uma causa principal, ainda não foi possível identificar uma origem específica para esta perturbação, pois estamos perante várias possíveis causas dependendo de cada um.

4. Critérios de diagnóstico

De acordo com DSM-V, a PHDA esta integrada nas perturbações do Neurodesenvolvimento, isto é, está incluída num grupo de perturbações que apresentam uma tendência a manifestar-se precocemente, afeta o normal desenvolvimento da criança e pode ter impacto no seu funcionamento a vários níveis. A sua etiologia é neurobiológica e, dada a grande variedade de características são incluídos três especificadores, ligeira, moderada e grave e, mantém três formas de apresentação, predominantemente de desatenção, predominantemente de hiperatividade-impulsividade e combinada.

Assim, e segundo o DSM-V existem critérios de diagnóstico para a PHDA. Esta apresenta-se, então, com um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, que interfere com o funcionamento ou o desenvolvimento. Pode ser então, predominantemente caracterizado por desatenção ou hiperatividade-impulsividade. Podemos estar perante um quadro de desatenção quando estão presentes seis ou mais dos seguintes indicadores, que estes persistam durante pelo menos seis meses e apresentem um impacto negativo nas diferentes atividades sociais, académicas/ocupacionais. Assim para haver diagnóstico, as crianças devem apresentar, frequentemente falha em prestar atenção suficiente aos pormenores ou cometer erros por descuido nas tarefas escolares; frequentemente ter dificuldade em manter atenção no desempenho de tarefas ; frequentemente parecer não ouvir quando se lhe fala diretamente, frequentemente não seguir as instruções e não terminar as tarefas escolares; frequentemente ter dificuldade em organizar tarefas

e atividades; frequentemente evitar, ou não gostar, ou estar relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido; frequentemente perder objetos necessários para as tarefas; frequentemente ser facilmente distraído por estímulos alheios e esquecer-se com frequência das atividades quotidianas. Por sua vez, podemos estar perante um quadro de hiperatividade-impulsividade quando estão presentes seis ou mais dos seguintes indicadores, durante pelo menos seis meses, num grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e apresenta um impacto negativo nas atividades sociais e académicas/ocupacionais. Deste modo, devem agitar ou bater frequentemente com as mãos e os pés, ou remexer-se quando está sentado; levantar-se frequentemente em situações em que se espera que esteja sentado; correr e saltar frequentemente em situações em que é desadequado fazê-lo; ser frequentemente incapaz de jogar ou envolver-se em atividades de lazer; falar frequentemente em excesso; estar frequentemente em “movimento”, ou impaciente; precipitar frequentemente as respostas antes da pergunta ter acabado; ter frequentemente dificuldade em esperar pela sua vez; interromper ou interferir frequentemente nas atividades dos outros. Podemos ainda estar presente um quadro de apresentação combinada onde estão presentes ambos os critérios de desatenção e hiperatividade-impulsividade. Ainda segundo o DSM-V, estes sintomas devem ter início antes dos doze anos e devem ocorrer em dois ou mais contextos. Podemos ainda, segundo a gravidade, classificar a PHDA como ligeira, moderada ou grave. É considerada ligeira quando, apesar de existir a prevalência de alguns sintomas, existe um compromisso mínimo relativamente ao funcionamento social/ocupacional. É considerada grave quando estamos perante a presença de muitos sintomas, incluindo a presença de um comprometimento do funcionamento social/ocupacional. Por fim, é considerada moderada quando estamos perante a presença de alguns sintomas ou, na presença de algum compromisso funcional entre o ligeiro e o grave.

De acordo, com Parker (2003), não existe um único teste, que por si só, seja fiável e capaz de providenciar um diagnóstico válido sobre esta perturbação. Deve ser feita uma avaliação compreensiva antes de poder ser feito o diagnóstico, avaliação esta, que requer a contribuição de vários profissionais, tais como, médicos, psicólogos, professores, que com os pais trabalham em equipa. O diagnóstico precoce de uma criança com PHDA, permite aos pais e responsáveis pela educação a elaboração de um plano de intervenção ainda em contexto de ensino pré-escolar.

4. Pilares de intervenção

O tratamento de uma criança com PHDA deve ser ponderado após uma avaliação completa realizada por uma equipa multidisciplinar e, com a certeza do seu diagnóstico.

Segundo Strecht (2018), existe nos nossos dias muitos falsos diagnósticos, que levam muitas vezes, a uma intervenção exclusivamente farmacológica, o que não resolve as causas, mas antes, atenua alguns sintomas.

Para que toda e qualquer intervenção nesta perturbação seja de facto bem-sucedida, deve assentar num plano de tratamento combinado, assente em quatro pilares, o acompanhamento médico, o planeamento educacional, a modificação de comportamentos e o aconselhamento psicológico. (Parker, 2003)

Segundo este autor e, de acordo com um acompanhamento médico, a base deste programa de intervenção assenta na gestão de medicação para controlar os sintomas desta perturbação. Apesar de não ser de todo ideal, o uso cauteloso de certos medicamentos em crianças com PHDA é encarado como um aliado no plano de intervenção. No entanto, devemos estar cientes que nem todas as crianças com esta perturbação necessitam de medicação, pois muitas vezes, os seus comportamentos podem ser geridos através de múltiplas estratégias de modificação de comportamentos, através de mudanças de ambientes, quer familiares quer escolares, de forma a compensarem alguns défices de atenção. Para aquelas crianças que de facto beneficiam do uso de medicação no tratamento, as classes de medicamentos mais prescritas são os fármacos psicoestimulantes e os antidepressivos tricíclicos.

A decisão de medicar ou não uma criança com PHDA tem de passar pelo consentimento da família, estes têm de decidir se se sentem confortáveis ou não, em administrar medicação aos seus filhos estando cientes que não vão estar perante uma cura, mas antes perante um alívio dos principais sintomas. Estes devem tomar decisões devidamente informadas relativamente à dosagem, com que frequência e durante quanto tempo a criança deve estar submetida à administração destes fármacos.

Por outro lado, ainda segundo Parker (2003) outro pilar de intervenção, assenta na gestão do percurso educacional e do próprio comportamento, pois a principal preocupação dos pais diz

respeito ao desempenho escolar e aos sentimentos de frustração, muitas vezes sentidos, na dificuldade de apresentarem sucesso em diferentes áreas de realização escolar.

Durante muito tempo, não existiam estratégias de intervenção para crianças com PHDA que frequentavam a escola e os professores não conseguiam lidar com alguns comportamentos inadequados manifestados por “crianças desatentas e hiperativas”, devido à falta de formação relacionada com esta perturbação. De facto, com a evolução do estudo da PHDA, foram proporcionados serviços educacionais nas escolas a crianças com esta perturbação, onde foram introduzidas algumas adaptações e mudanças ambientais nas salas para responder às necessidades de aprendizagem destas crianças, tais como, uma supervisão do docente mais frequente, um reforço positivo mais presente, atribuição de trabalhos menos extensos, assim como, a colocação da criança mais perto do docente, de entre outras. Relativamente às dificuldades organizacionais, estas podem ser reduzidas ao apresentarmos à criança com PHDA um par competente, para o ajudar nas diferentes tarefas escolares, para registar o seu trabalho ao utilizar lembretes proporcionados pelo docente relativamente ao trabalho a realizar, assim como, disponibilização de materiais de apoio.

Os programas de modificação de comportamentos ajudam as crianças com esta perturbação, a alcançarem desempenhos mais satisfatórios na escola. Estes programas pretendem melhorar o comportamento durante a realização de tarefas, aumentar a capacidade de conformidade entre o que o professor pede e o que a criança faz, reduzir a tendência para falar demasiado, melhorar a apresentação e a organização das diferentes atividades, incentivar a conclusão de tarefas a serem realizadas em contexto de sala. Estes programas são implementados na sala pelo docente, com o objetivo de influenciar o comportamento da criança com PHDA. As diferentes técnicas utilizadas têm apresentado resultados positivos relativamente à melhoria de comportamento na sala e no desenvolvimento do foco de atenção. Podemos ainda considerar, as técnicas de reforço social positivo para premiar ou recompensar o desempenho académico, através um sinal de aprovação, ou através de um programa de recompensas, ou mesmo um sistema de pontos. Estes programas de modificação de comportamentos assentam num princípio de resposta/consequência numa tentativa de reduzir comportamentos menos adequados na sala, como uma penalização por apresentar um comportamento desadequado e uma recompensa quando o mesmo é adequado. Estes programas envolvem a participação das famílias, quando o professor ao

monitorizar e registar determinados comportamentos e desempenhos realizados em contexto de escola os apresenta aos pais no fim do dia. Estes aplicam igualmente o sistema de consequências positivas ou negativas, com base no desempenho dos filhos em tarefas realizadas em casa. Estas estratégias apresentam de facto resultados bastante positivos na modificação do comportamento em crianças com esta perturbação, desde que exista um trabalho em parceria entre família e escola.

Por sua vez, o último pilar assenta na gestão dos recursos psicológicos. O aconselhamento psicológico é fundamental para que as famílias e a própria criança com PHDA lidem com as diferentes dificuldades inerentes a esta perturbação, mais especificamente com a gestão de comportamento. Informar os pais acerca das especificidades e dos problemas relacionados com esta perturbação faz parte do processo de acompanhamento e aconselhamento, com o objetivo de reduzir a frustração e as preocupações que, com frequência, desanimam os pais. Os responsáveis por este aconselhamento, informam os pais sobre as diferentes características da PHDA para a compreenderem melhor, assim como, fornecem informação aos pais sobre disciplina, comunicação entre criança- pais, programação escolar, defesa dos direitos dos filhos, uso de medicação, de entre outros. A criança com PHDA também usufrui desta terapia de apoio psicológico, ao beneficiar de estratégias de reforço positivo da autoestima, de estratégias para ultrapassar sentimentos de depressão e a aprender mais padrões de comportamento eficazes em termos de resolução de conflitos, essencialmente para compreender melhor o seu comportamento.

Ainda segundo Parker (2003), é essencial que todos os envolvidos no processo de intervenção encontrem áreas de interesse, nas quais a criança apresente um desempenho positivo, pois só identificando alguns pontos fortes nas crianças poderemos contribuir para uma melhoria na sua autoestima.

O tratamento da PHDA requer uma avaliação abrangente ao nível médico, educacional, comportamental e psicológico. O tratamento deve ser ainda, multidisciplinar, requerendo a assistência de profissionais de saúde mental, educadores e médicos em vários momentos de seu desenvolvimento. Este tratamento deve ser proporcionado durante longos períodos de tempo, para ajudar crianças com PHDA na gestão contínua desta perturbação. (Barkley e Murphy, 2008)

4. Família e reação ao diagnóstico

Segundo Parker (2003), os pais reagem ao diagnóstico de PHDA de diferentes formas, rejeição, oscilação entre a rejeição e a aceitação e, aceitação.

Os pais que estão em rejeição suspeitam do diagnóstico, sentem dificuldades em aceitar que o filho é diferente, procurando justificar os seus comportamentos, atribuindo a responsabilidade desta problemática a fatores externos. Esta rejeição condiciona o tratamento da PHDA e a criança não melhora. Por vezes, os pais pressionam ainda mais os filhos a terem melhores comportamentos e desempenhos escolares, para demonstrarem que não existe uma perturbação, o que por sua vez, só vai provocar na realidade, mais frustração, mais ansiedade, uma baixa autoestima e sentimentos desafiantes e depressivos. Os pais que estão em rejeição, reagem a estes comportamentos e sentimentos de forma ainda mais agressiva, formando um círculo vicioso de insucessos e frustração.

Os pais que oscilam entre a rejeição e a aceitação do diagnóstico só o aceitam parcialmente. Sentem-se inseguros e toleram determinados comportamentos, no entanto, por vezes negam muitos dos principais sintomas. Estes comportamentos conduzem a reações agressivas, seguidos de sentimentos de culpa e a inconsistências a nível de disciplina, oscilando entre o receio de elogiar demasiado e o receio de exigir com firmeza de forma excessiva. Estes comportamentos de inconsistência desencadeiam na criança sentimentos de confusão e dúvida sobre o que esperar dos pais.

Por fim os pais que aceitam o diagnóstico recebem-no com algum receio e, ao mesmo tempo, alívio. Os pais que aceitam o diagnóstico procuram mais informações sobre a perturbação e acreditam que um diagnóstico correto leva a um tratamento e uma intervenção mais eficaz. Esta aceitação evita a luta pelo poder, tornando-se defensores dos seus filhos. Respeitam a existência de determinados sintomas e aprendem como implementar estratégias de intervenção, com vista à gestão desta perturbação.

Barkley (2013) acrescenta ainda sentimentos de raiva e angústia. Alguns pais sentem raiva quando confrontados com um possível diagnóstico. Este sentimento de raiva é dirigido muitas vezes, aos profissionais que não diagnosticaram a perturbação anteriormente, ou mesmo dirigida a quem pressupõe, que a origem desta perturbação passa pela educação que os pais deram à criança

e, está relacionada com problemas familiares. Quando os pais tomam consciência que a origem da PHDA em nada depende deles, este sentimento tende a desaparecer ou atenuar-se. Outro sentimento que pode surgir na presença de um possível diagnóstico é a angústia. Os pais confrontados com a notícia que o seu filho tem esta perturbação sofrem com a perda da normalidade e podem reagir ao tratamento. Por vezes, este sentimento passa à medida que vão tomando consciência deste diagnóstico e das particularidades desta perturbação, no entanto, este sentimento pode surgir de novo na presença de algum retrocesso na evolução do tratamento.

O diálogo com especialistas sobre as suas angústias, características e formas de intervir é fundamental para ajudar os pais a entender como podem agir e comunicar. Barkley (2013), refere ainda, a possível necessidade de alguns pais frequentarem formação, uma vez que, poderá ser útil em conjunto com outras intervenções.

Quanto mais informação disponibilizarmos sobre esta perturbação, mais conscientes estarão todos que fazem parte do universo destas crianças, para estarmos atentos a possíveis sintomas e manifestações. Apesar da maior parte dos casos ser diagnosticada em idade escolar, existem muitos sintomas que se manifestam em idade pré-escolar. Cabe ao educador de infância estar atento ao aparecimento de determinados comportamentos permitindo uma intervenção mais precoce.

II. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto de Pré-escolar

1. O Papel do Educador de Infância

Ser educador de infância é abrir o coração à relação e transmitir, através do exemplo, o sentimento e a emoção de cada gesto, de cada palavra, de cada situação. É sobretudo paixão, entrega, dedicação e vontade de mudar o mundo.

Cada vez mais percebemos e constatamos, que somos educadoras de infância com um objetivo, o de mudar o mundo, o de mudar pequenos mundos que surgem ao longo da vida e agora cada vez mais. Antes de mais, temos de saber estar, temos de estar conscientes que o rumo da

educação está nas nossas mãos, em tudo o que transmitimos e como transmitimos, na nossa motivação, na nossa entrega à melhor profissão do mundo.

Deparamo-nos muitas vezes, com pequenos obstáculos, que nos fazem refletir sobre o nosso papel como educadores de infância, cabe-nos a nós mudar, pensar, delinear estratégias, para que, com base no amor, na pedagogia do amor, do reforço positivo, do elogio, consigamos ultrapassar estes desafios em prol do bem-estar das nossas crianças. É a nós, educadores de infância, que cabe o papel de incentivar novas conquistas, novas aprendizagens, novas motivações neste processo de crescimento. As nossas competências como educadores de infância são a base da nossa intervenção e, somos nós que temos de adequar as nossas ações e relações às diferentes realidades, somos nós que somos agentes de mudança de comportamentos e atitudes e não exigir uma mudança de comportamento às crianças, que fazem parte da nossa vida, do nosso percurso.

Somos nós, como educadores de infância, com o nosso “saber estar”, com o nosso “saber fazer”, que devemos impulsionar e gerar comportamentos que, mais tarde, vão ser essenciais para que o processo de aprendizagem seja um percurso feliz, positivo, harmonioso. Ser educadora de infância é deixar experiências nos corações das nossas crianças, para que um dia mais tarde brotem e deem frutos e, sejamos nós exemplos a seguir!

Depois de tudo o que vi, não consigo deixar passar este o turbilhão de emoções. Ao fim de tantos anos ainda me consegues surpreender, toda a tua entrega, dedicação, originalidade e amor por tudo o que fazes continuam bem presentes após tantos anos. Hoje tive a oportunidade, de mais uma vez, te ver brilhar em palco e presenciar tudo isso. Neste dia mundial da criança, não podia ter melhor presente do que estar rodeada delas e de ver uma pessoa que marcou a minha infância de uma forma indescritível ainda ter tanto para dar. Obrigada por me fazeres reviver momentos incríveis que passei contigo e na nossa sala das borboletas, por teres deixado em mim o bichinho de educar e de querer ser como tu, obrigada por deixares aquela lágrima no canto do olho por ter um orgulho imenso em ter sido tua e termos passado pela vida uma da outra, não chegam os obrigadas pelas mil coisas que fizeste por mim e que me fizeste sentir neste dia, por fim, obrigada pelo "um dia vais ser tu"!

Não sabes o quanto sou agradecida e feliz por ter sido uma borboleta e ser tua para sempre! 🍀 Gosto muito de ti! ❤️

Bruna- Testemunho de uma Borboleta (2019), que atualmente frequenta uma licenciatura em educação básica e um mestrado em Educação pré-escolar.

Em qualquer processo de ensino e aprendizagem, as dimensões sócio afetivas revestem-se de grande importância, dado que, os educadores nas suas interações com as crianças transmitem

mais informação do que aquelas que têm consciência. Os afetos e as emoções comunicam-se e transmitem-se, daí a necessidade de ter plena consciência do valor destas dimensões em qualquer interação didática.

De acordo com o Decreto de Lei 241/2001 de 30 de agosto, na educação pré-escolar, o educador de infância concebe e desenvolve o respetivo currículo, através da planificação, organização e avaliação do ambiente educativo, bem como das atividades e projetos curriculares, com vista à construção de aprendizagens integradas. Considero de entre várias, que a importância da relação é das mais importantes e de acordo com o decreto referido acima, no âmbito da relação e da ação educativa, o educador de infância deve relacionar-se com as crianças por forma a favorecer a necessária segurança afetiva e a promover a sua autonomia; deve promover o envolvimento das crianças em atividades e em projetos da iniciativa desta, do grupo, do educador ou de iniciativa conjunta, desenvolvendo-os individualmente, em pequenos grupos ou no grande grupo, no âmbito da escola e da comunidade; deve fomentar a cooperação entre as crianças, garantindo que todas se sintam valorizadas e integradas no grupo; deve envolver as famílias e a comunidade nos projetos a desenvolver; e sobretudo deve apoiar e fomentar o desenvolvimento afetivo, emocional e social de cada criança e do grupo, sendo antes de mais, um exemplo a seguir.

Durante este período a criança estabelece e desenvolve uma relação única com o educador de infância. Esta relação é construída diariamente, fruto de uma partilha, de confiança, de experiências, de liberdade e bem-estar entre ambas as partes. Esta relação é cultivada todos os dias, o que permite que os dois caminhem juntos. É através desta relação que o educador tem a possibilidade de despertar inúmeras competências nas crianças, dando-lhes bases e estimulando-as para a vida, como indivíduos pertencentes a uma sociedade.

A afetividade torna-se um fator detentor de um papel fulcral, capaz de motivar a comunicação entre a criança e o educador de infância com quem convive.

Cunha (2008) garante que,

(...) o que da qualidade ou modifica a qualidade do aprendizado será o afeto. São as nossas emoções que nos ajudam a interpretar os processos químicos, elétricos, biológicos e sociais que experienciamos, e a vivência das experiências que amamos é que determinará a nossa qualidade de vida. Por esta razão, todos estão aptos a aprender quando amarem, quando desejarem, quando forem felizes. (p.67)

Segundo Cury (2004) a afetividade deve estar presente na práxis do educador e este deve assumir este cargo com a certeza que através da sua prática pedagógica pode estimular a afetividade, bem como pode transmitir todos os seus valores, independentemente das dificuldades que possam surgir.

Assim sendo, e constatando a PHDA como sendo uma perturbação cujos sintomas se desenvolvem na infância, cabe-nos a nós educadores de infância estar atentos e desportos a várias dificuldades para melhor dar resposta a esta realidade e a esta perturbação.

Segundo Moura et al. (2020) a evidência da efetividade, aceitação, tolerância e segurança dos diferentes diagnósticos e tratamentos é escassa para crianças em idade pré-escolar.

O próprio manual DSM-V, não descreve as características específicas desta perturbação em crianças de pré-escolar, assim como, não traça diretrizes específicas para o diagnóstico nesta fase da vida.

Deste modo, cabe-nos a nós educadores de infância, estar atentos a possíveis manifestações de sintomas de PHDA e adequar estratégias com o objetivo de reduzir o impacto desta perturbação.

2. Intervenção Precoce em Pré-escolar

A PHDA deve ter início antes dos 12 anos, no entanto, não são descritas as características específicas desta perturbação em crianças em idade pré-escolar, nem as diretrizes para elaboração de um diagnóstico nesta fase da vida, no DSM-V.

Torna-se relevante a identificação desta perturbação em idade pré-escolar para que se possa orientar as crianças para programas de intervenção mais precoce.

Estas crianças, muitas vezes, apresentam alguns sintomas compatíveis com esta perturbação, tais como, ficar facilmente distraído devido a estímulos alheios, estar frequentemente em movimento, parecer não ouvir quando se lhe fala diretamente, levantar-se em situações em que se espera que esteja sentado, correr ou saltar em situações em que é inadequado fazê-lo, ter frequentemente dificuldade em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades e seguir as instruções para as fazer, ter dificuldade em esperar pela sua vez e interromper ou interferir nas atividades dos outros.(Moura et al., 2020)

Segundo este autor, o diagnóstico de PHDA em idade pré-escolar é um desafio, pois muitos dos comportamentos que caracterizam esta perturbação são frequentemente observados em crianças desta faixa etária e muitas vezes são transitórios. Torna-se relevante estar atento à presença destes sintomas, pois se pode ser comum a presença de um ou dois sintomas, a existência de múltiplos sintomas não é esperada nesta fase do desenvolvimento.

A investigação nesta área tem demonstrado que uma intervenção mais precoce é eficaz, podendo mesmo contribuir para atenuar e prevenir o surgimento posterior de várias características da PHDA.

A Intervenção Parental é uma forma indireta de intervir na criança em idade pré-escolar, através dos pais. Atua sobretudo nas áreas de funcionamento associadas a esta perturbação e, pode minimizar o seu impacto negativo na criança, a curto e longo prazo. Visa igualmente, criar as condições necessárias para que se possa adequar e modificar estratégias de intervenção mais ajustadas às características da criança, tendo sido recomendada no tratamento da PHDA. Este programa tem sido considerado efetivo na redução dos comportamentos desadequados, na melhoria das competências sociais e na interação com os pares.

Esta intervenção pode igualmente ser aplicada em contexto de sala de pré-escolar quando pretendemos aumentar as abordagens positivas e conseqüentemente a cooperação e obediência na criança, quando promovemos a ligação e a vinculação entre o educador e a criança, quando potenciamos as capacidades do educador para estimular, através do brincar, o desenvolvimento de competências académicas, de linguagem, emocionais, sociais e de persistência na criança, quando utilizamos estratégias positivas, quando aumentamos e promovemos a rede de suporte familiar e estreitamos a relação entre os contextos escolar e familiar. (Moura et al., 2020)

Ainda segundo este autor, esta intervenção é dirigida ao aumento de comportamentos positivos da criança, através de uma abordagem centrada no brincar e no fortalecimento de uma relação segura, responsiva e empática entre educador e criança. Pretende-se que a intervenção aborde diferentes conteúdos, como o brincar centrado nos interesses da criança, a atenção positiva, o tempo especial, os comentários descritivos, assim como, o treino de aptidões académicas, sociais, emocionais e de persistência., desenvolvendo estratégias de elogio específico e reforço positivo eficazes, aplicando o estabelecimento de recompensas concretas e inesperadas e, estabelecendo um plano de recompensas para aumentar comportamentos positivos. Pretende-se igualmente, aplicar

estratégias que visam a redução e a extinção de comportamentos negativos, através do estabelecimento eficaz de limites como a definição clara de regras, de rotinas previsíveis e a própria definição de ordens específicas. São ainda desenvolvidas e aplicadas certas estratégias para lidar com os comportamentos negativos, tais como ignorar, distrair, redirecionar e tempo de pausa para a criança se acalmar.

Por outro lado, Parker (2003) defende uma intervenção baseada nos seguintes instrumentos para gerir comportamentos, assumir a atitude certa, usar o reforço positivo, usar uma comunicação assertiva, usar o período de pausa, dar alternativas à criança e usar programas de recompensas. Relativamente a tomar a atitude certa, trata-se de estabelecer um ambiente positivo em torno da criança para que possa interagir de forma cooperativa, o que muitas vezes implica, ignorar alguns comportamentos negativos e concentrar-se nos aspetos positivos do comportamento da criança. Esta atitude incentivadora e positiva pode ajudar a estabelecer uma plataforma para uma mudança saudável por parte da criança. Um dos métodos mais eficazes para gerir comportamentos inadequados é através da aplicação do reforço positivo, pois os comportamentos que são seguidos de reforço positivo, têm mais probabilidade de serem consolidados e repetidos. É muito importante encontrar sinais e evidências de bom comportamento, centrados nas suas áreas de interesse, para reforçar uma auto estima mais positiva e reforçar a confiança em si e nas suas aptidões. Os educadores devem comunicar de forma assertiva, expressando as suas intenções de uma maneira clara, direta, razoável e preocupada. O principal objetivo desta comunicação é proporcionar orientação e estrutura para que a criança possa tomar decisões, baseando-se em regras bem definidas e na aplicabilidade dessas regras de forma firme, mas compreensiva, o que implica, por outro lado, paciência e autocontrolo. Usar o período de pausa, é um instrumento muito eficaz na regulação de comportamentos menos adequados. Este período de pausa significa que a criança é removida de uma situação desagradável e é instruída a passar algum tempo nouro ambiente, onde é identificado o comportamento desadequado demonstrando e incentivando um comportamento adequado. Dar alternativas à criança com PHDA, constitui parte integral do processo educativo, mas envolve mais do que unicamente corrigir comportamentos desadequados, incentiva-as a descobrir soluções para diferentes problemas diários. A criança deve decidir se corrige o comportamento desadequado ou sofre as consequências da aplicabilidade de um período de pausa. Usar programas de recompensas podem ser muito úteis para gerir comportamentos menos

adequados e incentivar comportamentos positivos. São os chamados quadros ou contratos comportamentais para reforçar comportamentos que são alvo de problemas. Ao utilizar este tipo de instrumento podemos aumentar a motivação da criança para se comportar de forma mais positiva.

Esta intervenção mais precoce passa igualmente por diferentes estratégias relacionadas com o contexto pré-escolar em si. Os educadores devem tentar manter uma estrutura e uma rotina bem definida nas salas. O estabelecimento de regras claras e precisas, transmite à criança as expectativas do educador em relação ao comportamento da criança. O esforço da criança em agir em conformidade com estas regras deve ser elogiado. Por sua vez, as rotinas devem ser estabelecidas com base em acontecimentos repetitivos, tornando a atividade em contexto de sala mais previsível para a criança com PHDA. O educador, ciente da dificuldade manifestada por estas crianças relacionada com a falta de atenção, deve adequar a sua intervenção de modo a dar resposta às necessidades por elas sentidas, tornando-a carregada de sentido e de interatividade. Uma criança com PHDA deve sentar-se perto do educador, ou então, de um par competente, para que seja incentivada a adquirir um comportamento cada vez mais adequado às diferentes situações. As várias transições devem ser transmitidas antecipadamente para evitar situações de mais agitação. Torna-se essencial estabelecer uma relação positiva entre Educador-criança, para facilitar a aprendizagem e incentivar uma autoestima positiva. Esta relação deve basear-se no carinho, na compreensão, no respeito e no incentivo. As conquistas devem ser reforçadas positivamente sempre que existam, aumentando a autoconfiança em si ajudando a criança a sentir-se bem consigo própria. As instruções devem ser breves, claras, específicas.

Também Barkley (2013), defende que qualquer processo de intervenção deve apoiar-se, no estabelecimento de regras claras, que podem ser várias vezes repetidas à criança com PHDA para favorecer a sua memorização, no sistema de recompensas, punições e reforços positivos que deve ser, por sua vez, bem organizado e devidamente planeado com a criança, no uso de reforço positivo que é essencial para incentivar comportamentos positivos, nas transições que devem ser, sempre que possível antecipadas e devidamente informadas.

Relativamente à gestão de comportamentos em sala, este autor, defende igualmente que o sistema de recompensas/punições é um dos mais eficazes. Defende ainda, que a colocação de uma criança com esta perturbação perto do educador, ou junto de um par competente incentiva

comportamentos mais adequados promovendo o reforço positivo e, o elogio de comportamentos positivos.

2.1. Estratégias de intervenção em Pré-escolar

Parker (2003) resume algumas das estratégias a ter em conta através da implementação de adaptações no ambiente da sala e na forma como o educador se relaciona com crianças com PHDA.

Relativamente à falta de atenção, para corresponder às necessidades das crianças com esta perturbação o educador deve, sentar a criança num área da sala mais sossegada; deve sentar a criança ao lado de um par competente; deve permitir tempo extra na concretização das tarefas e atividades; deve dar instruções claras e concisas sobre as vivências, tarefas e atividades; deve atribuir uma instrução de cada vez; deve procurar envolver a criança na dinâmica da sala e deve ainda apoiar a apresentação de atividades recorrendo a modelos atrativos e dinâmicos.

No que diz respeito à impulsividade, o educador deve ignorar alguns comportamentos inadequados menos relevantes; deve aumentar o mediatismo das recompensas e das punições; deve usar períodos de pausa para gerir comportamentos desadequados; deve manter uma postura próxima da criança em momentos de transição; deve reagir a um comportamento positivo com elogios; deve sentar a criança perto dele; deve instruir a criança no campo da auto monitorização do comportamento, ou seja, levantar a mão e esperar a indicação de que pode falar; elogiar a criança quando esta levanta a mão para responder a perguntas.

No que se refere à hiperatividade este autor defende que o educador deve permitir que, por vezes a criança se levante, quando está sentado durante um período de tempo mais longo; deve proporcionar oportunidades para que a criança faça pausas, quando está sentado durante muito tempo; deve igualmente, proporcionar pequenas pausas entre tarefas; deve proporcionar tempo extra para a conclusão de tarefas.

No fundo o educador deve, elogiar com frequência comportamentos positivos; deve proporcionar situações que promovam um aumento da auto estima; deve procurar e promover situações para que a criança seja valorizada e assuma um papel de liderança em contexto de sala/escola; deve estabelecer momentos de partilha a sós com a criança; deve proporcionar reforços

e elogios frequentes quando são visíveis sinais de frustração; deve proporcionar situações de auto controlo da agressividade, através do uso de estratégias para se acalmar; monitorizar as interações sociais e estabelecer metas para a promoção de comportamentos sociais ao implementar um sistema de recompensas; incentivar a criança a assumir um comportamento social adequado; deve incentivar a realização de tarefas que promovam a aprendizagem cooperativa com todas as crianças; deve proporcionar treino de competências sociais em pequeno grupo e deve ainda atribuir algumas responsabilidades à criança na presença dos pares, de forma a promover um opinião positiva perante os mesmo.

Estas estratégias devem ser partilhadas com a família, e esta deve tentar implementar um sistema idêntico ao adotado na sala de pré-escolar, pois somente trabalhando em equipa será mais fácil para a criança com PHDA gerir comportamentos mais desadequados, aumentar os seus períodos de atenção e controlar a sua impulsividade em diferentes contextos.

As formações poderão ser também uma ferramenta valiosa, mostrando aos educadores várias estratégias para intervir de forma preventiva ou de forma remediativa propiciando uma mudança de comportamento da criança com PHDA, permitindo uma diminuição das suas dificuldades evidenciando as suas potencialidades. No entanto, para além do apoio do educador, a criança com esta perturbação poderá precisar de um apoio especializado. Este tipo de apoio, devido ao seu conhecimento mais aprofundado do conceito, causas, consequências e estratégias proactivas e reativas será o mais adequado para atender estas crianças. (Modelos organizativos resposta crianças com PHDA)

2- ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

I. Metodologia

O presente projeto de investigação procura perceber de que forma os educadores de infância devem intervir com crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto Pré-escolar.

Quando refletimos na escolha da metodologia de investigação, deve ser dada importância, segundo Yin (2005) à natureza das principais questões do estudo, à possibilidade de controlo sobre variáveis ou acontecimentos presentes e ao facto de se tratar ou não de um fenómeno que se desenvolve no momento do estudo.

Após a consulta de bibliografia e, tendo em conta a finalidade deste projeto de investigação, optamos pela utilização de métodos quantitativos. A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. 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. (Bell, 1993)

A escolha da utilização deste método recai sobre o facto de este enriquecer a nossa investigação.

Neste tipo de trabalho, é necessário que o investigador elabore um plano de investigação estruturado, após a revisão da literatura, indicando, detalhadamente, os objetivos e os procedimentos da investigação.

A revisão da literatura é extremamente importante para a definição dos objetivos do projeto e essencial para a formulação das hipóteses.

A amostra deverá ser aleatória e representativa da população em estudo.

1- Objetivos

As definições dos objetivos de trabalho são fundamentais na elaboração de diferentes projetos de investigação. Sendo a PHDA uma das perturbações mais frequentes, a maioria dos estudos nesta área está mais direcionada para crianças em idade escolar. É um facto que as diversas manifestações desta perturbação, por vezes, já estão presentes em crianças em idade pré-escolar e algumas características são realmente compatíveis com um possível diagnóstico. É de extrema importância a identificação precoce destas manifestações, para orientar as crianças para programas de intervenção a começar desde logo, nas salas de pré-escolar com as educadoras.

Desta forma, foram considerados vários objetivos, tanto gerais como específicos neste estudo, tendo em conta a problemática existente e a pergunta de partida formulada: *Como é que os educadores de infância intervêm na regulação de comportamento de crianças com PHDA?*

Objetivos Gerais:

- Conhecer a PHDA, a sua evolução, desenvolvimento, intervenção, problemas e desafios;
- Conhecer as perceções dos educadores de infância sobre a identificação de comportamentos de alunos com PHDA;
- Compreender o contributo do desenvolvimento de competências emocionais essenciais ao perfil do Educador de Infância;
- Contribuir para a reflexão dos educadores de Infância para a melhoria das práticas na regulação de comportamentos de crianças com PHDA.

Objetivos específicos

- Identificar os conhecimentos dos educadores de infância sobre a PHDA designadamente no que respeita às características gerais da perturbação;
- Perceber se estão despertos para a identificação da sintomatologia apresentada por estas crianças;
- Perceber, relativamente ao perfil do educador de infância, as competências emocionais mais relevantes na perceção de certas perturbações em contexto de Jardim de Infância;
- Reconhecer quais as abordagens de terapêuticas gerais que os educadores de infância têm conhecimento sobre esta perturbação;
- Identificar as estratégias para conseguir obter melhores resultados crianças com PHDA;
- Reconhecer a importância da formação contínua sobre PHDA para melhor adequar as intervenções dos educadores de infância.

2- Hipóteses

Segundo Baptista e Sousa (2011) "...as hipóteses são uma resposta prévia ao problema proposto e, habitualmente, são desenvolvidos com base em estudos anteriormente realizados de acordo com tema escolhido", pelo que a " hipótese deve justificar o trabalho da parte empírica da investigação."

Deste modo, e após a definição dos objetivos a alcançar, foram construídas as hipóteses que, segundo Almeida e Freire (2008) norteiam o estudo tendo sempre em consideração que estas devem ser testáveis, justificáveis, relevantes para o tema, claras e lógicas.

Hipótese 1- Os educadores de infância sabem o que é a PHDA;

Hipótese 2- Os educadores de infância identificam algumas características específicas presentes nas crianças com PHDA;

Hipótese 3- Os educadores de infância reconhecem a importância do perfil e das competências do educador na relação e identificação de crianças com PHDA;

Hipótese 4- Os educadores de infância têm consciência dos diferentes programas de intervenção e da sua aplicabilidade em contexto pré-escolar;

Hipótese 5- Os educadores de infância reconhecem estratégias de intervenção precoce para apoiar crianças com PHDA;

Hipótese 6- Os educadores de infância têm consciência da importância da existência de formação específica na área da PHDA para intervir adequadamente com crianças portadoras desta perturbação.

3- Instrumentos

Segundo Mendes et al. (2011) o inquérito é um processo de recolha de informação sobre uma população que pode ser realizado através de entrevistas ou questionários.

Tendo em conta a metodologia utilizada, o instrumento ou a técnica de investigação escolhida será a do inquérito por questionário.¹

Segundo Vieira (2009) um questionário é um instrumento de pesquisa constituído por uma série de questões sobre determinado tema. O questionário é apresentado aos participantes da pesquisa, chamados respondentes, para que respondam às questões e entreguem o questionário preenchido ao entrevistador.

Ghiglione e Matalon (1993) referem que os inquéritos são um conjunto de atos e diligências destinadas a apurar alguma coisa. Para Ketele e Roegiers (1993) estes pressupõem um

¹ Ver anexo 1

estudo de um tema preciso junto de uma população, cuja amostra se determina a fim de precisar certos parâmetros.

A modalidade escolhida para a aplicação dos inquéritos por questionário é a de autoaplicação pela Internet através da aplicação Google Forms, onde apresentamos o objetivo do estudo e garantimos a confidencialidade e anonimato das informações recolhidas e, enviamos o mesmo inquérito para um conjunto de Educadores de Infância com vista ao seu preenchimento online. O levantamento de dados através desta aplicação é um procedimento relativamente recente, mas apresenta vantagens, tais como os questionários serem facilmente distribuídos e, a coleta e o processamento dos dados serem rápidos. Deste modo, para o pesquisador, o questionário de autoaplicação apresenta duas vantagens, sendo uma delas as respostas coletadas em formato padrão (sendo muito limitadas as questões abertas), o que facilita a análise, e a outra reside no facto de existir a certeza de que o entrevistador não influenciou a resposta, de acordo com Vieira (2009).

O inquérito a ser aplicado será constituído por categorias devidamente organizadas de acordo com o tema em estudo e será composto por perguntas semiestruturadas de caráter fechado e aberto. De acordo com Mendes et al. (2011), as questões abertas permitem uma maior riqueza no tratamento da informação, no entanto, tornam o processo de análise de dados mais complexo e demorado pois o inquirido tem total liberdade para estruturar a sua resposta. Por sua vez, as questões fechadas permitem maior facilidade no tratamento, mas recolhem informação menos detalhada, estando o inquirido limitado às opções de resposta apresentadas no questionário.

Assim sendo, iremos recorrer igualmente à aplicabilidade da escala de Likert segundo a qual é apresentada uma série de itens de Likert, com o mesmo número de alternativas, organizada para medir um conceito, de acordo com Mendes et al. (2011). Nestas escalas é pedido ao inquirido que indique o grau de acordo ou desacordo com uma variedade de afirmações sobre um objeto ou atitude. Estas escalas são compostas por duas partes: a parte dos itens é essencialmente uma afirmação acerca do objeto em avaliação e a parte de avaliação que é uma lista de categorias de resposta que pode ir desde o “concordo totalmente” até ao “discordo totalmente”, ou de um a cinco relacionado com a relevância, de acordo Vieira (2009).

Trata-se, assim, de um estudo junto de educadores de infância através da aplicação de um inquérito a uma amostra delimitada. Neste sentido a amostragem será por conveniência, a técnica

de amostragem não probabilística, dado que julgamos ser a adequada perante um estudo exploratório como o que pretendemos realizar, não sendo possível generalizá-lo.

Deste modo, o presente questionário será dividido em categorias para melhor organizar o seu conteúdo. Foram delineadas cinco categorias, sendo que a primeira categoria pretende caracterizar a amostra selecionada e a segunda categoria pretende aferir sobre a problemática da PHDA e as características mais marcantes evidenciadas por estas crianças. De seguida, uma terceira categoria relaciona-se mais propriamente perfil e competências do educador de infância. Uma quarta, por sua vez, refere-se à intervenção precoce e aplicação de diferentes estratégias em contexto pré-escolar a quinta e última categoria refere a importância da formação dos educadores de infância sobre esta problemática.

4- Amostra

O método de amostragem selecionado foi o de amostragem por conveniência, técnica de amostragem não probabilística, por ser a mais adequada para o estudo exploratório a realizar. Este tipo de amostragem permite escolher os indivíduos que se encontram facilmente disponíveis, tendo em conta a acessibilidade aos educadores e a disponibilidade temporal e financeira.

Segundo Hill & Hill (2008) não existe garantia desta amostra ser representativa do Universo, assim sendo, os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser generalizados.

A população alvo que foi delimitada terá que possuir determinadas características passíveis de serem estudadas e terão que possuir qualidades que vão de encontro ao objetivo da investigação.

Deste modo, e tendo em consideração estes aspetos, a amostra para a investigação é constituída por 44 educadores de infância, todos do sexo feminino, o que perfaz 100% dos resultados obtidos, como podemos constatar no Gráfico 1.

Género
44 respostas

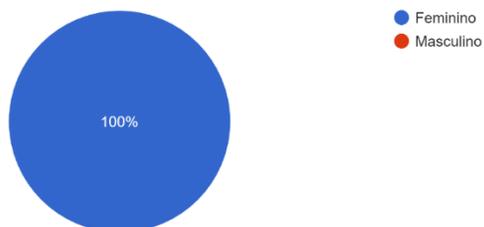


Gráfico 1- Género

De acordo com o Gráfico 2, os educadores inquiridos têm idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos, sendo que a maioria se situa entre os 40 e 49 anos, 34,9% (n=15) e entre os 30 e 39 anos, 32,6% (n=14).

Idade
43 respostas

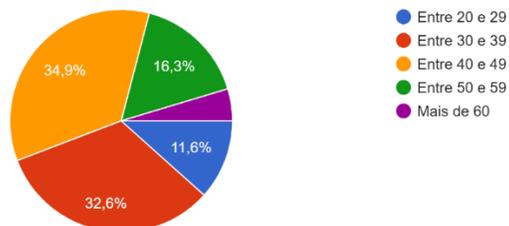


Gráfico 2- Idade

Relativamente à formação académica, podemos através da análise do Gráfico 3, constatar que 43,2% dos educadores inquiridos possuem licenciatura (n=19), 25% pós-graduação (n=11), 25% mestrado (n=11) e apenas 6,8% (n=3) bacharelato.

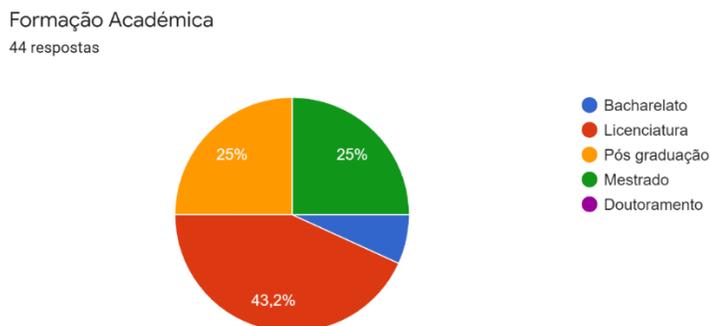


Gráfico 3- Formação académica

Quanto ao tempo de serviço prestado como educadores de infância, contactou-se através da análise do Gráfico 4, que 50% tem mais de 16 anos de serviço (n=22), 36,4% tem entre 6 e 15 anos de serviço (n=16) e 13,6% tem menos de 5 anos (n=6). O facto da maioria dos inquiridos ter mais de 16 anos de serviço, pode ser considerado um fator relevante para esta investigação pois aumenta a probabilidade destes educadores de infância terem tido contacto com crianças com PHDA e consequentemente aumenta o seu conhecimento sobre esta problemática e como lidam com ela.

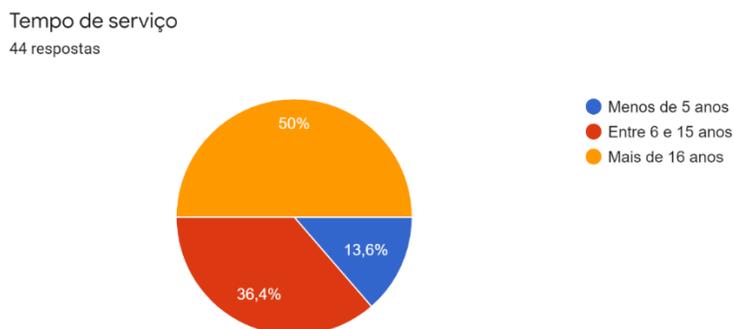


Gráfico 4- Tempo de serviço

Em relação ao contacto que os inquiridos tiveram com crianças com PHDA e de acordo com o Gráfico 5, 70,5% (n=31) já tiveram contacto com crianças com PHDA e 29,5% (n=13) não. O facto da maioria dos educadores de infância já terem tido contacto com crianças com PHDA torna-se igualmente relevante para esta investigação, pois aumenta o seu conhecimento sobre esta perturbação.

Já teve contacto com alguma criança com PHDA
44 respostas

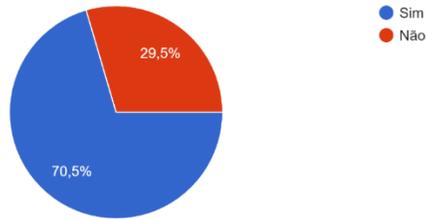


Gráfico 5- Contacto com crianças com PHDA

II- Apresentação e discussão dos resultados obtidos

1- Descrição dos resultados

Com o intuito de procurar atingir o objetivo principal desta investigação, ou seja, como é que os educadores de infância devem intervir na regulação de comportamento de crianças com PHDA, recorreremos à aplicação Google Forms e ao programa Excel para interpretar os dados obtidos estatisticamente. Estes programas e aplicações permitiram comparar e associar os dados recolhidos otimizando-os e tornando-os enriquecedores para o trabalho de investigação proposto.

Pretendemos então de seguida, descrever os resultados obtidos apresentando-os segundo a categoria e a ordem das questões apresentadas no questionário.

Assim, inserido na categoria II, Problemática da PHDA, dimensão 1, relativamente ao conhecimento que os educadores possuem sobre esta perturbação e de acordo com o Gráfico 6 e com a Tabela 1², é possível verificar que um número elevado de educadores de infância inquiridos possuem alguns conhecimentos sobre a problemática da PHDA, identificando-a como uma perturbação do Neurodesenvolvimento (65,9%-n=29), que está relacionada com a existência de irregularidades no funcionamento e desenvolvimento do cérebro (40,9%-n=18) e que apresenta alterações significativas ao nível da hiperatividade, impulsividade e da atenção (93,2%- n=41). Em relação à capacidade de a criança com PHDA ser bem-sucedida esta foi referida por 25% (n=11)

² Ver anexo 2

dos educadores. Apenas 15,9% (n=7) referiram que a PHDA está relacionada com vários fatores biológicos e, que esta é hereditária igualmente 15,9% (n=7). Nenhum educador referiu que a PHDA é uma perturbação que se manifesta tarde, nem que tem somente impacto a nível escolar.

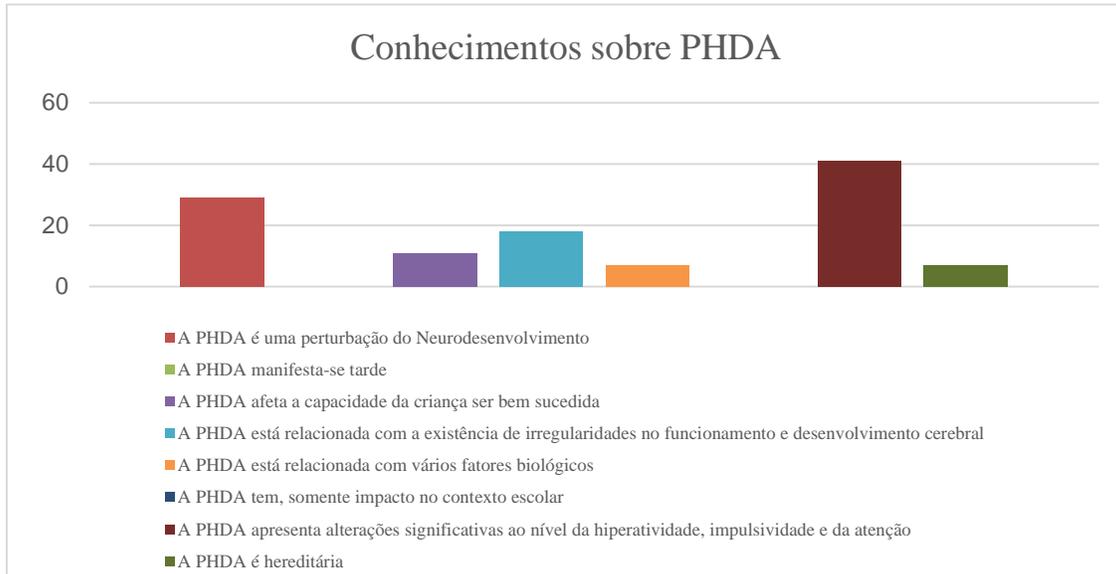


Gráfico 6- Conhecimentos sobre PHDA

Ainda inserida na categoria II, agora na dimensão 2, em relação às características mais evidentes manifestadas por crianças com PHDA, podemos verificar de acordo com o Gráfico 7 e com a Tabela 2³, que os educadores reconhecem algumas características presentes em crianças com esta perturbação. Uma percentagem de 81,4% (n=35) dos educadores identifica as crianças com PHDA como sendo mais ativas, mas a totalidade dos inquiridos refere que as crianças com PHDA apresentam mais dificuldade em controlar esta hiperatividade; a totalidade dos educadores também referiu que as crianças com PHDA têm mais dificuldade em permanecer sentadas e quietas; por sua vez, 93% (n=40) refere que estas crianças são preguiçosas e 47,6% (n=20) afirma que estas crianças conseguem respeitar as regras da sala, contra 38,1% (n=16) que negam e defendem que estas não conseguem de facto respeitar a diferentes regras; em relação à sua dificuldade em manter a atenção, 95,3% (n=41) afirmam que estas crianças são maioritariamente desatentas; relativamente à conclusão das tarefas 65,1% (n=28) referem que estas crianças conseguem terminar as tarefas e 60,5% (n=26) que estas seguem as instruções para as realizar; apenas 55,8% (n=24) dos educadores reconhece que estas crianças respondem a perguntas antes do tempo enquanto que

³ Ver anexo 2

25,6% (n=11) referem que não sabem; 69,8% (n=30) dos educadores afirma que as crianças com PHDA não apresentam um défice cognitivo; apenas 51,2% (n=22) refere que estas crianças podem apresentar um maior risco de abandono escolar, enquanto que 27,9% (n=12) referem que não sabem; por sua vez, 53,5% (n=23) afirmam que estas crianças apresentam maior risco de desenvolverem comportamentos de risco e, 27,9% (n=12) referem que não sabem; relativamente às competências sociais, 51,2% (n=22) dos educadores afirmam que estas crianças apresentam baixas competências sociais e 69,8% (n=30) assinalaram que estas têm dificuldade em gerir e expressar as suas emoções; em relação à maturidade 74,4,% (n=32) referem que as crianças com PHDA são de facto imaturas e 93% (n=40) referem que estas crianças não são a consequência de falta de regras.

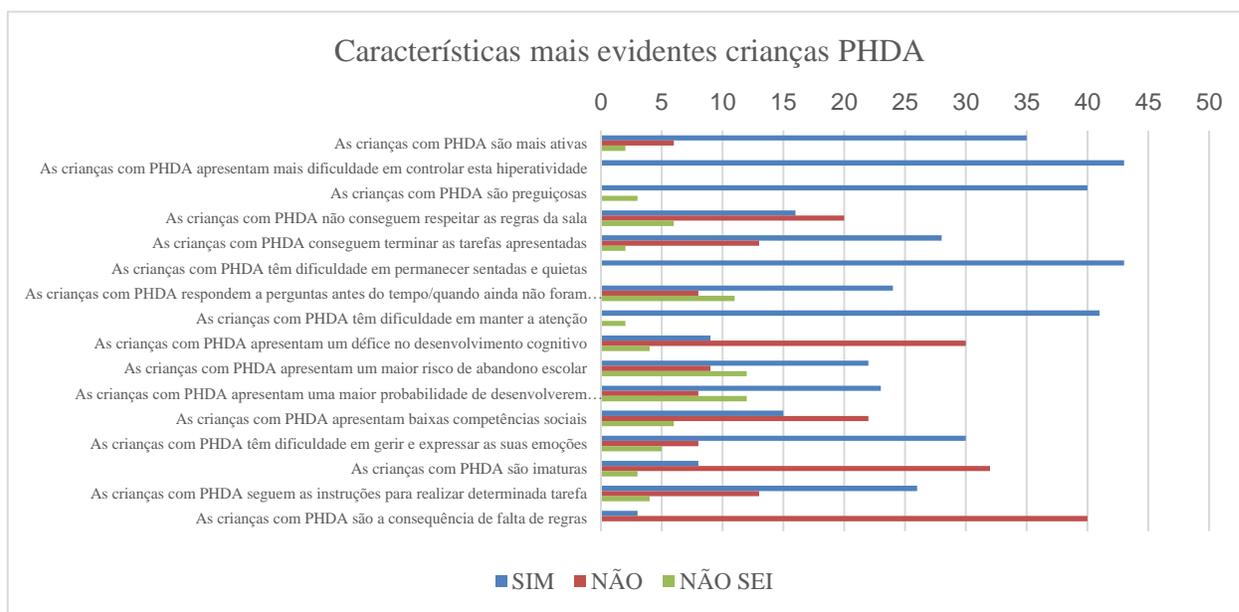


Gráfico 7- Características mais evidentes manifestadas por crianças com PHDA

Numa III categoria, mais relacionada com o perfil e competências do educador de infância, e de acordo com o Gráfico 8 e com a Tabela 3⁴, os educadores inquiridos referiram que consideram as dimensões socio-afetivas essenciais na sua interação com as crianças (97,7%- n=43) e 95,5% (n= 42) são da opinião que os afetos e as emoções se transmitem e comunicam-se; 97,8% (n=43) considera a dimensão das relações importante na sua relação com as crianças; a totalidade dos

⁴ Ver anexo 2

educadores é da opinião que o educador de infância deve de facto fomentar a cooperação entre as crianças garantindo que todas se sentem valorizadas e incluídas, que este deve promover a autonomia das crianças, que deve promover o desenvolvimento afetivo, emocional e social do grupo e de cada criança e que este, deve igualmente, estar atento a todas as manifestações de comportamentos procurando despistar comportamentos de risco; 93,2% (n=41) referem que o educador de infância deve ser um exemplo a seguir; relativamente à identificação da sintomatologia presente em diferentes perturbações, nomeadamente a PHDA, 97,7% (n=43) dos educadores defendem que estes devem estar despertos para a sua identificação e que este deve aplicar diferentes estratégias para minimizar o impacto de certas perturbações (97,7%-n=43); 72,7% (n=32) afirmam que as suas competências pessoais são determinantes na identificação e intervenção com crianças com PHDA, enquanto que a sua opinião se divide em relação ao papel do docente de educação especial, se cabe ao docente de Ensino Especial a aplicabilidade de estratégias de regulação comportamental de crianças com PHDA (54,3%- n=25) ou não (41,3%- n=19).

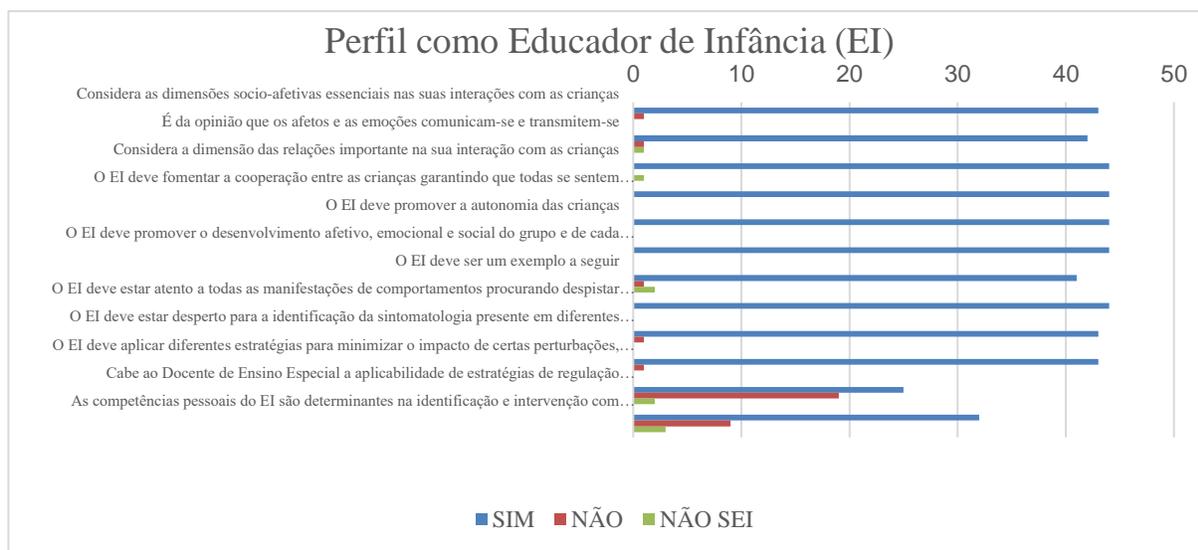


Gráfico 8- Perfil como Educador de Infância

Numa IV categoria relacionada com intervenção mais precoce e aplicação de diferentes estratégias em contexto pré-escolar, numa primeira dimensão mais relacionada com os diferentes

programas de intervenção e, de acordo com o Gráfico 9 e com a Tabela 4⁵, foi possível constatar que os educadores afirmam que a intervenção em PHDA deve assentar num acompanhamento médico e num planeamento educacional (81,8%- n=36); que 63,6% (n=28) referem que a intervenção em PHDA deve assentar na modificação de comportamentos e no apoio psicológico; 52,3% (n=23) defendem que os diferentes comportamentos podem ser geridos apenas através da aplicação de estratégias de modificação de comportamentos; 59,1% (n=26) dos educadores referem que os programas de modificação de comportamentos assentam num princípio de resposta/consequência numa tentativa de reduzir comportamentos desadequados e apenas 2,3% (n=1) afirma que todas as crianças beneficiam de medicação e 9,1% (n=4) defendem que os programas de modificação de comportamentos não beneficiam as crianças com esta perturbação.

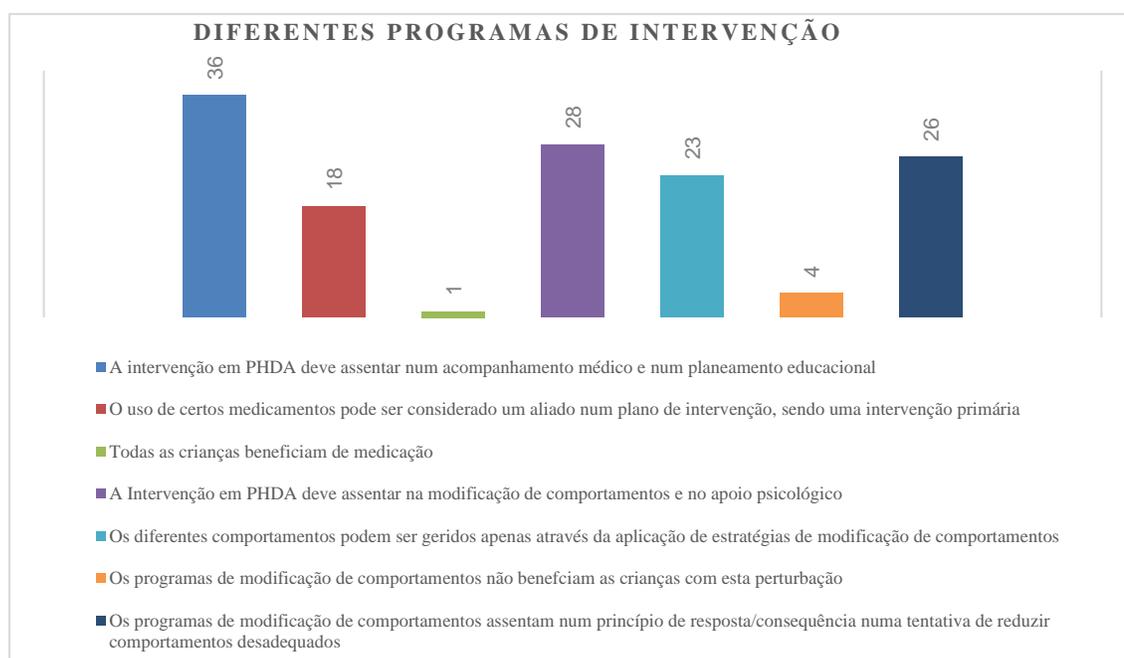


Gráfico 9- Diferentes programas de intervenção

Por sua vez, ainda na categoria IV, numa dimensão mais relacionada com a intervenção precoce em contexto de pré-escolar, como podemos verificar na Tabela 5, 72,7% (n=32) dos educadores consideram muito relevante a intervenção precoce como eficaz e que esta pode

⁵ Ver anexo 2

contribuir para atenuar e prevenir o surgimento posterior de várias características da PHDA (62,8%- n=27); 51,2% (n=22) refere que esta intervenção em pré-escolar é dirigida ao aumento de comportamentos positivos na criança e que esta é centrada numa abordagem que privilegia o brincar centrado nos interesses da criança com PHDA (47,7%- n=21); 47,7% (n=21) afirma que a intervenção precoce privilegia a relação segura, empática e responsiva entre educador-criança com PHDA, que esta deve assentar na aplicação do reforço positivo (54,5%- n=24), que deve procurar estabelecer um ambiente positivo (73,8%- n=31); 61,4% (n=27) refere que a intervenção precoce deve privilegiar a relação segura, empática e responsiva entre Educador-criança com PHDA; apenas 30,2% (n=13) afirma como relevante que a intervenção deva implementar o uso de período de pausa e 14,3% (n=6) que esta não deve disciplinar comportamentos de forma imediata ou consistente. Em relação a outras estratégias referidas pelos educadores, estes evidenciaram que esta deve começar desde cedo, que deve ser estabelecido um plano de intervenção adequado e consistente tendo como principal referência as necessidades da criança e que devem ser mobilizadas estratégias de intervenção de acordo as necessidades da criança.

Intervenção Precoce (IP) com crianças com PHDA em contexto Pré-escolar										
	1		2		3		4		5	
A intervenção precoce é eficaz	1	2,3%	1	2,3%	5	11,4%	5	11,4%	32	72,7%
A IP precoce pode contribuir para atenuar e prevenir o surgimento posterior de várias características da PHDA	0	0,0%	1	2,3%	6	14,0%	9	20,9%	27	62,8%
A IP em pré-escolar é dirigida ao aumento de comportamentos positivos na criança	0	0,0%	3	7,0%	13	30,2%	5	11,6%	22	51,2%
A IP é centrada numa abordagem que privilegia o brincar centrado nos interesses da criança com PHDA	2	4,5%	3	6,8%	8	18,2%	10	22,7%	21	47,7%
A IP privilegia a relação segura, empática e responsiva entre Educador-criança com PHDA	0	0,0%	1	2,3%	8	18,2%	8	18,2%	27	61,4%
A IP visa reduzir e extinguir comportamentos desadequados	2	4,8%	5	11,9%	8	19,0%	11	26,2%	16	38,1%
A IP procura estabelecer um plano de recompensas para aumentar comportamentos positivos	6	14,0%	9	20,9%	10	23,3%	10	23,3%	8	18,6%
A IP deve assentar na aplicação do reforço positivo	1	2,3%	3	6,8%	11	25,0%	5	11,4%	24	54,5%
A IP deve promover o uso da comunicação passiva	9	21,4%	10	23,8%	13	31,0%	6	14,3%	4	9,5%
A IP deve procurar estabelecer um ambiente	0	0,0%	0	0,0%	5	11,9%	6	14,3%	31	73,8%

positivo										
A IP deve implementar o uso de período de pausa	3	7,0%	4	9,3%	18	41,9%	5	11,6%	13	30,2%
A IP não deve disciplinar comportamentos de forma imediata ou consistente	6	14,3%	8	19,0%	14	33,3%	8	19,0%	6	14,3%
Outras	2	28,6%		0,0%		0,0%	0	0,0%	5	71,4%

Tabela 5- Intervenção Precoce com crianças com PHDA em contexto Pré-escolar

Em relação às estratégias de intervenção mais adequadas para crianças com PHDA, ainda fazendo parte da IV categoria e de acordo com a Tabela 6, os educadores referiram como mais relevantes, procurar envolver a criança na dinâmica da sala (81,8%- n=36), dar instruções claras e concisas sobre as vivências, tarefas e atividades (81,8%- n=36), apoiar a apresentação de atividades recorrendo a modelos atrativos e dinâmicos (79,5%- n=35), reagir a um comportamento positivo com elogios (79,5%- n=35), proporcionar situações que promovam um aumento da autoestima (79,5%- n=35), manter uma estrutura e uma rotina bem definida nas salas (77,3%- n=34), atribuir uma instrução de cada vez na concretização das tarefas e atividades (77,3%- n=34), as alterações às rotinas devem ser transmitidas antecipadamente para evitar situações de mais agitação (75%- n=33), permitir tempo extra na concretização das tarefas e atividades (72,7%- n=32), manter uma postura próxima da criança em momentos de transição (70,5%- n=31), elogiar com frequência comportamentos positivos (70,5%- n=31), incentivar a realização de tarefas que promovam a aprendizagem cooperativa (70,5%- n=31), permitir que a criança se levante, quando está sentada durante um período de tempo mais longo (68,2%- n=30), proporcionar pequenas pausas entre tarefas (65,9%- n=29), proporcionar tempo extra para a conclusão de tarefas (65,9%- n=29), atribuir algumas responsabilidades à criança na presença dos pares (65,9%- n=29), sentar a criança ao lado de um par competente (61,4%- n=27), estabelecer momentos de partilha a sós (61,4%- n=27), sentar a criança perto do educador (59,1%- n=26), promover situações para que a criança seja valorizada e assuma um papel de liderança (59,1%- n=26), proporcionar situações de autocontrolo da agressividade, através do uso de estratégias para se acalmar (59,1%- n=26), incentivar a criança a assumir um comportamento social adequado (59,1%- n=26); parece relevante referir que a estratégia que os educadores referiram com menos percentagem de relevância foi a que se reporta ao aumentar o mediatismo das recompensas e das punições (31,4%- n=14).

Estratégias de intervenção mais adequadas para intervir com crianças com PHDA										
	1		2		3		4		5	
Manter uma estrutura e uma rotina bem definida nas salas	0	0,0%	0	0,0%	3	6,8%	7	15,9%	34	77,3%
As rotinas devem ser estabelecidas com base em acontecimentos repetitivos	1	2,3%	1	2,3%	9	20,5%	13	29,5%	20	45,5%
As alterações às rotinas devem ser transmitidas antecipadamente para evitar situações de mais agitação	0	0,0%	0	0,0%	5	11,4%	6	13,6%	33	75,0%
Sentar a criança perto do educador	1	2,3%	1	2,3%	6	13,6%	10	22,7%	26	59,1%
Sentar a criança ao lado de um par competente	0	0,0%	1	2,3%	4	9,1%	12	27,3%	27	61,4%
Sentar a criança numa área da sala mais sossegada	6	13,6%	1	2,3%	12	27,3%	7	15,9%	18	40,9%
Permitir tempo extra na concretização das tarefas e atividades	0	0,0%	1	2,3%	4	9,1%	7	15,9%	32	72,7%
Dar instruções claras e concisas sobre as vivências, tarefas e atividades	0	0,0%	1	2,3%	2	4,5%	5	11,4%	36	81,8%
Atribuir uma instrução de cada vez na concretização das tarefas e atividades	0	0,0%	1	2,3%	3	6,8%	6	13,6%	34	77,3%
Procurar envolver a criança na dinâmica da sala	0	0,0%	1	2,3%	2	4,5%	5	11,4%	36	81,8%
Apoiar a apresentação de atividades recorrendo a modelos atrativos e dinâmicos	0	0,0%	2	4,5%	4	9,1%	3	6,8%	35	79,5%
Deve ignorar alguns comportamentos inadequados menos relevantes	4	9,1%	5	11,4%	10	22,7%	9	20,5%	16	36,4%
Deve aumentar o mediatismo das recompensas e das punições	14	31,8%	8	18,2%	14	31,8%	4	9,1%	4	9,1%
Usar períodos de pausa para gerir comportamentos desadequados	3	6,8%	6	13,6%	3	6,8%	14	31,8%	18	40,9%
Manter uma postura próxima da criança em momentos de transição	0	0,0%	2	4,5%	3	6,8%	8	18,2%	31	70,5%
Reagir a um comportamento positivo com elogios	0	0,0%	1	2,3%	3	6,8%	5	11,4%	35	79,5%
Permitir que a criança se levante, quando está sentada durante um período de tempo mais longo	0	0,0%	2	4,5%	6	13,6%	6	13,6%	30	68,2%
Proporcionar pequenas pausas entre tarefas	0	0,0%	1	2,3%	5	11,4%	9	20,5%	29	65,9%
Proporcionar tempo extra para a conclusão de tarefas	0	0,0%	2	4,5%	6	13,6%	7	15,9%	29	65,9%

Elogiar com frequência comportamentos positivos	0	0,0%	2	4,5%	5	11,4%	6	13,6%	31	70,5%
Proporcionar situações que promovam um aumento da autoestima	0	0,0%	2	4,5%	3	6,8%	4	9,1%	35	79,5%
Promover situações para que a criança seja valorizada e assuma um papel de liderança	0	0,0%	3	6,8%	8	18,2%	7	15,9%	26	59,1%
Estabelecer momentos de partilha a sós	0	0,0%	2	4,5%	5	11,4%	10	22,7%	27	61,4%
Proporcionar reforços e elogios frequentes quando são visíveis sinais de frustração	2	4,5%	1	2,3%	7	15,9%	12	27,3%	22	50,0%
Proporcionar situações de autocontrolo da agressividade, através do uso de estratégias para se acalmar	0	0,0%	1	2,3%	6	13,6%	11	25,0%	26	59,1%
Monitorizar as interações sociais	0	0,0%	4	9,1%	5	11,4%	10	22,7%	25	56,8%
Estabelecer metas para a promoção de comportamentos sociais	0	0,0%	1	2,3%	9	20,5%	10	22,7%	24	54,5%
Incentivar a criança a assumir um comportamento social adequado	1	2,3%	1	2,3%	6	13,6%	10	22,7%	26	59,1%
Incentivar a realização de tarefas que promovam a aprendizagem cooperativa	0	0,0%	1	2,3%	5	11,4%	7	15,9%	31	70,5%
Proporcionar treino de competências sociais	0	0,0%	3	6,8%	7	15,9%	6	13,6%	28	63,6%
Atribuir algumas responsabilidades à criança na presença dos pares	0	0,0%	2	4,5%	4	9,1%	9	20,5%	29	65,9%
Outras	28	63,6%	2	4,5%	4	9,1%	5	11,4%	5	11,4%

Tabela 6- Estratégias de intervenção mais adequadas para intervir com crianças com PHDA

Ainda no separador que deixava em aberto a sugestão de apresentação de outras estratégias, obtivemos algumas respostas, uma educadora assinalou que para uma intervenção ser eficaz os educadores devem estar atentos aos interesses da criança, pois só assim conseguem estabelecer uma boa ligação emocional e de confiança com a criança; outra referiu que se devem adequar as práticas; duas que não consideram mais nenhuma; outra que se deve promover o respeito das outras crianças relativamente ao PHDA e por fim duas educadoras referiram que se deve articular as estratégias utilizadas com as famílias demonstrando uma relação próxima e uma referiu ainda que esta articulação deve ser igualmente feita com a equipa especializada.

Relativamente à última questão desta IV categoria, mais relacionada com a adequação destas estratégias na prática, como educador de infância na regulação de comportamentos em

crianças com PHDA foram obtidas 27⁶ respostas considerando as estratégias adequadas e uma mais valia na regulação dos comportamentos; uma educadora referiu que a PHDA é uma realidade presente e que o educador tem o dever de proporcionar às crianças diferentes estratégias de intervenção; outra educadora refere as estratégias apresentadas uma mais valia para a prática pedagógica e muitíssimo adequadas à prática profissional na adaptação da rotina, da sala e do comportamento do adulto, esta educadora refere ainda que visto a PHDA ser uma perturbação que acompanhará a criança para o resto da vida é essencial implementar estas estratégias o mais cedo possível e dar-lhes continuidade nos ciclos seguintes; uma educadora refere que esta ação deve ser centrada na criança e promover a sua autonomia, implementando o uso do reforço positivo demonstrando-lhe que é capaz, refere ainda que “Capacitar a criança é acreditar nela e o adulto deve ser o seu andaime”; outra afirma que todas as estratégias apresentadas visam o desenvolvimento pleno da criança e outra ainda refere que estas estratégias permitem minimizar as dificuldades e melhorar as potencialidades das crianças com PHDA; três educadoras referem que as estratégias apresentadas são uma mais valia para crianças com PHDA e para as restantes, e uma delas evidencia que são igualmente uma mais valia na regulação de comportamento de crianças com Perturbação de espectro do autismo (PEA) sempre adequadas à individualidade de cada uma; outra educadora considera que as estratégias visam o bem estar, a integração permitindo à criança ultrapassar as suas dificuldades, duas ainda referem que estas estratégias promovem a inclusão e permitem que esta atinja o máximo das suas potencialidades; uma educadora evidencia a importância das estratégias apresentadas para a regulação de comportamentos de uma forma mais assertiva e outra refere que é imperativo respeitar os tempos de cada criança; outra educadora demonstra que o grau de afetividade, conhecimento e controlo são determinantes na apresentação de resultados; uma educadora enaltece a mais valia da utilização das estratégias mas sempre relacionadas com a criança na sua individualidade; outra retrata-as como fundamentais para trabalhar e conviver com crianças com PHDA e outra ainda que são um apoio na prática pedagógica, por fim uma educadora evidencia a importância e a necessidade de fazer formação nesta área de forma a adequar melhor a implementação destas estratégias.

⁶ Ver anexo 3

Por fim, na categoria V, incidimos na importância e necessidade de haver formação sobre PHDA, de acordo com o Gráfico 10, podemos verificar que nenhuma educadora afirma que a formação de base é suficiente para intervir junto de crianças com PHDA e, todas reconhecem a importância da formação nesta área, seja contínua (86,4%- n=38), seja formação de curta duração (79,5%- n=35), seja formação mais especializada na área (56,8%- n=25).

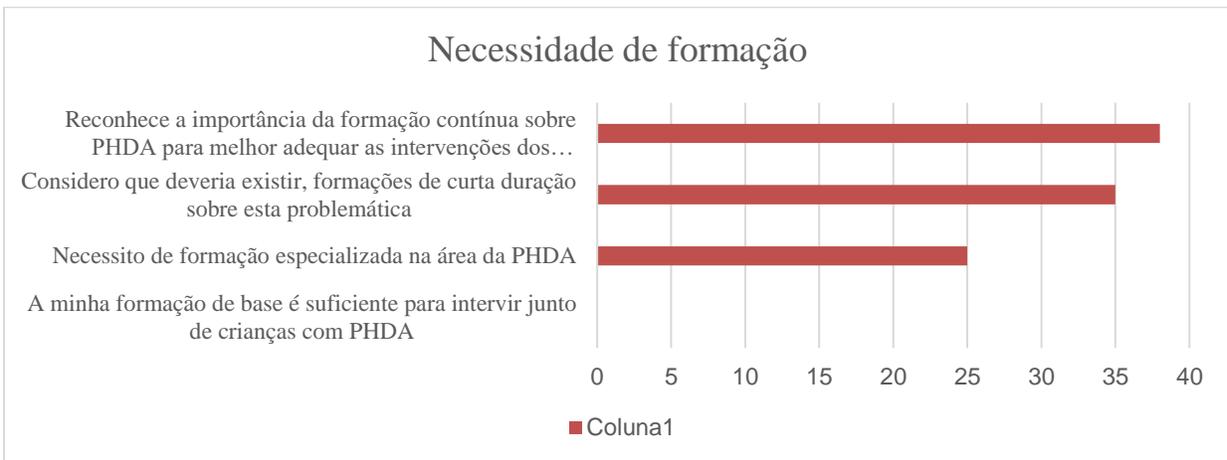


Gráfico 10- Necessidade de formação

Após o tratamento dos dados provenientes de todo o questionário, iremos de seguida, relacionar os resultados obtidos com as hipóteses construídas e com o enquadramento teórico desta investigação.

2. Análise e discussão dos resultados

A PHDA é uma perturbação que apesar de se manifestar cedo, nomeadamente antes dos 12 anos, não são descritas as características específicas desta perturbação em crianças em idade pré-escolar, nem as diretrizes para elaboração de um diagnóstico nesta fase da vida, no DSM-V.

Torna-se deste modo, relevante a identificação desta perturbação e de possíveis manifestações, em idade pré-escolar para que se possa orientar as crianças para programas de intervenção.

Estas crianças, muitas vezes, apresentam alguns sintomas compatíveis com esta perturbação desde muito cedo, se a intervenção for feita atempadamente, em pareceria com outras

terapias especializadas, por educadores de infância em contexto de sala de pré-escolar poderemos estar perante uma maior regulação de diversos comportamentos.

O principal intuito desta investigação era perceber até que ponto os educadores estão conscientes e familiarizados com esta perturbação, de modo a intervir, através da implementação de determinadas estratégias, na regulação de comportamentos manifestados.

Nesse sentido, procederemos à confirmação das diferentes hipóteses formuladas, que nortearam esta investigação.

Em relação à primeira hipótese, **Os educadores de infância sabem o que é a PHDA**, constatamos que de facto os educadores inquiridos apresentaram algumas evidências de conhecerem algumas especificidades relacionadas com esta perturbação. Das diferentes categorias apresentadas reconhecem que a PHDA é uma perturbação do Neurodesenvolvimento e que apresenta alterações significativas ao nível da hiperatividade, impulsividade e da atenção. De facto, a PHDA, de acordo com o DSM-V integra as perturbações do Neurodesenvolvimento com tendência a manifestar-se precocemente, afeta o normal desenvolvimento e tem impacto no funcionamento a vários níveis em diferentes contextos. Segundo a American Psychological Association (APA- 2014), a PHDA pode ser considerada e caracterizar-se por apresentar alterações significativas ao nível da impulsividade, da hiperatividade e/ou atenção, sendo tão frequentes que interferem com o funcionamento da criança na escola e na vida diária. Os educadores inquiridos referem ainda que a PHDA está relacionada com a existência de irregularidades no funcionamento e desenvolvimento cerebral e que está relacionada com vários fatores biológicos que por sua vez, afetam o desenvolvimento harmonioso do cérebro, de acordo com Barkley (2013). Relativamente à categoria que se refere à PHDA como uma perturbação que tem impacto somente no contexto escolar, as educadoras inquiridas não a referiram o que demonstra que realmente reconhecem que as várias características associadas à PHDA comprometem o funcionamento da criança em diferentes contextos, tendo impacto a vários níveis, a nível académico, comportamental, social, psicológico e familiar. Das educadoras inquiridas apenas 7 reconhecem que esta é hereditária desconhecendo que segundo Parker (2003), esta perturbação é de caráter neurobiológico hereditária, isto é, tende a manifestar-se em diferentes elementos da mesma família, sendo bastante comum que crianças com PHDA tenham um familiar com esta perturbação. As educadoras inquiridas reconhecem todas que a PHDA não se manifesta tarde, mas antes, e acordo com DSM-V, a PHDA está integrada nas

perturbações do Neurodesenvolvimento, isto é, está incluída num grupo de perturbações que apresentam uma tendência a manifestar-se precocemente.

Relativamente à segunda hipótese, **Os educadores de infância identificam algumas características específicas presentes nas crianças com PHDA**, podemos concluir que os educadores inquiridos reconhecem algumas características mais evidentes nas crianças com PHDA, podendo haver alguma discrepância entre o que defende a teoria e aquelas assinaladas como sendo mais ou menos evidentes. As educadoras concluem que estas crianças são mais ativas e apresentam mais dificuldade em controlar esta hiperatividade, têm dificuldade em manter a atenção e têm dificuldade em permanecer sentadas e quietas e reconhecem que as crianças com PHDA não são preguiçosas, nem são a consequência de falta de regras. As suas opiniões divergem quanto ao facto das crianças com PHDA não conseguirem respeitar as regras da sala, responderem a perguntas antes do tempo ou quando ainda não foram finalizadas, de conseguirem terminar as tarefas apresentadas, apresentarem défice no desenvolvimento cognitivo, apresentarem um maior risco de abandono escolar e uma maior probabilidade de desenvolverem comportamentos de risco, apresentarem baixas competências sociais e uma maior têm dificuldade em gerir e expressar as suas emoções, seguirem as instruções para realizar determinada tarefa e relativamente ao facto destas crianças serem imaturas concluem que não o são. Pois segundo Barkley (2013), ao nível da impulsividade, as crianças com esta perturbação apresentam, muitas vezes uma baixa capacidade de manutenção da inibição de respostas, de adiamento da gratificação, como uma deficiência na capacidade de adesão a regras e de regulação ou de inibição de comportamentos em situações sociais. Este autor refere ainda que as várias características associadas à PHDA comprometem o funcionamento da criança em diferentes contextos, tendo impacto a vários níveis, a nível académico, comportamental, social, psicológico e familiar. O impacto sentido a nível académico passa pela existência de maior risco de insucesso escolar, até mesmo abandono escolar precoce; ao nível comportamental apresentam maior probabilidade em apresentarem comportamentos de risco, sofrer acidentes ou lesões; ao nível social este impacto sentem-se e manifesta-se através de baixas competências sociais, rejeição pelos pares, ou mesmo atividades antissociais; ao nível psicológico apresentam dificuldades em expressar ideias e emoções, dificuldades em controlar a agressividade, baixa tolerância à frustração, baixa autoestima, dificuldades na análise e resolução de problemas, e ainda um elevado grau de imaturidade.

No que diz respeito à terceira hipótese, **Os educadores de infância reconhecem a importância do perfil e das competências do educador na relação e identificação de crianças com PHDA**, verificamos que os educadores reconhecem a importância do perfil e das competências do educador de infância na relação, no entanto, as suas opiniões divergem sobre a importância deste perfil e destas competências relativamente à identificação de crianças com esta perturbação. Em qualquer processo de ensino e aprendizagem, as dimensões sócio afetivas revestem-se de grande importância, dado que, os educadores nas suas interações com as crianças transmitem mais informação do que aquela que têm consciência. Os afetos e as emoções comunicam-se e transmitem-se. De acordo com o Decreto de Lei 241/2001 de 30 de agosto, na educação pré-escolar, o educador de infância concebe e desenvolve o respetivo currículo, através da planificação, organização e avaliação do ambiente educativo, bem como das atividades e projetos curriculares, com vista à construção de aprendizagens integradas, sendo que, e de acordo com o decreto referido acima, no âmbito da relação e da ação educativa, o educador de infância deve relacionar-se com as crianças por forma a favorecer a necessária segurança afetiva e a promover a sua autonomia. O educador de infância deve sobretudo apoiar e fomentar o desenvolvimento afetivo, emocional e social de cada criança e do grupo, sendo antes de mais, um exemplo a seguir. Segundo Cury (2004) a afetividade deve estar presente na práxis do educador e deve assumir este cargo com a certeza que através da sua prática pedagógica pode estimular a afetividade, bem como pode transmitir todos os seus valores, independentemente das dificuldades que possam surgir. Assim sendo, e constatando a PHDA como sendo uma perturbação cujos sintomas se desenvolvem na infância, cabe-nos a nós educadores de infância estar atentos e despidos a várias dificuldades para melhor dar resposta a esta realidade e a esta perturbação. Segundo Moura et al. (2020) a evidência da efetividade, aceitação, tolerância e segurança dos diferentes diagnósticos e tratamentos é escassa para crianças em idade pré-escolar e, assim sendo, cabe-nos a nós educadores de infância, estar atentos a possíveis manifestações de sintomas de PHDA e adequar estratégias com o objetivo de reduzir o impacto desta perturbação.

No que respeita à quarta hipótese, **Os educadores de infância têm consciência dos diferentes programas de intervenção em PHDA e da sua aplicabilidade em contexto pré-escolar**, as educadoras de infância inquiridas revelaram desconhecerem algumas especificidades sobre este assunto. Quando referimos que a intervenção deve apoiar-se num acompanhamento

médico e num planeamento educacional, referido por 36 educadoras, esta intervenção deve igualmente assentar na modificação de comportamentos e no apoio psicológico, referido por apenas 28. Estas referiram como pouco relevante o facto desta intervenção estabelecer um plano de recompensas para aumentar comportamentos positivos. Moura et al. (2020) defende que este plano incide na aplicabilidade de estratégias que visam a redução e a extinção de comportamentos negativos, através do estabelecimento eficaz de limites como a definição clara de regras, de rotinas previsíveis e a própria definição de ordens específicas, desenvolvendo estratégias de elogio específico e reforço positivo eficazes, aplicando o estabelecimento de recompensas concretas e inesperadas. As educadoras desconhecem ainda a importância do período de pausa, sendo considerado, por este autor, como uma estratégia importante para lidar com os comportamentos negativos, tais como ignorar, distrair, redirecionar e tempo de pausa para a criança se acalmar.

No que se refere à quinta hipótese, **Os educadores de infância reconhecem estratégias de intervenção precoce para apoiar crianças com PHDA**, apesar das educadoras inquiridas reconhecerem as estratégias como uma mais valia para uma intervenção mais adequada com crianças com esta perturbação, não consideraram algumas como mais relevantes, sendo que todas o são, desde que adequadas à realidade em questão, à especificidade da criança, às suas necessidades interesses e motivações. E quanto a considerarem estas estratégias como uma mais valia na prática, a totalidade das respostas demonstra que as consideram.

Por fim, e relativamente à sexta hipótese, **Os educadores de infância têm consciência da importância da existência de formação específica na área da PHDA para intervir adequadamente com crianças portadoras desta perturbação**, todas reconhecem que de facto a formação de base é insuficiente e não apetrecha as educadoras de conhecimentos e ferramentas sobre esta problemática, reconhecendo a importância de formação sobre PHDA com o intuito de melhor compreender a problemática e, conseqüentemente, melhor intervir. Os educadores de infância, e todos os docentes, devem realmente entender a formação como um processo permanente e contínuo, compreender que a “formação dos docentes ou aquisição de conhecimentos específicos, sobre a problemática da PHDA é uma condição necessária para proporcionar respostas adequadas às necessidades destas crianças” (Fernandes, 2007). Até mesmo segundo o decreto-lei 3/2008, os docentes devem ser capazes de identificar as áreas fracas e áreas fortes de todos os seus alunos especialmente daqueles com PHDA estando atentos aos sinais que

eles transmitem, respeitando a sua individualidade e especificidade e todas as limitações impostas. Para isso, em muito contribui a formação, que poderá ser considerada fator primordial e ponto de partida para o desenvolvimento integral da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controlo do impulso e com o nível de atividade. É uma perturbação que não é apenas hiperatividade, ou distração, ou até mesmo a impossibilidade de concluir tarefas no tempo proposto, mas uma deficiência na forma como o comportamento é organizado, é uma perturbação do funcionamento executivo e da autorregulação que este proporciona, é uma perturbação do comportamento orientado para o futuro. (Barkley, 2013)

Através desta investigação procuramos entender qual a perceção dos educadores de infância sobre esta problemática, sobre as diferentes estratégias de intervenção que podem ser implementadas em contexto de pré-escolar para regular determinados comportamentos. Neste sentido, procuramos com esta investigação dar resposta à nossa pergunta de partida, *Como é que os educadores de infância intervêm na regulação de comportamento de crianças com PHDA?* e, para o efeito foi elaborado um questionário através do qual os educadores responderam a questões relacionadas com a PHDA e com a aplicabilidade de determinadas estratégias.

Os resultados empíricos desta investigação permitiram chegar a certas conclusões. As educadoras de infância possuem alguns conhecimentos sobre a problemática da PHDA, nomeadamente na identificação de algumas características mais evidentes, verificamos que os educadores reconhecem a importância do perfil e das competências do educador de infância na relação com o grupo, no entanto, as suas opiniões divergem sobre a importância deste perfil e destas competências relativamente à identificação de crianças com esta perturbação. As competências do educador são, no entanto, uma mais valia neste processo. Tudo o que é feito em contexto de sala de pré-escolar é determinante e condiciona toda a dinâmica e toda a aprendizagem. Depende das educadoras, do seu perfil, o sucesso e a adequação das estratégias e das intervenções para a regulação dos diferentes comportamentos das crianças, nomeadamente das crianças com PHDA. Em relação aos diferentes programas de intervenção em PHDA e da sua aplicabilidade em contexto pré-escolar, as educadoras de infância inquiridas revelaram desconhecerem algumas especificidades sobre este assunto, apesar de reconhecerem como bastantes úteis e adequadas as estratégias de intervenção apresentadas. A receptividade em relação à

apresentação das estratégias foi demonstrada, considerando-as como uma mais valia na prática pedagógica na regulação de comportamento em crianças com PHDA, ou com outras patologias, ou mesmo em crianças que não manifestam nenhuma problemática. Devemos, no entanto, estar atentos e ponderar a veracidade dos resultados observados, pois é bastante mais fácil dizer que se faz, do que fazer. Acredito que se faça, e este estudo contribuiu para uma maior consciencialização da perturbação em si, e da aplicabilidade das diferentes estratégias na regulação do comportamento em crianças com PHDA.

Os dados apurados confirmam ainda, que estas consideram primordial adquirir formação em PHDA ressaltando que a formação inicial é de facto insuficiente quando pretendemos aprofundar esta problemática. É importante refletir na importância da formação, seja mais específica, contínua ou mesmo de curta duração, e na necessidade que os educadores sentiram. Penso ser determinante proporcionar diferentes modalidades de formação nesta área nas escolas, em diferentes níveis de ensino, desde pré-escolar, que abordem diferentes temáticas relacionadas com esta perturbação.

Não podemos deixar de referir que, uma vez que recorremos a uma amostragem por conveniência, não é possível generalizar os resultados obtidos, no entanto, toda a informação recolhida contribuirá certamente para um maior entendimento desta problemática no âmbito pré-escolar.

Em última instância, procuramos com este trabalho enfatizar a importância do conhecimento da perturbação em estudo para que se possa minimizar o impacto que esta tem na vida das crianças, na importância do perfil e competências pessoais do educador de infância, nomeadamente em contexto de pré-escolar na regulação de comportamento.

Penso ser relevante, em estudos e investigações futuras direcionarmos o estudo desta problemática da regulação de comportamento em crianças com PHDA, para as especificidades sentidas e vividas no Ensino Público versus Ensino Privado.

Penso ainda ser pertinente, orientar este estudo, mais relacionado com utilização das estratégias na regulação dos comportamentos, e verificar a sua aplicabilidade nos ciclos de ensino seguintes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação, 5ª edição*. Braga: Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, 5ª ed.)*. Lisboa: Climepsi.
- Barkley, R. A. (2013). *Transtorno de défice de atenção/hiperatividade (TDAH)*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. A & Murphy, R. (2006). *Transtorno de Défice de Atenção/Hiperatividade. Exercícios Clínicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bell, J. (1993). *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Cunha, A. E. (2008). *Afeto e Aprendizagem, relação de amorosidade e saber na prática pedagógica*. Rio de Janeiro: Wak.
- Cury, A. (2004). *Pais brilhantes, Professores fascinantes*. Viseu: Ed. Pergaminho.
- Fernandes, E. (2007). *Perturbação de défice de atenção e hiperactividade no âmbito escolar. Dissertação para o Mestrado em Ativação do Desenvolvimento Psicológico*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ketele, J. & Roegiers, X. (1993). *Metodologia da Recolha de Dados, Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Mendes et al. (2011). *Suporte à elaboração de inquéritos*. Lisboa. Instituto Superior Técnico.
- Moura et al. (2020). *Perturbação de hiperatividade/ Défice de atenção- Diagnóstico, intervenção e desenvolvimento ao longo da vida*. Lisboa: Edição Factor.
- Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. (1997). Ministério da Educação. Departamento do Ensino Básico.
- Parker, H. C. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperatividade*. Porto: Porto Editora.
- Silva, M. (2008). *Gestão das Aprendizagens na Sala de Aula Inclusiva. Coleção Ciências da Educação*. Edições Universitárias Lusófonas.
- Sousa, M. J. & Batista, C. S. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas Lda.
- Strecht, P. (2018). *Hiperatividade e défice de atenção- ausência e procura de si*. Lisboa: Guide Artes Gráficas, Lda.
- Vieira, S. (2009). *Como Elaborar Questionários*. São Paulo: Editora Atlas.
- YIN, R. K. (2005). *Estudo de Caso: planeamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman

ANEXOS

Anexo 1- Questionário

PHDA e intervenção precoce em contexto Pré-escolar

Este questionário enquadra-se num estudo no âmbito da Pós-graduação em Educação Especial, na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, para a unidade curricular Seminário de Projeto, sob a orientação do docente Professor Doutor Júlio Sousa.

O mesmo servirá para recolher dados para a realização de um estudo empírico sobre a problemática da Perturbação da Hiperatividade e Défice de atenção e a sua intervenção em contexto de Pré-escolar.

O preenchimento do questionário é anónimo e será garantida a sua confidencialidade.

Solicita-se a sua colaboração agradecendo desde já o preenchimento do mesmo.

***Obrigatório**

Parte I- Caracterização da amostra

1. Género

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

2. Idade

Marcar apenas uma oval.

Entre 20 e 29

Entre 30 e 39

Entre 40 e 49

Entre 50 e 59

Mais de 60

3. Formação Académica

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós graduação
- Mestrado
- Doutoramento

4. Tempo de serviço

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 5 anos
- Entre 6 e 15 anos
- Mais de 16 anos

5. Já teve contacto com alguma criança com PHDA

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Parte II- Problemática da PHDA

6. De acordo com os conhecimentos que possui assinale as respostas que considera mais adequadas sobre a PHDA

Marcar tudo o que for aplicável.

- A PHDA é uma perturbação do Neurodesenvolvimento
- A PHDA manifesta-se tarde
- A PHDA afeta a capacidade da criança ser bem sucedida
- A PHDA está relacionada com a existência de irregularidades no funcionamento e desenvolvimento cerebral
- A PHDA está relacionada com vários fatores biológicos
- A PHDA tem, somente impacto no contexto escolar
- A PHDA apresenta alterações significativas ao nível da hiperatividade, impulsividade e da atenção
- A PHDA é hereditária

7. De acordo com o seu conhecimento sobre a PHDA, quais as características mais evidentes manifestadas por crianças com esta perturbação, assinalando as respostas que considere mais adequadas, de acordo com a escala Sim, Não, Não sei

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não sei
As crianças com PHDA são mais ativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA apresentam mais dificuldade em controlar esta hiperatividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA são preguiçosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA não conseguem respeitar as regras da sala	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA conseguem terminar as tarefas apresentadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA têm dificuldade em permanecer sentadas e quietas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA respondem a perguntas antes do tempo/quando ainda não foram finalizadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA têm dificuldade em manter a atenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA apresentam um défice no desenvolvimento cognitivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA apresentam um maior risco de abandono escolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem comportamentos de risco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA apresentam baixas competências sociais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA têm dificuldade em gerir e expressar as suas emoções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA são imaturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com PHDA seguem as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

instruções para realizar determinada tarefa

As crianças com PHDA são a consequência de falta de regras

Parte III- Perfil e competências do Educador de Infância

8. De acordo com a sua formação e perfil como Educador de Infância (EI), responda de acordo com a escala- Sim; Não; Não sei *

Marcar tudo o que for aplicável.

	Sim	Não	Não sei
Considera as dimensões socio-afetivas essenciais nas suas interações com as crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É da opinião que os afetos e as emoções comunicam-se e transmitem-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considera a dimensão das relações importante na sua interação com as crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O EI deve fomentar a cooperação entre as crianças garantindo que todas se sentem valorizadas e incluídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O EI deve promover a autonomia das crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O EI deve promover o desenvolvimento afetivo, emocional e social do grupo e de cada criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O EI deve ser um exemplo a seguir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O EI deve estar atento a todas as manifestações de comportamentos procurando despistar comportamentos de risco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O EI deve estar desperto para a identificação da sintomatologia presente em diferentes perturbações, nomeadamente a PHDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O EI deve aplicar diferentes estratégias para minimizar o impacto de certas perturbações, nomeadamente a PHDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabe ao Docente de Ensino Especial a aplicabilidade de estratégias de regulação comportamental de crianças com PHDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As competências pessoais do EI são determinantes na identificação e intervenção com crianças com PHDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte IV- Intervenção Precoce e aplicação de diferentes estratégias em contexto pré-escolar

9. Em relação aos diferentes programas de intervenção, de acordo com os seus conhecimentos, assinale as respostas que considere adequadas *

Marcar tudo o que for aplicável.

- A intervenção em PHDA deve assentar num acompanhamento médico e num planeamento educacional
- O uso de certos medicamentos pode ser considerado um aliado num plano de intervenção, sendo uma intervenção primária
- Todas as crianças beneficiam de medicação
- A Intervenção em PHDA deve assentar na modificação de comportamentos e no apoio psicológico
- Os diferentes comportamentos podem ser geridos apenas através da aplicação de estratégias de modificação de comportamentos
- Os programas de modificação de comportamentos não beneficiam as crianças com esta perturbação
- Os programas de modificação de comportamentos assentam num princípio de resposta/consequência numa tentativa de reduzir comportamentos desadequados

10. Relativamente à Intervenção Precoce (IP) com crianças com PHDA em contexto Pré-escolar, assinale as respostas que considere mais pertinentes, demonstrando numa escala de 1 a 5 a sua relevância sendo que, 1 não é relevante e 5 é muito relevante

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
A intervenção precoce é eficaz	<input type="radio"/>				
A intervenção precoce pode contribuir para atenuar e prevenir o surgimento posterior de várias características da PHDA	<input type="radio"/>				
A IP em pré-escolar é dirigida ao aumento de comportamentos positivos na criança	<input type="radio"/>				
A IP é centrada numa abordagem que privilegia o brincar centrado nos interesses da criança com PHDA	<input type="radio"/>				
A IP privilegia a relação segura, empática e responsiva entre Educador-criança com PHDA	<input type="radio"/>				
A IP visa reduzir e extinguir comportamentos desadequados	<input type="radio"/>				
A IP procura estabelecer um plano de recompensas para aumentar comportamentos positivos	<input type="radio"/>				
A IP deve assentar na aplicação do reforço positivo	<input type="radio"/>				
A IP deve promover o uso da comunicação passiva	<input type="radio"/>				
A IP deve procurar estabelecer um ambiente positivo	<input type="radio"/>				
A IP deve implementar o uso de período de pausa	<input type="radio"/>				
A IP deve incentivar a procura de soluções para determinados problemas	<input type="radio"/>				

A IP não deve disciplinar comportamentos de forma imediata ou consistente	<input type="radio"/>				
Outras	<input type="radio"/>				

11. Se respondeu outras, descreva quais

12. De acordo com os seus conhecimentos e com a sua prática diária assinale as estratégias de intervenção que considere mais adequadas para intervir com crianças com PHDA, demonstrando numa escala de 1 a 5 a sua relevância sendo que, 1 não é relevante e 5 é muito relevante *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
Manter uma estrutura e uma rotina bem definida nas salas	<input type="radio"/>				
As rotinas devem ser estabelecidas com base em acontecimentos repetitivos	<input type="radio"/>				
As alterações às rotinas devem ser transmitidas antecipadamente para evitar situações de mais agitação	<input type="radio"/>				
Sentar a criança perto do educador	<input type="radio"/>				
Sentar a criança ao lado de um par competente	<input type="radio"/>				
Sentar a criança num área da sala mais sossegada	<input type="radio"/>				
Permitir tempo extra na concretização das tarefas e atividades	<input type="radio"/>				
Dar instruções claras e concisas sobre as vivências, tarefas e atividades	<input type="radio"/>				
Atribuir uma instrução de cada vez na concretização das tarefas e atividades	<input type="radio"/>				
Procurar envolver a criança na dinâmica da sala	<input type="radio"/>				
Apoiar a apresentação de atividades recorrendo a modelos atrativos e dinâmicos	<input type="radio"/>				
Deve ignorar alguns comportamentos inadequados menos relevantes	<input type="radio"/>				

Deve aumentar o mediatismo das recompensas e das punições	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar períodos de pausa para gerir comportamentos desadequados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manter uma postura próxima da criança em momentos de transição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reagir a um comportamento positivo com elogios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permitir que a criança se levante, quando está sentado durante um período de tempo mais longo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionar pequenas pausas entre tarefas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionar tempo extra para a conclusão de tarefas;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elogiar com frequência comportamentos positivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionar situações que promovam um aumento da auto estima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover situações para que a criança seja valorizada e assuma um papel de liderança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabelecer momentos de partilha a sós com a criança com PHDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionar reforços e elogios frequentes quando são visíveis sinais de frustração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionar situações de auto controlo da agressividade, através do uso de estratégias para se acalmar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorizar as interações sociais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabelecer metas para a promoção de comportamentos sociais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar a criança a assumir um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

comportamento social adequado

Incentivar a realização de tarefas que promovam a aprendizagem cooperativa

Proporcionar treino de competências sociais

Atribuir algumas responsabilidades à criança na presença dos pares

Outras

13. Se respondeu outras, descreva quais

14. Reconhece as estratégias apresentadas anteriormente, como uma mais valia e considera-as adequadas para a sua prática, como Educador de Infância, na regulação de comportamentos em crianças com PHDA? Justifique

Parte V- Formação na área da PHDA

15. Tendo em conta os seus conhecimentos sobre a problemática da PHDA e consequente necessidade de formação, assinale as respostas que considere relevantes

Marcar tudo o que for aplicável.

- A minha formação de base é suficiente para intervir junto de crianças com PHDA
- Necessito de formação especializada na área da PHDA
- Considero que deveria existir, formações de curta duração sobre esta problemática
- Reconhece a importância da formação contínua sobre PHDA para melhor adequar as intervenções dos educadores de infância

Anexo 2

Conhecimentos sobre PHDA		
	Nº	%
A PHDA é uma perturbação do Neurodesenvolvimento	29	65,90%
A PHDA manifesta-se tarde	0	0%
A PHDA afeta a capacidade de a criança ser bem-sucedida	11	25%
A PHDA está relacionada com a existência de irregularidades no funcionamento e desenvolvimento cerebral	18	40,90%
A PHDA está relacionada com vários fatores biológicos	7	15,90%
A PHDA tem, somente impacto no contexto escolar	0	0%
A PHDA apresenta alterações significativas ao nível da hiperatividade, impulsividade e da atenção	41	93,20%
A PHDA é hereditária	7	15,90%

Tabela 1- Conhecimentos sobre a PHDA

Características mais evidentes manifestadas por crianças com PHDA						
	SIM		NÃO		NÃO SEI	
As crianças com PHDA são mais ativas	35	81,4%	6	14,0%	2	4,7%
As crianças com PHDA apresentam mais dificuldade em controlar esta hiperatividade	43	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
As crianças com PHDA são preguiçosas	40	93,0%	0	0,0%	3	7,0%
As crianças com PHDA não conseguem respeitar as regras da sala	16	38,1%	20	47,6%	6	14,3%
As crianças com PHDA conseguem terminar as tarefas apresentadas	28	65,1%	13	30,2%	2	4,7%
As crianças com PHDA têm dificuldade em permanecer sentadas e quietas	43	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
As crianças com PHDA respondem a perguntas antes do tempo/quando ainda não foram finalizadas	24	55,8%	8	18,6%	11	25,6%
As crianças com PHDA têm dificuldade em manter a atenção	41	95,3%	0	0,0%	2	4,7%
As crianças com PHDA apresentam um défice no desenvolvimento cognitivo	9	20,9%	30	69,8%	4	9,3%
As crianças com PHDA apresentam um maior risco de abandono escolar	22	51,2%	9	20,9%	12	27,9%
As crianças com PHDA apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem comportamentos de risco	23	53,5%	8	18,6%	12	27,9%
As crianças com PHDA apresentam baixas competências sociais	15	34,9%	22	51,2%	6	14,0%
As crianças com PHDA têm dificuldade em gerir e expressar as suas emoções	30	69,8%	8	18,6%	5	11,6%
As crianças com PHDA são imaturas	8	18,6%	32	74,4%	3	7,0%

Diferentes programas de intervenção						
As crianças com PHDA seguem as instruções para realizar determinada tarefa	26	60,5%	13	30,2%	4	9,3%
As crianças com PHDA são a consequência de falta de regras	3	7,0%	40	93,0%	0	0,0%

Tabela 2- Características mais evidentes manifestadas por crianças com PHDA

Perfil como Educador de Infância (EI)						
	SIM		NÃO		NÃO SEI	
Considera as dimensões socio-afetivas essenciais nas suas interações com as crianças	43	97,7%	1	2,3%	0	0,0%
É da opinião que os afetos e as emoções comunicam-se e transmitem-se	42	95,5%	1	2,3%	1	2,3%
Considera a dimensão das relações importante na sua interação com as crianças	43	97,8%	0	0,0%	1	2,2%
O EI deve fomentar a cooperação entre as crianças garantindo que todas se sentem valorizadas e incluídas	44	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
O EI deve promover a autonomia das crianças	44	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
O EI deve promover o desenvolvimento afetivo, emocional e social do grupo e de cada criança	44	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
O EI deve ser um exemplo a seguir	41	93,2%	1	2,3%	2	4,5%
O EI deve estar atento a todas as manifestações de comportamentos procurando despistar comportamentos de risco	44	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
O EI deve estar desperto para a identificação da sintomatologia presente em diferentes perturbações, nomeadamente a PHDA	43	97,7%	1	2,3%	0	0,0%
O EI deve aplicar diferentes estratégias para minimizar o impacto de certas perturbações, nomeadamente a PHDA	43	97,7%	1	2,3%	0	0,0%
Cabe ao Docente de Ensino Especial a aplicabilidade de estratégias de regulação comportamental de crianças com PHDA	25	54,3%	19	41,3%	2	4,3%
As competências pessoais do EI são determinantes na identificação e intervenção com crianças com PHDA	32	72,7%	9	20,5%	3	6,8%

Tabela 3- Perfil como Educador de Infância

**Tab
ela
4-
Dife
rent
es
pro**

A intervenção em PHDA deve assentar num acompanhamento médico e num planeamento educacional	36	81,8%
O uso de certos medicamentos pode ser considerado um aliado num plano de intervenção, sendo uma intervenção primária	18	40,9%
Todas as crianças beneficiam de medicação	1	2,3%
A Intervenção em PHDA deve assentar na modificação de comportamentos e no apoio psicológico	28	63,6%
Os diferentes comportamentos podem ser geridos apenas através da aplicação de estratégias de modificação de comportamentos	23	52,3%
Os programas de modificação de comportamentos não beneficiam as crianças com esta perturbação	4	9,1%
Os programas de modificação de comportamentos assentam num princípio de resposta/consequência numa tentativa de reduzir comportamentos desadequados	26	59,1%

gramas de intervenção

Anexo 3

Tabela de resposta- Reconhece as estratégias apresentadas anteriormente, como uma mais valia e considera-as adequadas para a sua prática, como Educador de Infância, na regulação de comportamentos em crianças com PHDA? Justifique

Reconhece as estratégias como uma mais valia	
Sim	
Sim	
Sim	
Sim	<p>permitem uma maior inclusão da criança no grupo e atingir o máximo das suas potencialidades;</p> <p>Só uma verdadeira inclusão pode permitir a segurança e confiança necessárias para a regulação de comportamentos</p>
Sim	Apoia na prática pedagógica;
Sim	<p>Muitas das estratégias são para crianças com PHDA e para as restantes... adequar as práticas à criança com ou sem PHDA é essencial... Não devem ser tábua rasa para todas</p> <p>São estratégias para as crianças na sua generalidade. Todas bastante adequadas</p> <p>Muitas delas são aplicadas diariamente em sala ao longo dos 3 anos de convívio com criança com PEA e PHDA</p>
Sim	Esta problemática relacionada com a PHDA é uma realidade presente nas nossas escolas, nas nossas salas, e nós temos o dever de proporcionar às crianças diferentes estratégias de intervenção para que consigam ultrapassar certas dificuldades relacionadas com a regulação dos seus comportamentos
Sim	Mas é necessário ter formação para melhor adequar as estratégias
Sim	pois todas elas visam o desenvolvimento pleno da criança

Sim	Considero que as estratégias apresentadas visam o bem-estar, a integração e capacitação da criança, dando-lhe ferramentas para que consiga ultrapassar as suas dificuldades.
Sim	Considero as estratégias apresentadas uma mais valia para a prática pedagógica e muitíssimo adequadas a prática profissional do educador, tanto na adaptação da rotina, da sala, como do comportamento dos adultos responsáveis. Tendo em conta que a PHDA é uma perturbação que acompanhará a criança para o resto da vida, é essencial que o educador inicie tais estratégias o mais precocemente possível e que as mesmas tenham continuidade nos anos e ciclos seguintes
Sim	Como qualquer criança é imperativo respeitar os tempos de cada um
Sim	São importantes para a regulação de comportamentos de uma forma mais assertiva
Sim	Estas estratégias permitem minimizar as dificuldades das crianças com PHDA e melhorar as suas potencialidades
Sim	Quanto mais afetividade, conhecimento e controlo mais resultados serão alcançados
Sim	pois muitas delas são fundamentais para trabalhar e conviver com crianças com PHDA
Sim	Reconheço a mais valia do uso de estratégias já referidas e outras menos gerais, mais direcionadas e relacionadas com a criança em si. Por vezes, são ações que definimos no momento e que dependem da situação.
Sim	A ação do adulto deve ser centrada na criança, dando-lhe espaço para a realização de tarefas o mais autónoma possível, com reforço positivo e que lhe mostre que ela é capaz. Capacitar a criança é acreditar nela. E o adulto deverá ser o seu "andaime".