



**Escola Superior de
Educação do
Instituto Politécnico
do Porto**

Curso de Formação Especializada
em Educação Especial

**Mário Rui Domingues
Ferreira da Cruz**

**A inclusão do aprendente com distúrbio de
hiperactividade e défice de atenção: um estudo de caso**



Escola Superior de Curso de Formação Especializada
Educação do em Educação Especial
Instituto Politécnico
do Porto

Mário Rui Domingues
Ferreira da Cruz

A inclusão do aprendente com distúrbio de
hiperactividade e défice de atenção: um estudo de caso

Projecto apresentado na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção da especialização em Educação Especial, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Miguel Santos.

agradecimentos

A realização deste projecto não teria sido possível sem a colaboração de algumas pessoas e instituições, às quais quero expressar os meus agradecimentos:

Ao Professor Doutor Miguel Santos pelo apoio e disponibilidade na orientação científica;

Aos alunos e professores que colaboraram com a minha pesquisa e sem os quais a realização deste projecto não teria sido possível;

A todos os meus familiares e amigos que me apoiaram e incentivaram durante toda a realização deste trabalho, em particular aos meus pais pelo seu incansável apoio.

palavras-chave

Hiperactividade; Défice de Atenção; Escola Inclusiva; Necessidades Educativas Especiais

resumo

Os alunos com Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção (DHDA) revelam um comportamento imprevisível e inconstante, resultante da inibição de impulsos. A par deste tipo de comportamento, demonstram uma enorme imaturidade para a idade, no que se refere a relações sociais na escola, em casa e em diferentes contextos da comunidade de que fazem parte (Garcia, 2001).

Esta investigação tem como objectivo principal analisar quais as representações que professores do 3º Ciclo do Ensino Básico dum turma com um aluno diagnosticado com DHDA têm relativamente: a) ao perfil comportamental do mesmo; b) às estratégias que usam no processo de ensino-aprendizagem.

Utilizando questionários como instrumentos de recolha de dados, procurámos realizar uma análise estatística descritiva de forma a inventariar quais das estratégias assinaladas pelos docentes são promotoras inclusão escolar do aluno com DHDA.

keywords

Hiperactivity; Attention Disorder; Inclusive School; Special Educational Needs

abstract

Pupils with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) reveal an unpredictable and inconstant behaviour, due to the impulses inhibition. At the same time, they show a enormous immaturity in interpersonal relations at school, at home and in different contexts of the community to which they belong (Garcia, 2001).

The main aim of this investigation is to analyse which representations teachers of a pupil diagnosed with ADHA at a secondary school have in relation to: a) the behavior profile of the pupil; b) the strategies which they use in the teaching-learning process.

By using questionnaires as data-collection instruments, we tried to undertake a statistical and descriptive analysis in order to perceive which of the strategies teachers use promote the inclusion of the pupil with DHDA at school.

Índice

Parte 1 – A criança hiperactiva: análise do seu funcionamento, avaliação diferenciada e intervenção com vista à inclusão escolar	7
1. Distúrbio hiperactivo de défice de atenção: definição do conceito	7
1.1. Características da hiperactividade	10
1.2. Crianças com DHDA.....	12
1.3. O comportamento de crianças com DHDA.....	15
2. Origem do DHDA e diagnóstico diferencial.....	17
2.1. Causas do DHDA.....	17
2.2. O diagnóstico do DHDA.....	19
3. Inclusão de crianças hiperactivas no contexto escolar	20
3.1. Integração e Inclusão: análise dos conceitos.....	20
3.2. Breve perspectiva histórica da inclusão	21
3.3. A (verdadeira) escola inclusiva	23
3.4. Diversidade e insucesso escolar	27
3.5. Intervenção e tratamento de crianças com DHDA	29
3.6. A intervenção dos professores relativamente a alunos com DHDA.....	32
Parte 2 – Uma criança com distúrbio hiperactivo de défice de atenção: um estudo de caso	35
1. Desenho do estudo.....	35
1.1. Questões e objectivos do estudo	35
1.2. Opção metodológica e instrumentos de recolha.....	36
1.3. Participantes	36
2. Análise e discussão.....	37
2.1. Dados de caracterização da amostra	37
2.2. Representações relativas ao perfil do aluno com DHDA	39
2.3. Estratégias do processo de ensino-aprendizagem	43
Conclusões.....	51
Bibliografia.....	53
Anexo	58

Parte 1 – A criança hiperactiva: análise do seu funcionamento, avaliação diferenciada e intervenção com vista à inclusão escolar

1. Distúrbio hiperactivo de défice de atenção: definição do conceito

O conceito de hiperactividade suscita inúmeras discussões e controvérsias, mesmo entre membros da comunidade científica. De facto, para Shaywitz e Shaywitz (1992), o DHDA é um dos distúrbios mais estudados mas também aquele que mais controvérsia causa.

De forma a percebermos melhor o conceito, convém que analisemos o conceito ao longo da história. De acordo com Lopes (2004), a compreensão das dificuldades de definição, conceptualização, avaliação e intervenção sobre o DHDA implica o conhecimento da história deste tipo de distúrbio.

O DHDA não é uma perturbação dos tempos modernos, pois o primeiro relato dum diagnóstico dum criança com sintomas semelhantes aos do DHDA data de há cem anos atrás (Still, 1902). Precisamente em 1902, Still (1902) descreveu um conjunto de crianças que apresentavam um excesso de actividade motora e um escasso controlo dos impulsos, defendendo que a doença tinha uma origem orgânica e identificando, segundo o seu entendimento, características físicas que eram comuns às crianças hiperactivas: cabeça demasiado grande, deformações no palato e vulnerabilidade a infecções, relacionando-as com a elevada incidência de alcoolismo, distúrbios afectivos ou mesmo comportamentos delinquentes das famílias destas crianças. Para algumas destas crianças estes problemas apresentavam-se como crónicos, aumentando o risco de desenvolvimento de comportamentos anti-sociais, como a desonestidade, a crueldade, a desobediência sistemática e problemas de aprendizagem em contexto escolar.

É ainda no século XIX que surge o termo instabilidade que é associado a sintomas de perturbações mentais de natureza grave, como as psicopatias, as psicoses e as esquizofrenias. No entanto, a avaliação das crianças com este tipo de perturbações era feita a partir da psicopatologia do aluno, resultando num processo algo redutor. As descrições de pacientes com este tipo de perturbações centravam-se em aspectos morais e afectivos, como as mudanças de humor, as dificuldades na interiorização de normas de conduta e morais e a sua acentuada desinibição motora.

Na primeira metade do século XX, surgem diferentes concepções sobre hiperactividade, passando-se a considerar que esta perturbação não tem relação com

incapacidade mental. Na verdade, em vários países anglo-saxónicos, o DHDA era considerada com um sintoma duma possível lesão cerebral e tinha a designação de “Hiperquinésia”. Curiosamente, também em França se associava o conceito de “Instabilidade Psicomotora” a possíveis lesões cerebrais.

Nos anos 40, com Strauss e Lehtinen (1947), surgiu o conceito de “Síndrome de Lesão Cerebral Mínima”, que foi posteriormente desenvolvido por Pasamanick e Knobloch (1966) nos anos 60. Segundo Clements (1966), esta noção deriva: a) dos trabalhos de Strauss e colaboradores (Strauss e Lehtinen, 1947) sobre síndromes comportamentais de deficientes mentais ligeiros, os quais seriam devidos a lesões cerebrais; b) dos estudos de Pasamanick (Pasamanick e Knobloch, 1966), que relacionavam um "continuum de morbilidade reprodutiva" com o comportamento hiperactivo; c) e, sobretudo, com a descoberta de Bradley (1937) relativa aos efeitos terapêuticos das anfetaminas no tratamento dos problemas comportamentais.

Mais ainda, este conceito associava os problemas de comportamento a desvios funcionais no sistema nervoso central, considerando-se que o comportamento agitado das crianças com DHDA era causado por lesões funcionais no sistema nervoso central.

No entanto, como consequência da II Grande Guerra, surgem variados casos de “Instabilidade”, que não eram consequência de qualquer tipo de lesão orgânica. A partir deste momento, começa-se a tentar estudar uma distinção entre aspectos psicológicos, orgânicos e sócio-familiares.

Nos anos 60, dá-se um estudo mais aprofundado das características do DHDA, tendo em conta os níveis cognitivo, motor, social e emocional. Chess (1960) referiu-se ao excesso de actividade como um sintoma fulcral da doença, retirando aos pais a culpabilidade dos problemas dos filhos e delimitando os conceitos de “Síndrome de Hiperactividade” e “ Síndrome de Lesão Cerebral” (cf. Barkley, 1990). Para Chess (1960:2379), a criança hiperactiva é "(...) one who carries out activities at a higher than normal rate of speed than the average child, or who is constantly in motion, or both". A contribuição de Chess (1960) é reafirmada no DSM-II¹ (APA, 1968), que cria uma categoria diagnóstica denominada de "Distúrbio Hiperactivo da Infância".

Na década de 70, dá-se um aprofundamento do estudo do conceito, no que se refere a questões etiológicas e descritivas, nos Estados Unidos da América, França e Inglaterra. O DHDA passa a ser considerado como entidade clínica. A discussão entre os três países é acentuada, quanto à metodologia de intervenção e epidemiologia.

¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

Por sua vez, de acordo com Lopes (2004), a hiperactividade deixa de ser o factor considerado essencial do distúrbio durante a década de 70, pois inúmeras investigações passam a referir-se à importância do défice de atenção e impulsividade. Segundo Douglas (1972), os sintomas do Déficit de Atenção (DDA) derivariam fundamentalmente de 4 défices, nomeadamente: a) défices de investimento, organização, e manutenção da atenção e do esforço; b) incapacidade de inibição de respostas impulsivas; c) incapacidade de modulação de níveis de alerta para responder às exigências das situações; d) uma tendência invulgarmente forte para a obtenção de recompensas imediatas.

O DSM-III (APA, 1980) apresenta novos critérios de diagnóstico, com base nas investigações realizadas em anos anteriores, passando a assumir-se a designação “Distúrbio Hiperactivo e de Déficit de Atenção” e conferindo, ao mesmo tempo, um importante papel ao défice de atenção, impulsividade e hiperactividade. Os sintomas são apresentados numa lista detalhada de verificação de comportamentos. São criadas sub-categorias de DDA: DDA com Hiperactividade; DDA sem Hiperactividade; DDA residual, que constitui um sub-tipo de contornos pouco definidos. Duma forma geral, os anos 80 são caracterizados por um esforço na especificação dos critérios diagnósticos do distúrbio, no estabelecimento de linhas orientadoras para realização de diagnósticos diferenciais fiáveis e, ao mesmo tempo, por uma progressiva contestação da ideia de que os “défices de atenção” constituem a vertente no diagnóstico do distúrbio. No entanto, continuamos a verificar que existe uma falta de consenso quanto à terminologia que se usa para definir a criança hiperactiva, pois conceitos como “conduta hiperactiva, síndrome hipercinética, perturbação por défice de atenção, etc., se empregam indistintamente para designar e descrever crianças hiperactivas” (Garcia, 2001).

A década de 90 foi marcada por uma forte investigação. O DSM-IV (APA, 1994) divide os sintomas de uma forma diferente dos anteriores, agrupando os sintomas de “hiperactividade - impulsividade” e “atenção”. O DSM-IV mostra a importância do despiste realizado em ambientes estruturados, como na sala de aula. Sendo assim, embora se mantenha a ideia de que a desatenção, a impulsividade e os níveis excessivos de actividade constituem os traços constitutivos do problema, acredita-se, no entanto, que eles deverão ser observados por períodos mais ou menos prolongados nos contextos em que mais frequentemente ocorrem, pelo que os professores são considerados observadores particularmente importantes das manifestações de DHDA (cf. Vaessen, 1991).

Segundo Barkley (1990), os critérios que se consideram imprescindíveis para que a existência do DHDA seja admitida por todos os investigadores e especialistas são os que se seguem: a) concordância entre os sinais característicos; b) persistência destes sinais através do tempo e em situações ambientais diferentes; c) etiologia comum da perturbação nas diferentes crianças diagnosticadas com DHDA; d) resposta precisa e definida por parte das crianças hiperactivas quanto ao tratamento farmacológico; e) prognóstico diferencial, relativamente a outros tipos de perturbações.

Embora não elimine a ambiguidade nas diferentes acepções do conceito, consideramos que este contributo de Barkley (1990) é um passo importante para um diagnóstico mais fácil e preciso. Analisemos agora quais são as características do DHDA.

1.1. Características da hiperactividade

De acordo com Silver (1990), a importância do DHDA tem sido reconhecida no campo da educação. Importa então tentar percebê-la e descrevê-la no que se refere às suas características. Muitos investigadores consideram que a hiperactividade é um conjunto de manifestações comportamentais anómalas, assumindo-se que uma criança hiperactiva é aquela que não consegue estar atenta, quieta, que apresenta problemas de concentração, etc.

O conceito actual de DHDA reconhecido pela comunidade científica é aquele referido pelo DSM-IV. De acordo com este manual, a característica essencial deste tipo de perturbação é uma persistência de desatenção, hiperactividade e/ ou impulsividade, mais grave e mais frequente que a observada em sujeitos com um desenvolvimento idêntico.

Normalmente, os comportamentos das crianças que apresentam DHDA são caracterizados como: agitação, irrequietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc. (cf. Silver, 1990).

De acordo com Barkley (1990:47), o DHDA

"is a developmental disorder characterized by developmentally inappropriate degrees of attention, overactivity, and impulsivity. (...) These difficulties are typically associated with deficits in rule-governed behavior and in maintaining a consistent pattern of work performance over time".

Para Barkley (idem), trata-se duma definição que assenta em três "dimensões" ou "características" que são consideradas como traços fundamentais deste tipo de

distúrbio. Assim, as crianças com DHDA são normalmente apresentadas como portadoras de dificuldades crónicas de atenção, hiperactividade e/ ou impulsividade (Barkley, 1990).

É caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas frequentes e que têm por base uma incapacidade de auto-controlo, ou seja, manifesta-se na dificuldade em manter a atenção focalizada por um longo período de tempo. Para muitos investigadores o maior problema reside no factor controlo. Falardeau (1999:21) refere que

“a primeira característica da hiperactividade (...) consiste na dificuldade sentida pela criança em controlar a sua atenção na altura em que tem uma tarefa a desempenhar e, portanto, a manter-se atenta quando a situação o exige. Sobretudo, parece incapaz de se concentrar o tempo suficiente quando a tarefa é um pouco longa, especialmente quando é monótona.

De acordo com este autor, temos as seguintes características de hiperactividade:



Esquema 1: Características da hiperactividade de acordo com Falardeau (1999)

O indivíduo não consegue controlar que estímulos externos ou internos desviem a sua actuação, pela impulsividade e/ ou hiperactividade, podendo estas características aparecer isoladas ou em conjunto, constituindo-se como uma constante na vida do indivíduo.

Isto verifica-se, sobretudo, no contexto escolar, sendo a grande variabilidade do rendimento escolar “a característica provavelmente mais surpreendente para os educadores destas crianças (...)”, influenciando de forma desfavorável os professores que muito facilmente os avaliam como preguiçosos (Falardeau, 1999).

Para Garcia (2001:2), a hiperactividade é entendida por alguns especialistas do foro médico como uma síndrome que tem, provavelmente, uma origem biológica ligada a alterações do cérebro, causadas por factores hereditários ou resultantes duma lesão.

No entanto, acrescenta que há investigadores do foro pedagógico-didático que referem que o DHDA está relacionado com “deficiências perceptivas e dificuldades de aprendizagem” (idem).

De facto, como podemos constatar, são assumidas diferentes posturas perante o entendimento do DHDA, levando-nos a concluir que existem três leituras diferentes: a do médico, a do professor e a do psicólogo. Ao mesmo tempo, nem todos os sintomas considerados característicos do DHDA estão presentes de forma permanente e em todos os casos de crianças diagnosticadas, o que acaba por agravar ainda mais a classificação descritiva dos sintomas associados. De acordo com Garcia (2001), os sintomas primários e associados são os que se seguem:

Sintomas Primários	Sintomas Associados
<ul style="list-style-type: none">• Actividade motora em excesso• Défice de atenção• Impulsividade	<ul style="list-style-type: none">• Alterações emocionais• Distúrbios de conduta• Dificuldades de aprendizagem• Problemas de relacionamento social

Tabela 1: Sintomas primários e associados do DHDA de acordo com Garcia (2001)

Especialistas têm desenvolvido estratégias e mecanismos de forma a perceber o que estará na origem deste distúrbio, embora não tenham sido encontradas respostas concretas. Segundo Garcia (2001:27), “entre as possíveis causas investigadas realçam-se factores biológicos, atraso de maturação, factores pré e perinatais, influências genéticas e outras variáveis próprias do ambiente da criança.” De facto, este distúrbio resulta de múltiplos factores que concorrem entre si, nomeadamente: factores neurológicos, factores pré-natais, factores genéticos, factores peri-natais, factores ambientais e factores psicológicos.

Falardeau (1999:36) acrescenta que “em mais de 95 por cento dos casos a hiperactividade é hereditária. (...) Desta forma os descendentes de uma pessoa hiperactiva estão mais expostos que os outros a este problema. Os estudos estatísticos mostraram que 35 por cento dos pais e 17 por cento das mães das crianças hiperactivas também são hiperactivos.”

1.2. Crianças com DHDA

Como já vimos anteriormente, as crianças com DHDA apresentam, normalmente, níveis elevados de desatenção quando comparadas com crianças da mesma idade.

No entanto, como é referido por Hale e Lewis (1979), devemos ter em conta que a atenção é um conceito multidimensional e que se pode referir a problemas relacionados com a activação, a selecção e/ ou a manutenção da atenção ou ainda com o nível de apreensão, etc.

Para Cohen e Minde (1983), “existem diferenças nos comportamentos das crianças que são permanentemente hiperactivas, em comparação com os que o são em situações específicas. As primeiras caracterizam-se por serem impulsivas e solitárias e por demonstrarem mais condutas disruptivas do que as últimas, que têm uma hiperactividade associada a situações concretas”. De facto, o DHDA apresenta manifestações diferentes consoantes a idade, como podemos verificar pelo quadro que se segue:

0-2 anos	2-3 anos	4-5 anos	A partir dos 6 anos
Descargas mioclónicas durante o sono	Imaturidade da linguagem expressiva	Problemas de adaptação social	Impulsividade
Problemas no ritmo do sono e durante a alimentação	Actividade motora excessiva	Desobediência social	Défice de atenção
Períodos curtos de sono e despertar sobressaltado	Escassa consciência de perigo	Dificuldades em seguir normas de conduta ou regras	Insucesso escolar
Resistência aos cuidados habituais	Propensão para sofrer numerosos acidentes		Comportamentos anti-sociais
Reactividade elevada aos estímulos auditivos			Problemas de adaptação social
Irritabilidade			

Tabela 2: Indicadores de hiperactividade em momentos evolutivos distintos, de acordo com Gutiérrez-Moyano e Becoña (1989)

Segundo Parry e Douglas (1983), os problemas de atenção acentuam-se em actividades em que se exige uma atenção mais prolongada e sobretudo em tarefas de foro menos lúdico, ou seja, actividades mais repetitivas (cf. Milich, Loney e Landau, 1982; Zentall, 1985). Nos dias que correm é consensual que o processo de ensino-aprendizagem coloca exigências acrescidas a estas crianças, não só pelas competências académicas que deverão mostrar, mas também pelas competências sociais de que se espera que qualquer aluno demonstre.

Frequentemente somos confrontados com situações que nos criam um processo de endividamento, em que nos colocamos as seguintes questões: que se passa com

esta criança que não pára quieta? Por que é que se recusa a permanecer quieta no lugar? Qual a razão da sua agressividade para com os seus pares?

Há, no entanto, muitos casos em que o facto de haver uma certa indisciplina ou actividade em demasia associada a uma dada criança não significa que estejamos perante uma criança com DHDA. Como é referido por Garcia (2001:4), “muitas das suas condutas (tais como comportamentos desafiantes, a violação das normas estabelecidas, etc.) também se observam em crianças não hiperactivas que apresentam perturbações do comportamento.

Torna-se, pois, imperativo realizar um trabalho que envolva diferentes entidades, nomeadamente: pais, médicos, psicólogos, docentes, etc., para que melhor se avalie o que de facto se passa como uma dada criança. As escalas de Conners são uma das formas mais conhecidas de avaliação. Tendo em conta pais e professores, estas são compostas por dois questionários: um mais destinado a docentes, ou seja, “Questionário de Conduta Escolar”; outro mais destinado a pais, com a designação “Questionário de Conduta Infantil”. Existem quatro opções de resposta, tendo-se que seleccionar aquela que melhor se adapta ao nível de gravidade dum dado problema. Vejamos um exemplo dum questionário deste tipo:

É inquieto; não pára de se mexer.	Nada	Pouco	Muito	Bastante
É excitável e impulsivo.	Nada	Pouco	Muito	Bastante
Incomoda as outras crianças.	Nada	Pouco	Muito	Bastante
Tem dificuldade em terminar o que começa e custa-lhe focar a atenção.	Nada	Pouco	Muito	Bastante
Fica nervosa com facilidade.	Nada	Pouco	Muito	Bastante
Distrai-se com facilidade.	Nada	Pouco	Muito	Bastante
Grita com frequência.	Nada	Pouco	Muito	Bastante
Tem variações de humor rápidas e frequentes.	Nada	Pouco	Muito	Bastante
Tem reacções de cólera e a sua conduta é explosiva e imprevisível.	Nada	Pouco	Muito	Bastante

Tabela 3: Questionário de Conduta Infantil, destinado a pais e professores, de Conners (cf. Barbosa e Gouveia, 1993)

As finalidades destes questionários são: por um lado, pretende-se que os professores avaliem o comportamento escolar da criança, tendo em conta a sua função dentro do grupo mais alargado e a reacção a uma autoridade a que está inevitavelmente sujeita; por outro lado, é necessário que os pais analisem o comportamento que a criança tem em casa, considerando problemas no sono ou no controlo dos esfíncteres, por exemplo.

Para além dos questionários que acima referimos, não podemos deixar de nos referir ao “Questionário de Hiperactividade” (*Werry-Weiss-Peters Activity Scale*) de Werry (1968), pois trata-se duma prova muito valorizada pelos especialistas, pois permite

analisar o funcionamento da criança nas actividades diárias (durante as refeições, nos jogos, etc.), facilitando a concepção de programas de intervenção específicos.

1.3. O comportamento de crianças com DHDA

As crianças com DHDA revelam um comportamento imprevisível e inapropriado, resultante da inibição de impulsos. A par deste tipo de comportamento, demonstram uma enorme imaturidade para a idade, no que se refere a relações sociais na escola, em casa e em diferentes contextos da comunidade de que faz parte.

De acordo com Garcia (2001), a criança com DHDA exhibe com frequência os seguintes comportamentos: a) não presta atenção suficiente aos pormenores e/ ou comete erros nas tarefas escolares; b) apresenta dificuldade em manter a atenção nas diferentes actividades; c) parece não ouvir quando lhe dirigem directamente a palavra; d) não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares; e) tem dificuldade em se organizar nas tarefas escolares; f) é relutante em envolver-se em tarefas que exijam um esforço contínuo; g) distrai-se facilmente com estímulos considerados irrelevantes; h) movimenta-se excessivamente e levanta-se com frequência sem razão aparente e quando é suposto que esteja sentada; i) levanta-se em situações em que se espera que esteja sentada; j) tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer; k) fala de forma excessiva; l) interrompe ou interfere negativamente nas actividades dos outros.

Este último sintoma é o que permanece mais constante ao longo do tempo e tem claras repercussões negativas em situações académicas ou mesmo laborais e sociais. Neste sentido, como sabemos, começa-se desde muito cedo a exigir que as crianças consigam permanecer centradas numa tarefa. Isto acontece por exemplo desde o 1º Ciclo do Ensino Básico, em que as crianças com este tipo de distúrbio apresentam dificuldades em o suportar.

De facto, verifica-se que as crianças com DHDA são menos capazes de manter o mesmo grau de compromisso face às tarefas propostas, não conseguindo prestar atenção suficiente aos detalhes e perdendo a concentração nas tarefas de rotina. Para além disto, não conseguem cumprir as instruções e regras estabelecidas, a não ser que estas lhes sejam constantemente lembradas. No entanto, em termos escolares, esta situação leva a sentimentos de rejeição e isolamento por não conseguirem adaptar-se ao padrão organizativo do processo de ensino-aprendizagem.

De acordo com Wells (2000), a grande maioria das crianças com DHDA tem problemas significativos ao nível do comportamento e do rendimento escolar, conduzindo a elevadas taxas de insucesso académico e mesmo abandono escolar. Neste sentido, é normal obterem resultados fracos na escola mesmo quando não existem perturbações de aprendizagem.

O facto de estas crianças não conseguirem respeitar as normas e regras estabelecidas, de se intrometerem constantemente nos jogos ou actividades inapropriadamente, de revelarem agressividade em situações de pouca importância, entre outros, faz com os seus pares rejeitem a sua presença (cf. DuPaul e Stoner, 1994). Se esta se tornar prolongada pode ter uma grave influência na criança quanto ao seu lugar no mundo, afectando inevitavelmente o seu rendimento escolar e, concomitantemente, o seu desenvolvimento social. Segundo Pelham e Bender (1982), estima-se que cerca de 50% das crianças passam por dificuldades significativas e de longa duração no que se refere a relacionamento com os pares.

Outro dos problemas da criança com DHDA é que a sua actividade constante é canalizada para tarefas e objectivos diferentes daqueles preferidos pelos professores, o que provoca numerosas interacções conflituosas que terminam quase sempre num certo feedback negativo (cf. Wells, 2000). Também se manifestam perante exigências demasiado rígidas dos pais e professores e na realização de tarefas aborrecidas ou com recompensas escassas. As suas condutas são mais adequadas se se encontram num ambiente calmo e se recebem uma atenção mais individualizada.

As crianças que são impulsivas revelam um estilo de conduta demasiado rápida, precipitada e que se operacionaliza como: uma rapidez excessiva no processamento da informação; um fracasso na capacidade de resposta mais fundamentada; e, ainda, uma inibição dos mecanismos apropriados para o término das tarefas propostas. São alunos impacientes que não conseguem esperar ou respeitar a sua vez, interrompendo constantemente os outros (cf. Silva, 2003). A sua falta de auto-controlo pode mesmo provocar o incumprimento do regulamento interno da escola, acarretando-lhes muitos castigos e uma acentuada tensão familiar.

Por sua vez, como vimos anteriormente, no contexto familiar, as interacções entre pais e crianças com esta perturbação são muitas vezes conflituosas e caracterizadas por distúrbios, sendo a vida familiar pautada por uma certa desarmonia. Normalmente, estas crianças são menos obedientes às ordens dos pais, atendendo a ordens por períodos de tempo mais curtos, sendo menos provável que se concentrem na tarefa e demonstrem mais comportamentos negativos do que as crianças da sua idade.

Isto origina um padrão de resposta reactivo-negativo, fazendo com que os pais das crianças com DHDA demonstrem: comportamentos mais directivos e autoritários; mais desaprovação; menos recompensas contingentes com os comportamentos pró-sociais; e, concomitantemente, comportamentos mais negativos do que os pais de crianças sem este tipo de distúrbio.

De facto, as crianças com DHDA e os seus pais mostram também elevados níveis de interacções negativas, conflitos e zangas e, conseqüentemente, menos comportamentos positivos e facilitadores para com os outros. Neste sentido, a vida familiar caracteriza-se por um maior nível de *stress* parental e um menor nível no sentimento de auto-competência parental. Ao mesmo tempo, poderá existir um maior consumo de álcool por parte dos pais, taxas mais elevadas de depressão materna e de conflito conjugal, separação ou mesmo divórcio (cf. Silva, 2003).

No que se refere à interacção com os pares, como já vimos, há também défices neste domínio causados pelo DHDA, uma vez que estas crianças são muito rejeitadas por outras crianças. Na verdade, são os comportamentos de não-cooperação, de agressividade e socialmente prejudiciais associados a este distúrbio que levam à rejeição destas por parte dos seus pares. De acordo com Wells (2000), esta rejeição ocorre muito rapidamente e mantém-se estável ao longo do tempo, mesmo após melhorias no comportamento. Alguma da rejeição dos pares pode ser atribuída à agressividade das crianças, mas mesmo as crianças com DHDA que não são agressivas são normalmente mais rejeitadas do que as crianças sem este tipo de distúrbio.

2. Origem do DHDA e diagnóstico diferencial

Ao longo da nossa vida profissional, contactámos com crianças com DHDA e, como tal, sentimos necessidade de estudar, inventariar e analisar quais são os mecanismos que não operam e que dão azo a este tipo de distúrbio. Neste sentido, acabámos por analisar alguma literatura mais ligada ao foro psicomédico, de forma a tentar responder a uma questão que frequentemente nos é colocada: será o DHDA uma doença?

2.1. Causas do DHDA

De acordo com Branco e Fernandes (2004:1-2),

“a estrutura cerebral das crianças com PHDA² é normal, mas não o seu funcionamento. As crianças com PHDA não produzem substâncias químicas suficientes em áreas chave do cérebro que são responsáveis pela organização do pensamento. Sem estas substâncias, os centros responsáveis pela organização do cérebro não funcionam correctamente. São estas alterações que provocam os sintomas de PHDA”.

Tendo em conta que há uma certa falta de substância químicas responsáveis pelo correcto funcionamento do cérebro, há que levar a cabo tratamentos farmacológicos, cuja aplicação não é muitas das vezes fácil, devido a contra-indicações e efeitos secundários.

De acordo com Fernandes (2004), é aconselhável que seja administrada a seguinte terapêutica farmacológica, tendo em conta cada caso: a) estimulantes do SNC, como Metilfenidato, Dextroanfetamina, Pemolina, etc.; b) anti-depressivos tricíclicos, como a Imipramina, a Desipramina, a Nortiptilina, etc.; c) antagonistas α -adrenérgicos (Clonidina, Guanfacina, etc.); d) inibidores específicos de noradrenalina, como a Atomoxetina.

Segundo o mesmo autor, o metilfenidato, comunamente conhecido como Ritalina, é tido como fundamental no tratamento de crianças com DHDA, tendo como efeitos: um aumento da atenção; uma diminuição da hiperactividade; uma diminuição da impulsividade; uma melhoria da adesão às actividades; uma melhoria da interacção social; uma melhoria nos resultados académicos.

Para Falardeau (1999:36),

“os hiperactivos são vítimas de uma disfunção desses transmissores neurais, especialmente de um deles, a dopamina. Com efeito, a dopamina estaria deficiente, o que conduziria a (...) uma diminuição da actividade na zona do cérebro afectada (...). Esse afrouxamento cerebral está na origem dos sintomas (...) associados ao controlo do comportamento: controlo da atenção, controlo da impulsividade, controlo da actividade motriz, controlo da obediência às regras e controlo do rendimento no trabalho”.

Concluimos, assim, que a carência de dopamina resulta numa impossibilidade de controlo em diferentes contextos.

Tendo em conta que há uma dada resistência à medicação por parte dos alunos e pais, é importante que o professor reconheça os benefícios da sua administração para melhorar colaborar com a equipa médica no aconselhamento a Encarregados de Educação.

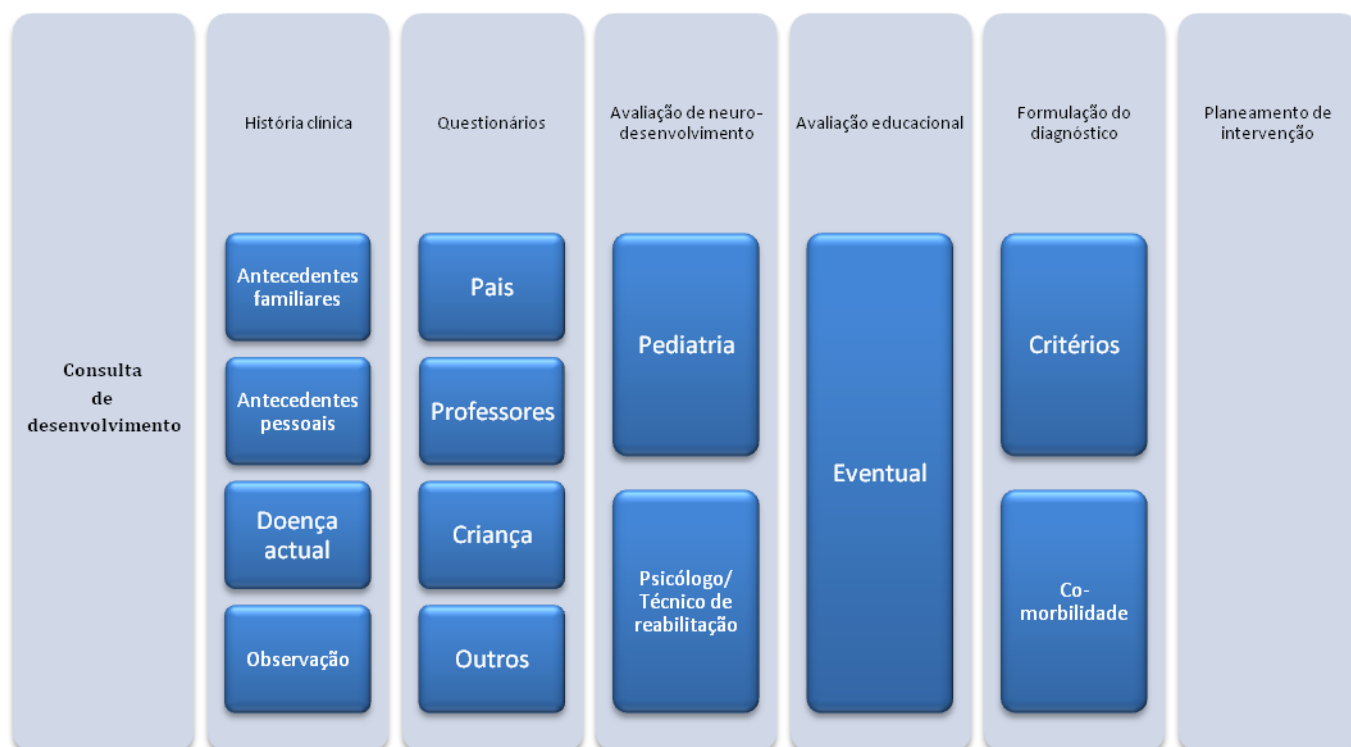
² Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção

Também segundo Fernandes (2004), o DHDA é uma perturbação de origem neurobiológica que se caracteriza por: um estado de excessiva actividade motora, desatenção e impulsividade.

Concluindo, não podemos deixar de referir de que o DHDA é, de facto, uma doença, que tem tendência a melhorar com o tempo e implica uma aprendizagem constante de quem lhe é diagnosticada, no que se refere a lidar consigo próprio. Durante a adolescência este distúrbio tende a abrandar, embora existam adultos que continuam a sofrer do mesmo.

2.2. O diagnóstico do DHDA

No diagnóstico avaliativo do DHDA, participam pais, professores, a própria criança, médicos e psicólogos. Neste processo tem-se em conta diversos aspectos. Analisemos o quadro que se segue:



Quadro 1: Esquema de avaliação médica e processos inerentes à consulta de desenvolvimento, adaptado de Fernandes (2004)

Como podemos constatar, o processo de diagnóstico é complexo, analisando-se diversos factores. Após este processo, a criança pode ser diagnosticada com duma de três formas de hiperactividade: 1) hiperactividade com défice de atenção; 2) hiperactividade com impulsividade; 3) hiperactividade combinada.

De acordo com Branco e Fernandes (2004), a criança diagnosticada com DHDA apresenta pelo menos seis dos sintomas que passamos a apresentar: a) perde itens necessários às suas actividades escolares; b) parece não ouvir os adultos e pares; c) revela dificuldade em seguir instruções; d) não presta atenção a pormenores; e) revela dificuldade em manter a mesma posição de trabalho por muito tempo; f) distrai-se facilmente; g) tem dificuldade em levar a cabo tarefas que requerem uma reflexão e planeamento; h) esquece-se frequentemente de coisas.

Já as crianças diagnosticadas com hiperactividade e impulsividade revelam pelo menos seis dos sintomas que se seguem: a) inquietude; b) fala demasiado; c) tem dificuldades em esperar pela sua vez; d) interrompe quem está a falar na sua vez; e) interpela fora do contexto; f) não consegue ficar sentado por muito tempo; g) corre inadequadamente; h) não consegue manter uma posição de trabalho ou lazer.

De facto, a avaliação de crianças com DHDA é complexa, uma vez que nem sempre se poder “verificar a presença dos sintomas”, pois “algumas manifestarão, durante uma entrevista com o médico, a sua hiperactividade e a sua impulsividade. Mas, mais frequentemente, o comportamento da criança no consultório não reflectirá o seu comportamento em casa ou na escola” (Falardeau, 1999:48).

3. Inclusão de crianças hiperactivas no contexto escolar

Tendo em conta todas as características dum aprendente hiperactivo atrás enunciadas, passemos a analisar qual o caminho inclusivo a seguir em contexto escolar.

3.1. Integração e Inclusão: análise dos conceitos

O movimento da escola inclusiva já originou uma grande variedade de estudos um pouco em todo o mundo, com vista à promoção de práticas promotoras de um ensino de qualidade para todos, sem excepção.

Antes da década de setenta do século XX, os alunos com algum tipo de necessidades educativas especiais (NEE) eram excluídos quase por completo das salas de aula regular. Foi, então, apenas nessa altura que foram criadas equipas de ensino especial integrado, cujo objectivo era fomentar a integração das crianças e jovens com deficiência a um nível familiar, social e escolar. No entanto, o que aconteceu foi uma mera criação de escolas integradoras, que no início assumiam apenas um carácter

físico, ou seja, apesar de os alunos frequentarem as escolas regulares, estes acabavam por ser integrados em turmas especiais, onde recebiam apoios específicos de acordo com as suas necessidades. Ao mesmo tempo, o campo de actuação do professor do ensino regular era, neste contexto, praticamente ausente.

Posto isto, é pertinente distinguir dois conceitos: o conceito de integração e o conceito de inclusão. Salisbury (1991) distingue estes dois conceitos da seguinte forma:

“The social-cultural realities of integration are such that one group is viewed as the “mainstream” and one group is not; where one group must “push in” to the activities and settings occupied by the other... Inclusion, on the one hand, is a value that is manifested in the way we plan, promote, and conceptualize the education and development of young children. (...) In inclusive programs, the diverse needs of all children are accommodated to the maximum extent possible within the general education curriculum. (...) Driven by a vision of schools as a place where all children learn well what we want them to learn, schools become creative and successful environments for adults and the children they serve” (Turnbull et al, 1995: 116).

Assim sendo, a integração pressupõe que as crianças que manifestem algum tipo de NEE se tenham que adaptar, integrar aos programas curriculares ministrados aos alunos ditos “regulares”. Por sua vez, a inclusão diz respeito ao princípio de que as diferenças de todos os alunos têm que ser tidas em conta e respeitadas, tendo o professor que planear e adaptar o currículo nacional para fazer face às diferentes necessidades dos alunos com os quais lida, promovendo a aprendizagem e desenvolvimento de todos os alunos.

Desta forma, o conceito de inclusão refere-se, assim, à envolvência dos alunos com NEE em termos não apenas físicos, mas também em termos sociais e académicos, encarando a diversidade de alunos como algo positivo e enriquecedor das comunidades educativas. Neste contexto inclusivo, e de forma a promover o desenvolvimento pleno das capacidades dos alunos com NEE, estes devem, sempre que possível, encontrar-se nas turmas regulares, devendo receber um apoio adequado.

3.2. Breve perspectiva histórica da inclusão

O conceito de inclusão nasceu associado à existência de pessoas diferentes, portadoras de uma dada deficiência. Estas eram objecto desde a Antiguidade de tratamentos especiais, “desde o serem vistas como possuídas pelo demónio na Idade Média, a serem consideradas produto e castigo de transgressões morais, ou como

criminosas ou loucas a ser internadas em hospícios, nos séculos XVIII e XIX” (cf. Serra, 2005).

Segundo Cadwell (1973, cit. por Serra, 2002), há que distinguir três períodos históricos na evolução do olhar para com aquele que é diferente, nomeadamente: a) o 1º período, referente aos esquecidos e escondidos, havendo uma segregação muito forte, sendo as crianças postas completamente de parte da sociedade em geral; b) o 2º período, marcado pelo despiste e segregação, no qual o processo de separação da sociedade tinha como objectivo oferecer cuidados médicos, psicológicos e sociais à parte dos já existente para a sociedade geral; c) o 3º período, de identificação e ajuda, que teve início nos anos 70 e tem como mote a defesa de direitos iguais para todos os cidadãos, estipulando que aquele que é deficiente deve frequentar o ensino universal mas adaptando-o às suas próprias necessidades.

De facto, como podemos comprovar, a grande mudança aconteceu na década de 70 devido aos movimentos de luta em favor da integração de minorias nos EUA. O mesmo aconteceu no Reino Unido aquando da publicação do Warnock Report (1978), que trouxe pela primeira vez à discussão pública o conceito de NEE.

No contexto português, apenas em 1986, com a publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo, é que se começa a notar uma maior preocupação com o atendimento adequado das crianças com NEE, referindo o artigo 7.º a necessidade de:

“...assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, devidas designadamente a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades (Lei de Bases do Sistema Educativo)”.

Desta forma, são criadas pela primeira vez condições que permitem atender as necessidades educativas dos alunos nas escolas regulares da sua residência. Na sequência da publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo são criadas as equipas de educação especial, cuja função é desempenhada a nível local em todo o sistema de educação e de ensino não superior. Em termos internacionais surge, nesta altura, a *Regular Education Initiative*, com a função de encontrar formas de atendimento adequado ao maior número possível de alunos com NEE nas turmas regulares (cf. Will, 1986).

Posteriormente, surge o Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto que passa a regulamentar o funcionamento relativo aos alunos com NEE. Este introduziu o conceito de necessidades educativas especiais, com base em critérios pedagógicos, privilegiando a integração máxima do aluno com NEE na escola regular,

responsabilizando a mesma pela procura de respostas educativas adequadas e individualizadas e exigindo aos pais uma participação constante e exigente.

Desta forma, em vez dos alunos com NEE serem ensinados em salas separadas e por professores especiais, as escolas passariam a integrar os alunos com NEE nas turmas regulares, promovendo o espírito duma escola inclusiva. Concomitantemente, a educação especial deixa de ser um mero lugar para passar a ser encarada como um serviço, que exige uma cooperação constante entre os professores do ensino regular e os da educação especial.

Por sua vez, o novo Decreto-Lei nº 3/2008 reestrutura os serviços de educação especial com o principal objectivo de

“planear um sistema de educação flexível, pautado por uma política global integrada, que permita responder à diversidade de características e necessidades de todos os alunos que implicam a inclusão das crianças e jovens com necessidades educativas especiais no quadro de uma política de qualidade orientada para o sucesso educativo de todos os alunos”.

No entanto, como Correia (2008) refere, este novo documento parece excluir a maioria dos alunos com NEE permanentes, como por exemplo “alunos com dificuldades de aprendizagem específicas, das quais se destacam as dislexias, as disgrafias, as discalculias, as dispraxias e as dificuldades de aprendizagem não-verbais” e “(...) alunos com problemas intelectuais (...), com perturbações emocionais e com desordem por défice de atenção/ hiperactividade, também estas condições todas elas permanentes”.

3.3. A (verdadeira) escola inclusiva

Segundo Sailor (1991) a escola integrativa pressupõe “the maximum integration of students with disabilities into general classrooms” (Turnbull et al, 1995: 116). Em diversos países, a integração era tida como a actividade de colocação dos alunos com deficiências no mesmo espaço (escola/ aula), passando depois a tomar a forma de projectos de intervenção através da introdução nas escolas de recursos de apoio individual ao aluno “sinalizado”.

Contudo, como já referimos, com o movimento da inclusão e a *Regular Education Initiative*, passou-se a considerar que os modelos educativos, então em vigor, geravam formas de segregação mais ou menos subtis (cf. Serra, 2005). De facto, uma escola inclusiva de qualidade passaria por implementar um único sistema educativo, através

da unificação da educação especial e da educação regular, para que se desse resposta a todos os alunos sem exceções, tendo ainda em conta que estes deviam ser escolarizados em aulas regulares.

Para Sailor (1991) existem cinco factores considerados essenciais na criação duma verdadeira escola inclusiva. Em primeiro lugar, Sailor (idem) refere que todos os alunos devem frequentar a escola da área da sua residência. Desta forma, é promovida a inclusão social da criança com NEE na comunidade da qual faz parte. A percentagem de alunos com NEE em cada escola é distribuída por cada turma. Assim sendo, a responsabilização do atendimento adequado destas crianças é distribuída de forma equilibrada por todos os professores e, para além disto, são ainda criadas condições para que todos os alunos possam interagir uns com os outros.

Por sua vez, o segundo factor refere-se a uma filosofia de tolerância zero por parte das escolas, zelando-se para que nenhum aluno seja excluído com base na profundidade da sua incapacidade. É, neste contexto, promovido um sentido de comunidade, de interdependência e de relacionamento baseado em valores como a diversidade.

Quanto ao terceiro factor, este refere-se ao facto de que a escola ter de colocar as crianças com NEE de acordo com a sua idade e nível de ensino, de forma a evitar uma segregação em turmas de educação especial.

No que concerne o quarto factor, este diz respeito à necessidade de existir um ensino cooperativo e uma tutoria de pares. Estes métodos devem ser encarados como preferenciais, já que promovem uma diversidade de oportunidades para todos os alunos e, em particular, para aqueles com NEE.

O último factor diz respeito à importância de continuarem a existir apoios de educação especial em turmas regulares e em outros ambientes inclusivos. Isto não significa que estes apoios devem apenas beneficiar aqueles alunos que apresentam NEE, mas todos os alunos podem, e devem, beneficiar destes serviços (cf. Turnbull et al, 1995: 116.). Para além disso, sempre que seja possível, o conjunto de serviços de apoios especializados deve integrar profissionais das áreas: académica, terapêutica, psicológica e social.

A filosofia subjacente a qualquer sistema educativo inclusivo defende, portanto, que todos os alunos devem ter o direito de ser educados em ambientes inclusivos, promovendo a sua aprendizagem para poderem contribuir para a sociedade na qual se inserem. Concomitantemente, todos os alunos devem usufruir das mesmas oportunidades no que se refere a serviços, tais como: serviços de apoio especializado e currículos adaptados e diversificados.

Em relação aos professores, estes devem promover a colaboração entre os pais e a comunidade em geral, fomentando um espírito de partilha de decisões, de recursos e apoios e, ao mesmo tempo, envolvendo os educadores na construção do processo educativo.

Desta forma, podemos afirmar que uma escola baseada num modelo inclusivo tem que assentar numa planificação flexível, sistemática e dinâmica, tendo a escola que: seguir uma filosofia promotora de práticas inclusivas; dispor de recursos e apoios adequados; e aplicar estratégias de intervenção e de avaliação adequadas.

De acordo com Ainscow, Porter e Wang (1997), a intervenção numa escola inclusiva não pode apenas orientar-se no sentido de minorar dificuldades dos alunos, mas tem antes que dar resposta e criar condições para a realização de cada aluno enquanto pessoa, combatendo barreiras nos múltiplos contextos em que vive. Para estes autores, o reconhecimento de que se o ensino for de qualidade para todos sem excepção, algumas características de aprendizagem serão certamente passíveis de alterar, nomeadamente: as condicionantes familiares referentes a expectativas para com a escola; processos de aprendizagem; a própria motivação dos alunos; os papéis desempenhados pelos alunos nas aprendizagens que realizam.

No que concerne o contexto educativo português, a inclusão de crianças com NEE em escolas inclusivas respeita diversos parâmetros. Segundo Correia (2005) existem três parâmetros, sendo o primeiro denominado de modalidade de atendimento. Nesta modalidade de atendimento, o aluno com NEE permanece na turma regular, sendo-lhe aí prestado os serviços adequados, que são o segundo parâmetro. Ao contrário de um contexto integrador, no qual estes serviços seriam ministrados de forma segregada, num contexto inclusivo estes serviços têm como função desenvolver ao máximo as capacidades do aluno. Sempre que possível, este serviço deve, então, ser ministrado em contexto de sala de aula regular, tendo em conta necessidades específicas dos alunos.

O terceiro parâmetro prende-se com a construção duma educação apropriada, a qual não terá apenas em conta as necessidades educacionais dos alunos, mas também os diferentes contextos onde estes estão inseridos. Neste sentido, o processo de ensino-aprendizagem deve ser encarado com um processo dinâmico que vai ao encontro das necessidades educativas de cada aluno, proporcionando-lhes uma educação adequada, nomeadamente em termos académicos, sociais, emocionais e pessoais. A escola inclusiva tem que se centrar numa flexibilização do currículo e na adaptação deste aos diferentes alunos.

Como já vimos, em relação aos professores do ensino regular e da educação especial, estes não podem estar de costas viradas, num contexto em que os professores do ensino regular têm apenas a responsabilidade de leccionar o currículo e os da educação especial a função de proceder a adaptações curriculares. Numa escola inclusiva estes dois tipos de professores devem colaborar em conjunto com pais e restantes participantes, com o objectivo de encontrar e promover estratégias de sucesso. Assim, deve ser fomentada a aprendizagem de todos os alunos em conjunto, respeitando sempre a sua heterogeneidade, o que implica, portanto, uma adequação pedagógica e curricular.

Sendo assim, uma escola inclusiva recebe alunos sem NEE e alunos com NEE, podendo estes últimos ser alunos com algum tipo de incapacidade, alunos com problemas de comportamento, alunos dotados e sobredotados ou encontrarem-se mesmo em risco de abandono escolar.

Não há dúvida que uma escola inclusiva apresenta vantagens no que respeita a aprendizagem de todos os alunos que a frequentam, uma vez que proporciona uma educação adaptada e de qualidade para todos os alunos sem excepção. Para além disso, a colaboração entre professores do ensino regular e da educação especial permite aos primeiros compreender melhor as necessidades concretas dos alunos com NEE e aos segundos perceber melhor os próprios programas curriculares. Esta situação possibilita ainda a troca de experiências e de técnicas. Desta constante colaboração surgem planificações que dão resposta às necessidades particulares de alunos com NEE, nomeadamente no que se refere à flexibilização dos currículos e à optimização de recursos existentes.

Podemos ainda acrescentar que as escolas inclusivas podem ser consideradas como verdadeiras comunidades de apoio, nas quais prevalecem os valores de igualdade, justiça, dignidade e respeito mútuo. Neste contexto Karagiannis et al (1996) refere que as escolas inclusivas permitem desenvolver atitudes positivas perante a diversidade, facilitando a aquisição de ganhos ao nível do desenvolvimento académico e social, preparando para a vida na comunidade e evitando os efeitos negativos da exclusão (cf. Correia, 2005).

Neste sentido, a escola inclusiva é uma escola coesa, onde todas as crianças e os seus diferentes ritmos de aprendizagem são respeitados, fazendo com que todos atinjam o desenvolvimento máximo das suas capacidades, fomentando, ainda, a sua auto-estima, o orgulho nas suas práticas e o respeito mútuo. Então cabe aos professores evitar o uso de abordagens rotineiras, utilizando práticas educativas

flexíveis, pelo que as estratégias a utilizar devem ser estimulantes e concretas, sobretudo num contexto actual em que diversidade faz parte do diálogo quotidiano.

3.4. Diversidade e insucesso escolar

Como vimos, muitos alunos, não apresentando qualquer incapacidade, revelam outras formas de diversidade e dificuldades no processo de ensino-aprendizagem. Segundo Ainscow (1999), é necessário fazer algo para com estes alunos, pois tratam-se de crianças que revelam ter algum tipo de obstáculos no que se refere ao sucesso na sua vida académica, nomeadamente: distúrbios emocionais, isolamento da sociedade devido ao seu *background* cultural ou social, problemas de comportamento, etc. De facto, grande parte destes alunos não conseguem encontrar um motivo para frequentar a escola, já que quer os saberes lá partilhados, a sua utilidade social ou o quadro de vida familiar não facilitam o seu processo de inclusão no seio escolar.

De facto, Simeonsson (1994) defende que as escolas deveriam apoiar não só alunos que revelassem necessidades severas, mas também aqueles que manifestassem alguns problemas ligeiros, como os que acima descrevemos. Neste sentido, países como Alemanha, França e Holanda passaram a desenvolver estratégias que invertessem um abandono escolar, promovendo medidas que combatessem a discriminação e favorecessem a diferenciação curricular, como se pode observar no seguinte esquema:



Esquema 2: Tipos de estratégias contra o abandono escolar

Através destas estratégias passa a ser possível criar um ensino de qualidade para todos e, ao mesmo tempo, combater a homogeneização praticada no ensino durante largos anos. Neste sentido, alunos com problemas comportamentais passam a ser

melhor atendidos no seio escolar dos países acima referidos, pois podem usufruir dum ensino mais diferenciado ou mesmo com currículos específicos alternativos.

Mesmo na era da massificação escolar os alunos eram também diferentes, pois a diversidade é uma característica humana e própria da nossa sociedade. Como Barroso (1999:79) refere, o que encontrávamos era um disfarce dessas mesmas diferenças através da defesa dum ensino com “igualdade de tratamento” como mote. Estávamos perante um ensino baseado na ideia de que cada professor tem “um grupo mais ou menos homogéneo de alunos, sujeito ao mesmo tempo, a um mesmo ensino, num mesmo espaço, com um mesmo professor”.

Hoje em dia, um professor deve saber que: não deve ignorar os diferentes *backgrounds* sociais e culturais presentes na turma e, concomitantemente, não deve exigir que cada aluno se adapte ao *status quo* dum dado grupo de alunos; há diferenças na aquisição de bens culturais e sociais; há diferenças nas motivações e expectativas na e para com a escola; uma turma é um conjunto de cidadãos multifacetados e com um comportamento próprio que depende da interação entre os pares e professor.

De acordo com Zabalza (1999:106), existem quatro níveis de diversidade no conjunto duma dada turma, nomeadamente:

- 1) o primeiro nível prende-se com a heterogeneidade normal de todo o grupo de alunos em termos de gostos e interesses, que é uma situação que seria resolvida através de processos de aprendizagem alternativos, embora seja muito difícil devido à centralidade do sistema de ensino;
- 2) o segundo nível refere-se ao próprio processo progressivo de acumulação de diferenças no desenvolvimento e rendimento escolar dos alunos, que podem mesmo acabar por se transformar em desníveis significativos, o que requer uma intervenção positiva de prevenção ou remediação, ou seja, de actividades de recuperação e/ ou actividades de complemento de trabalho;
- 3) o terceiro nível acontece quando os sujeitos se encontram com graves deficiências quanto a conhecimento e adaptação ao meio escolar, o que requer medidas curriculares de forma a colmatar eventuais atrasos que provocam uma grave deterioração das competências básicas;
- 4) o último nível refere-se a crianças com deficiências ou necessidades educativas especiais e que fazem parte das chamadas classes regulares, necessitando de dispositivos e sistemas de apoio específicos.

Posto isto, a diferença, a que o professor deverá prestar atenção, não é apenas relativa aos alunos que apresentam deficiências de alguma natureza, ou seja, tem que prestar atenção às necessidades do aluno inserido numa turma que é um todo. Importa, então, procurar que os professores do ensino regular analisem a sua própria prática no sentido de verificar como lidam com as diferenças existentes, já que, como Perrenoud (2001) refere, podem favorecer os favorecidos, favorecer os desfavorecidos ou mesmo não favorecer os favorecidos nem os desfavorecidos.

3.5. Intervenção e tratamento de crianças com DHDA

Uma intervenção adequada pressupõe uma sinalização prévia das crianças com NEE. Para Simeonson (1994), existem dois grupos: um primeiro grupo que apresenta problemas de baixa frequência e alta intensidade; o segundo grupo apresenta problemas de frequência alta e baixa intensidade. Estas diferenças reflectem-se na intervenção a prestar-se.

De facto, tendo em conta os primeiros casos, torna-se necessário que a escola disponha de um professor de apoio educativo e ainda pessoal técnico especializado. No que se refere ao segundo grupo, trata-se dum grupo de crianças em risco, isto é, que se não forem devidamente atendidas e encaminhadas poderão vir a ter problemas de aprendizagem, a longo prazo.

O atendimento prestado deve ser eficaz e, como tal, exige-se uma reforçada colaboração entre os docentes do ensino regular e os docentes do ensino especial. No que se refere aos primeiros, pretende-se que organizem recursos necessários ao atendimento, enquanto que aos segundos cabe a colaboração com as crianças portadoras de incapacidade.

Foquemos agora a nossa atenção no tipo de atendimento prestado a alunos com DHDA. Para Wells (2000), o tratamento não pode ocorrer antes de haver uma avaliação completa e adequada, pois o objectivo da avaliação deve ser o de proceder a um diagnóstico cuidado de DHDA, assim como de outras perturbações simultâneas e de outros défices nos domínios escolar, familiar e social, uma vez que todos estes elementos têm influência no próprio tratamento.

Existem vários métodos de informação, que envolvem vários informadores (criança, pais, professores) em múltiplos contextos (casa, escola, etc.). Dentro destes métodos incluem-se as entrevistas, as escalas, os testes psicológicos e de desempenho, a observação directa e as avaliações médicas.

Após a avaliação efectuada, os clínicos podem implementar tratamentos que abordem os sintomas e os domínios que registam défices. Ao projectar e implementar os planos de intervenção, é preciso ter em conta questões relativas à aceitabilidade do tratamento por parte dos próprios pacientes, dos pais e da escola que a criança frequente, assim como também há que monitorizar os seus efeitos secundários.

A combinação de diferentes tipos de tratamento pode ser efectuada, mas o que é importante é a resposta da criança que pode sempre variar. Os tratamentos devem ser implementados sequencialmente e, antes de adicionar novos tratamentos, há que avaliar os efeitos de cada tratamento já implementado.

Começamos agora por analisar os diferentes tipos de tratamento existentes, começando pela medicação. Como já vimos no capítulo anterior, a medicação dita estimulante tem resultados imediatos e surpreendentes quando administrados a crianças com DHDA. A curto prazo observa-se a diminuição do nível da actividade motora, aumento da atenção e melhoria do rendimento nos testes de atenção. Para Wells (2000), os efeitos mais evidentes são aqueles que se caracterizam por melhorias na actividade motora, na impulsividade e na falta de atenção. Consequentemente, o rendimento académico também melhora, uma vez que a medicação facilita as condutas necessárias à aprendizagem escolar. Contudo, a prescrição da medicação só deve ser realizada quando as estratégias usadas pelos professores ou terapeutas ocupacionais não se revelam suficientes.

Existem algumas limitações relativas ao uso exclusivo de tratamento farmacológico no DHDA, nomeadamente: em primeiro lugar, nem todas as crianças com este distúrbio demonstram uma resposta positiva à medicação; em segundo lugar, a medicação estimulante não afecta todos os sintomas, havendo alguma inconsistência em termos dos resultados relativos ao rendimento escolar e à relação com os pares (cf. Wells, 2000). Há, então, que recorrer a outras técnicas.

Analisemos agora a pertinência das técnicas de tratamento comportamental que visam o controlo do comportamento, supondo-se que este depende de factores, acontecimentos ou estímulos presentes no ambiente. Sendo assim, as consequências que se seguem a um determinado comportamento vão fazer com que este se elimine ou não, havendo um aumento da frequência dum comportamento quando este é seguido de uma recompensa.

O tratamento comportamental do DHDA baseia-se no controle das consequências ambientais e no princípio do reforço. Devem ser aplicados reforços para se alterarem favoravelmente as condutas das crianças, favorecendo-se as condutas orientadas para a realização de actividades escolares (hábitos de estudo, por exemplo), de forma

a ser promovido o sucesso durante o processo de ensino-aprendizagem. Na planificação duma intervenção, torna-se pertinente ter em conta o tipo e a natureza das recompensas, tendo presente que os estímulos, os objectos e as actividades utilizadas como reforço devem ser individuais, isto é, seleccionados em função das preferências da criança em questão.

Por sua vez, o treino e/ ou aconselhamento dos pais torna-se, por vezes, fundamental, pois este tipo de intervenção exerce uma influência determinante no desenvolvimento comportamental destas crianças, através de sugestões específicas para adopção de atitudes positivas que facilitem a convivência familiar.

Segundo Barkley (1990), os pais devem ser treinados de forma a: a) aumentar o grau da sua atenção e a sua eficácia na modificação do comportamento da criança; b) aumentar a atenção positiva e os incentivos que dão à obediência (reforço positivo) enquanto diminuem a punição positiva e inadvertida da obediência dita ocasional; c) diminuir a quantidade de atenção positiva inadvertida (reforço positivo) que dão ao comportamento desadequado da criança; d) aumentar a utilização de punição moderada contingente à ocorrência de desobediência da criança; e) reduzir a frequência ou repetição de ordens; f) reconhecer e rapidamente terminar com a sequência de interações negativas de confrontação com a criança; g) e assegurar-se que não regressam a uma estratégia predominantemente punitiva quando terminar a intervenção.

De acordo com DuPaul e Stoner (1994) não se podem dissociar os problemas comportamentais dos problemas de aprendizagem. Sendo a escola um marco importante na vida da qualquer criança, a intervenção deverá antes de tudo incidir no contexto escolar, tendo-se em atenção de que a intervenção não se deve focalizar apenas na criança dentro da sala de aula, mas também nos diferentes sub-contextos escolares onde ocorrem os seus comportamentos.

Um plano de intervenção eficaz deve incluir estratégias que permitam ao professor manipular o contexto de forma a que um comportamento indesejável não chegue sequer a ocorrer. Segundo Rief (1998), deverá modificar-se o processo de ensino-aprendizagem quanto: a) às estratégias; b) ao ritmo de trabalho; c) aos métodos de ensino; d) à manutenção dos alunos em actividade; e) ao tratamento de comportamentos adequados; f) à avaliação.

Wells (2000) acrescenta ainda que é necessário que o terapeuta responsável pela intervenção trabalhe directamente com o professor, estabelecendo um sistema comportamental na sala de aula.

Duma forma geral, podemos referir que a inclusão destas crianças exige que as escolas sejam comunidades de apoio que tenham a valorização e a aquisição de competências académicas e sociais como principais objectivos.

3.6. A intervenção dos professores relativamente a alunos com DHDA

A intervenção dos professores é fundamental na inclusão de crianças com NEE e em especial dos alunos com DHDA. De acordo com Winebrenner (1996:49), “once students are convinced that they are incapable of learning, their expectations of failure often become a self-fulfilling prophecy”. Neste sentido, importa ao professor criar condições e organizar o processo de ensino-aprendizagem de forma a que todos os alunos tenham a possibilidade de atingir o sucesso e, ao mesmo tempo, que possibilitem uma reconstrução da sua auto-estima.

Partindo do pressuposto de que uma turma é um grupo dinâmico com vontades, desejos e expectativas próprias, o professor é aquele que deverá conjuntamente com esse grupo rentabilizar esse mesmo dinamismo. Para muitos investigadores, o papel do professor tem um grande significado “para a determinação do sucesso do ensino (...)” pois depende da “eficácia do docente” (Sanches Ferreira, 1991:18). Segundo Harmer (1983), o professor deve ser “a good technician” e segundo Littlewood (1992) “a facilitator of learning”, já que deve contribuir para a construção dum ambiente estimulante de aprendizagem, apoiando e orientando os indivíduos no processo de ensino baseado na descoberta do que os rodeia e, ao mesmo tempo, numa auto-descoberta.

Segundo Fernandes (2004), a escola deve “potenciar as actividades” dos alunos “com os seus companheiros”, ou seja, o trabalho colaborativo. De acordo com Rogoff, Matusov e White (1996), um modelo de ensino do tipo colaborativo envolve “both active learners and more skilled partners who provide leadership and guidance correspond with the theoretical stance that learning involves transformation of participation in collaborative endeavor”. Este tipo de trabalho caracteriza-se por uma participação activa de todos os alunos, que deverão trabalhar em pequenos grupos. Sendo assim, esta estratégia permitirá uma melhor relação entre professor-alunos e alunos-alunos, resultando num melhor comportamento e, concomitantemente, numa maior socialização.

Neste sentido, este tipo de modelo de ensino contrasta com um modelo baseado na transmissão de conhecimentos (mais centrado no professor), no qual aprendem: conteúdos e demonstram que estes foram de facto adquiridos; a resolver problemas

mas não sabem recriá-los; a participar em tarefas que muitas das vezes não estão adequadas aos seus interesses; a comportar-se de acordo com procedimentos e regras estipuladas pelo professor, mas não sabem criar e gerir as suas próprias regras e hábitos ou métodos de estudo (cf. Rogoff, Matusov e White, 1996).

De acordo com Rogoff, Matusov e White (idem), num modelo de ensino baseado numa comunidade de aprendentes, estes aprendem colaborando com outras crianças ou jovens na execução de actividades que estão intimamente ligadas às práticas da comunidade. Os aprendentes são capazes de gerir as suas aprendizagens, articulando com o professor. Para Rogoff (1994), as salas de aula organizadas desta forma promovem aprendizagens activas e mais reflectivas. As crianças são responsáveis pelo estabelecimento e negociação de regras, pela organização do seu material e pela concepção de objectivos de aprendizagem e seu cumprimento.

Por outro lado, as actividades propostas devem incluir o uso do computador, uma vez que “o recurso ao computador também é uma boa forma de as fazer trabalhar. Quanto mais vivos e coloridos forem os programas, mais a criança hiperactiva se interessará. Se as matérias escolares pudessem ser ensinadas em consolas de jogos, poucas crianças reprovariam” (Falardeau, 1999:110).

Segundo Falardeau (idem), o professor deve também variar as estratégias usadas “todas as duas ou três semanas para conservar o efeito de novidade. Foi demonstrado que as hiperactivas se cansam rapidamente da novidade e que é necessário recorrer constantemente à variedade para as interessar”.

Para além destes aspectos, o professor deverá estimular a relação inter-pares, adequando sempre que possível as tarefas escolares às características e necessidades dos alunos, proporcionando-lhes os meios essenciais que lhe permitam realizar as actividades solicitadas. Para Dantas (1992), este processo é entendido como uma forma de interacção de cognitivização afectiva dos aprendentes. De facto, tendo em conta que a frustração, a ansiedade e baixa auto-estima são características nestes aprendentes, o professor deve saber escutá-las activamente, de forma a incluí-las o mais possível nas práticas escolares.

Fernandes (2004) indica algumas recomendações que se devem ter em conta na intervenção com alunos diagnosticados com o DHDA, sendo estas as que a seguir apresentamos: a) fomentar a organização da sala de aula; b) estabelecer metas adequadas e realistas; c) colocar o aluno próximo do professor; d) dar tempo extra para a realização das actividades; e) dar instruções claras, concisas e precisas, olhando os alunos olhos nos olhos; f) ignorar comentários menos abonatórios; g) estabelecer rotinas muito concretas, que permitam premiar os alunos na sua

realização efectiva; h) encorajar os pais a envolverem-se nas actividades escolares; i) usar o reforço positivo como estratégia.

Tendo em conta estas e outras recomendações de estratégias, analisaremos na segunda parte do nosso trabalho as estratégias usadas por um grupo de docentes dum aluno diagnosticado com DHDA.

Parte 2 – Uma criança com distúrbio hiperactivo de défice de atenção: um estudo de caso

Tendo em conta a complexidade dos problemas escolares de alunos diagnosticados com DHDA, é importante que se produzam estudos que conduzam a um maior conhecimento, de forma a que se possa proceder a uma intervenção cada vez mais eficaz neste campo.

1. Desenho do estudo

Neste capítulo, apresentaremos o estudo, os seus objectivos e orientação metodológica e justificaremos a escolha dos participantes na investigação.

1.1. Questões e objectivos do estudo

Lembramos que a problemática da nossa investigação radica no estudo das representações dum grupo de professores de diferentes áreas disciplinares acerca das estratégias que usam no processo de ensino-aprendizagem, de forma a promover a inclusão dum aluno com DHDA. Sendo assim, foram definidos os seguintes objectivos:

- a) Analisar as representações que os professores de diferentes áreas disciplinares têm dum aluno com DHDA;
- b) Identificar as estratégias usadas por professores de diferentes áreas disciplinares no processo de ensino-aprendizagem;
- c) Compreender de que forma essas estratégias promovem a inclusão escolar do aluno com DHDA;

Para tal, o estudo desenvolve-se à volta das seguintes questões:

- a) Quais as representações que os professores têm do aluno com DHDA?
- b) Quais são as estratégias que os professores de diferentes áreas disciplinares usam no processo de ensino-aprendizagem?
- c) Como promovem essas estratégias a inclusão escolar do aluno?

1.2. Opção metodológica e instrumentos de recolha

Operacionalizando, a investigação desenvolveu-se ao longo do ano lectivo de 2007/2008. De acordo com os objectivos do estudo e com as questões investigativas, recorreremos ao questionário como instrumento de recolha de dados.

Na sua concepção, baseámo-nos: por um lado no “Questionário de Conduta Infantil” de Conners, de forma a tentar perceber quais as representações que os professores inquiridos teriam do aluno com DHDA; e, por outro lado, nas teorias subjacentes a três modelos de ensino e aprendizagem, nomeadamente: “adult-run”, “children-run” e “community of learners” (Rogoff, Matusov e White, 1996), de forma a inventariar as estratégias de ensino-aprendizagem que os professores mobilizam.

Na elaboração do questionário (Anexo) tivemos o cuidado de colocar questões que garantissem, por um lado, o anonimato do docente e, por outro lado, que não induzissem a respostas pré-determinadas. Nesse sentido, este encontra-se escrito numa linguagem simples de forma a que seja facilmente entendida.

O questionário é constituído por questões de resposta fechada, que incidem sobre os seguintes aspectos: a) o perfil sócio-biográfico do professor do aluno com DHDA; b) as representações que o docente tem do perfil de funcionamento do aluno com DHDA; c) as estratégias que usa no processo de ensino-aprendizagem ao aluno com DHDA.

Particularmente importante neste contexto é o conceito de representação que tomaremos em conta na nossa análise, já que teremos em conta as representações dos docentes relativamente ao perfil comportamental do aluno com DHDA. Para Bonardi e Roussiau (1999), as representações “sont générées par les individus, mais aussi acquises de la société (...)”, estando ligadas a atitudes, tidas como “an acquired latent psychological (pre)-disposition to react to an object in a certain way” (cf. Kolde, 1981). A informação que um sujeito possui sobre o objecto em causa enforma o seu conjunto de crenças acerca do mesmo, podendo ser informação objectiva ou estereotipada. Neste sentido, as representações são essas mesmas crenças que, por sua vez, levam a uma determinada atitude por parte do sujeito face aos objectos.

1.3. Participantes

Para conseguirmos levar a cabo esta investigação, foi necessário reunir as condições necessárias para a sua operacionalização, nomeadamente a escolha de participantes que se coadunassem com o estudo.

Desta forma, os participantes neste estudo são: a) professores de diferentes áreas disciplinares que leccionam no 7º ano de escolaridade a um aluno diagnosticado com DHDA, numa escola secundária pública; b) o aluno com 14 anos de idade, que se encontra diagnosticado com DHDA desde o 1º ciclo do Ensino Básico.

Tendo em conta o Processo Individual do Aluno (PIA), o aluno apresentou tanto no 1º como no 2º Ciclo um aproveitamento satisfatório. No entanto, a partir do 7º ano de escolaridade, foi-se verificando uma gradual falta de atenção e concentração, acompanhadas dum comportamento considerado irregular.

Este aluno foi objecto de avaliações psicológicas, tendo a primeira sido realizada aos 8 anos e a segunda aos 11 anos de idade, ambas motivadas pelos seus problemas comportamentais. Neste sentido, consta do seu PIA uma declaração médica que refere que o aluno possui características de Hiperactividade e Défice de Atenção, mencionando que o aluno: “é seguido nesta consulta por Síndrome de Hiperactividade e Défice de Atenção, situação que se caracteriza por actividade motora excessiva, impulsividade exagerada e dificuldade em manter a atenção”³. A partir desta sinalização, o aluno começou com tratamento farmacológico, nomeadamente através da administração de *Ritalin*. Sempre que toma a medicação em doses adequadas o seu comportamento melhora.

2. Análise e discussão

Optámos por realizar uma análise estatística descritiva dos resultados, que nos permite perceber, dum modo generalizado, a forma como os professores vêem o aluno com DHDA e como respondem a este desafio dentro da sala de aula.

2.1. Dados de caracterização da amostra

Apresentamos, de seguida, um conjunto de indicadores que nos permitem uma aproximação a algumas dimensões de caracterização sócio-demográfica da população respondente (12 docentes).

Os professores inquiridos encontram-se, na sua maioria, numa situação de relativa estabilidade no que diz respeito ao seu vínculo laboral. Como podemos observar pelo gráfico que se segue, 67% dos inquiridos pertencem ao quadro de escola, enquanto que 17% são docentes contratados.

³ Diagnóstico da Equipa do Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António.

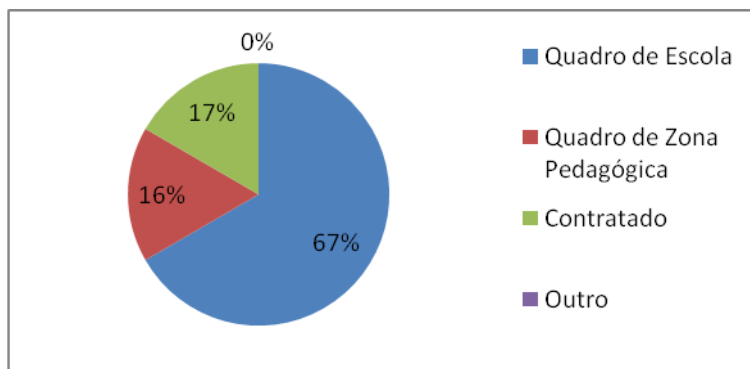


Gráfico 1 – Categoria profissional dos professores inquiridos

Não obstante a sua longa experiência, a população correspondente à nossa amostra é maioritariamente jovem. Mais de metade dos inquiridos possui entre os 30 e os 49 anos de idade e cerca de 75% são do sexo feminino.

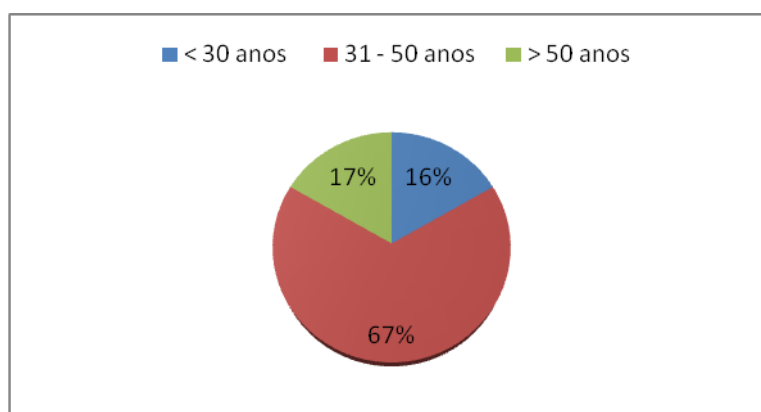


Gráfico 2 – Idade dos professores inquiridos

Tendo em conta os dados abaixo representados, percebe-se que todos os inquiridos são licenciados, 3 têm grau de Mestre e 2 efectuaram um Curso de Formação Especializada (CFE) ou Pós-graduação. Saliente-se que nenhum dos inquiridos é detentor de qualificação específica para o exercício de funções de professor de Educação Especial.

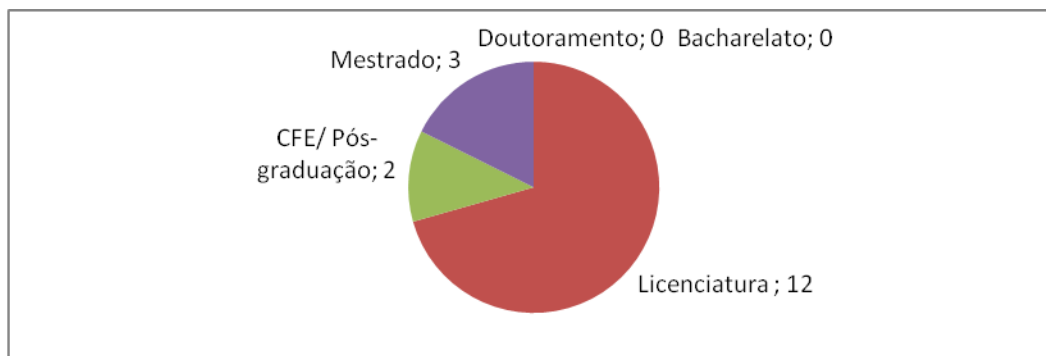


Gráfico 3 – Habilitações académicas dos professores inquiridos

2.2. Representações relativas ao perfil do aluno com DHDA

No que se refere ao gráfico 4, é interessante verificar que 10 dos professores indicam a atenção como a grande área em déficit por parte do aluno. De seguida, as 3 áreas que os professores referem como as mais problemáticas são: organização do material, relacionamento interpessoal, hábitos de trabalho e cumprimentos de tarefas.

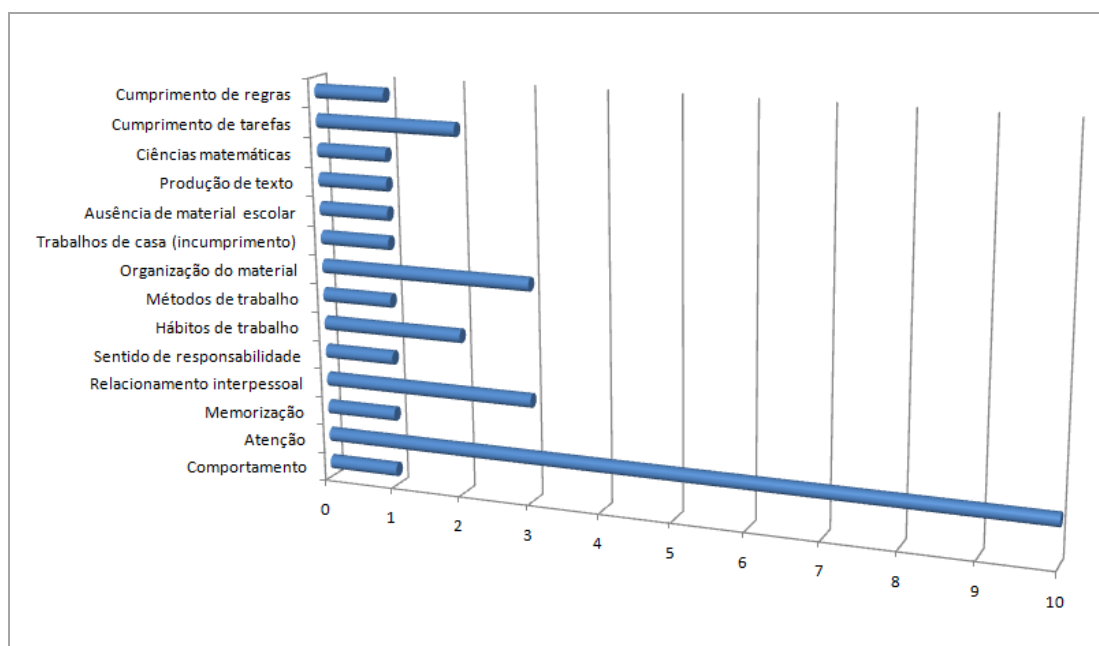


Gráfico 4 – Áreas em déficit do aluno diagnosticado com DHDA, de acordo com os professores inquiridos

Tendo agora em conta o comportamento escolar do aluno, analisemos as representações que os professores têm para cada um dos tipos de comportamento visados.

No que se refere às tarefas desempenhadas na sala de aula e seu cumprimento, a maioria dos professores refere que o aluno raramente cumpre as tarefas estipuladas e metade refere que o aluno com DHDA raramente as leva até ao final, seja trabalho colaborativo ou individual. Conforme se pode constatar no gráfico 5, metade dos professores refere que o aluno nunca cumpre as instruções que lhe são dadas. Os únicos professores que referem que o aluno é capaz de trabalhar de forma colaborativa são os professores de Educação Física, Oficina de Artes e Inglês.

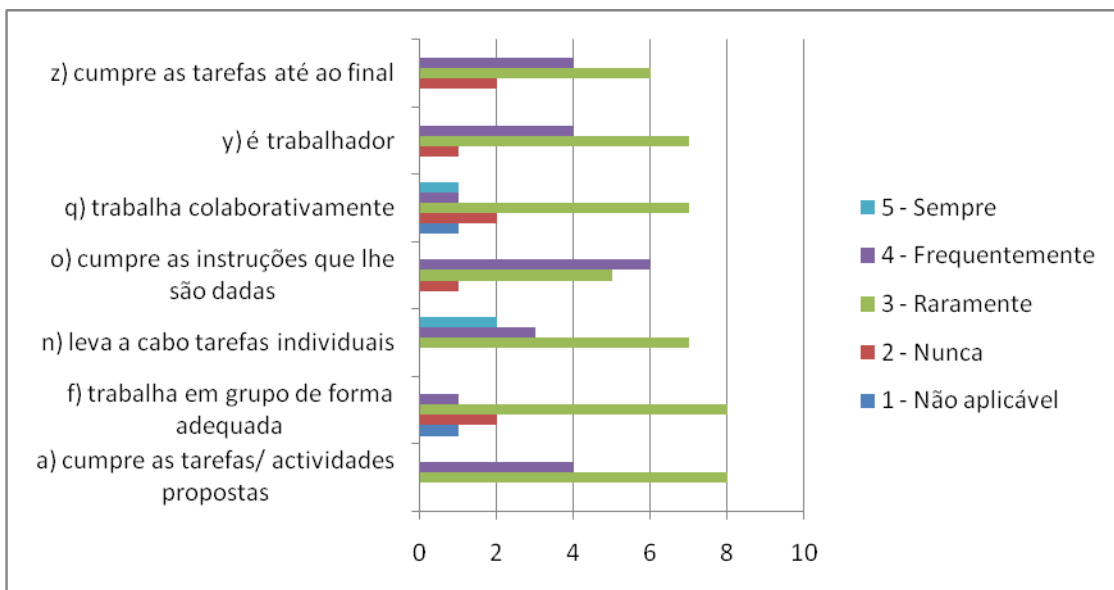


Gráfico 5 – Representações dos professores de acordo com o desempenho do aluno nas tarefas e seu cumprimento

Quanto à postura do aluno na sala de aula (Gráfico 6), os professores inquiridos indicam que raramente o aluno revela uma postura adequada à sala de aula, ou seja, calma e serena. Para a maioria dos professores, o aluno raramente está atento, tendo 2 professores indicado que o aluno nunca está atento. Cerca de 4 professores indicam que o aluno se levanta apenas quando autorizado para o efeito, embora alguns indiquem que raramente respeita esta regra por eles estipulada e 2 chegam mesmo a mencionar que nunca a respeita

No que se refere a relações interpessoais (Gráfico 7), as imagens que os professores inquiridos têm do aluno são particularmente interessantes, pois a maioria concorda que o aluno respeita o professor, mas raramente respeita os colegas. Neste sentido, podemos afirmar que o aluno revela uma boa empatia com os seus pares, embora 5 professores não concordem.

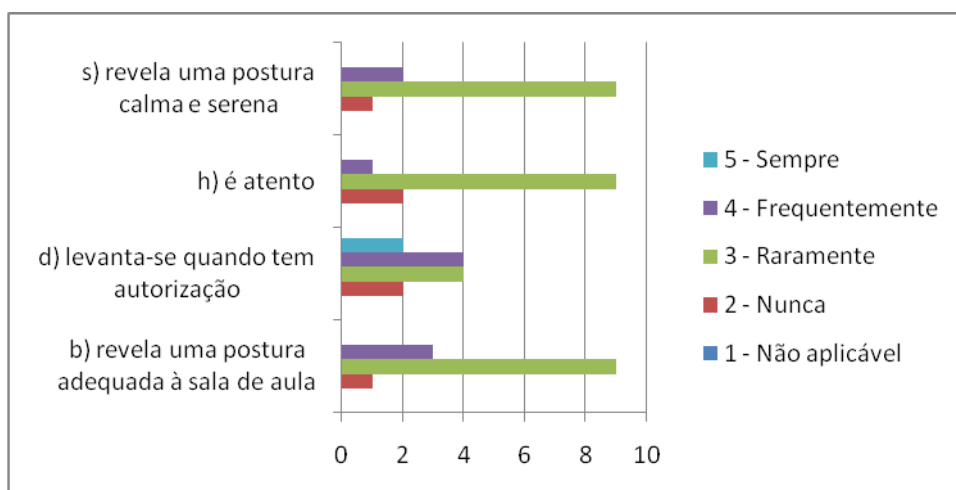


Gráfico 6 – Representações dos professores quanto à postura do aluno na sala de aula

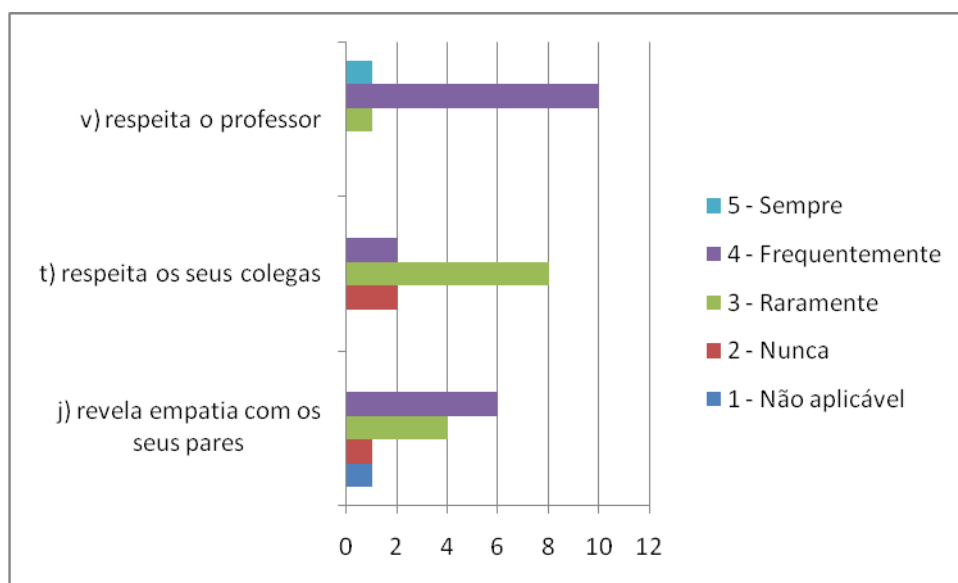


Gráfico 7 – Representações dos professores quanto ao relacionamento interpessoal do aluno

Tendo em atenção o gráfico seguinte (Gráfico 8), facilmente concluímos que raramente o aluno respeita a sua vez para falar, sendo claramente impaciente. Dois professores chegam mesmo a referir que nunca é paciente.

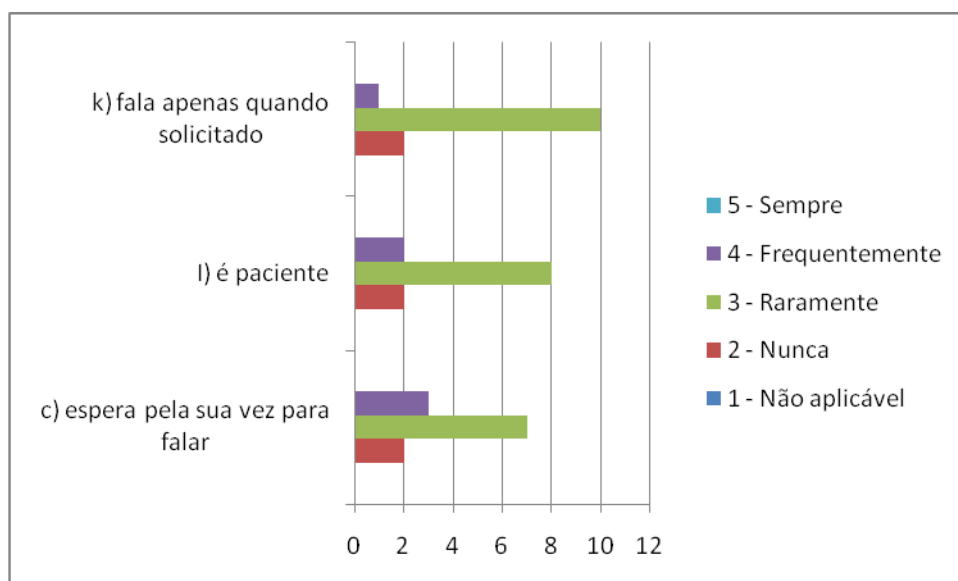


Gráfico 8 – Representações dos professores quanto à paciência do aluno na sala de aula

Há claramente aspectos em relação aos quais os professores convergem nas suas representações do aluno deste estudo, nomeadamente: raramente revela ter sentido de responsabilidade (8 professores indicam-no) e raramente faz os trabalhos de casa (9 professores indicam-no). No entanto, afirmam também que o aluno é pontual e frequentemente traz o material necessário à aula. Nas disciplinas de Língua Portuguesa, Francês, História, Ciências Físico-Químicas, Geografia, Matemática e

Oficina de Artes, o aluno nunca traz o material necessário ao processo de ensino-aprendizagem.

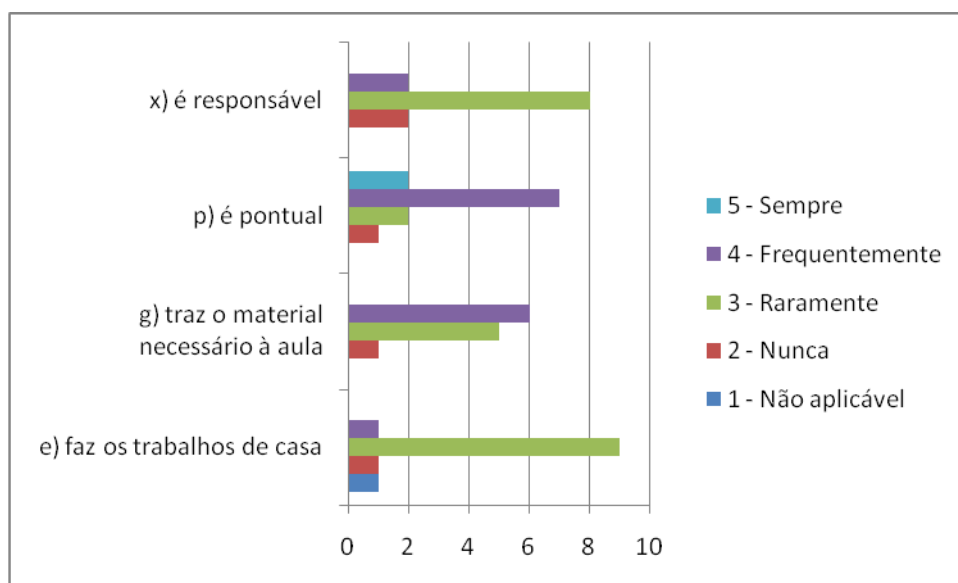


Gráfico 9 – Representações dos professores quanto à paciência do aluno na sala de aula

É no gráfico seguinte que as opiniões dos professores inquiridos mais se dividem. A maioria dos professores indica que o aluno gosta de aprender, o que contrasta com as 6 opiniões que revelam que o aluno raramente se encontra interessado. Esta constatação é particularmente interessante, pois pode ter que ver com as áreas de preferência do aluno ou ainda com as estratégias levadas a cabo.

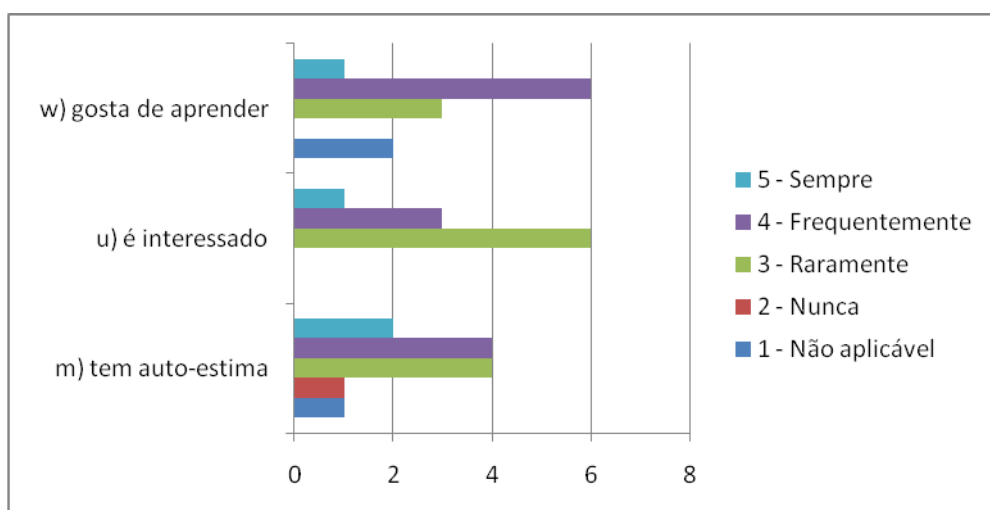


Gráfico 10 – Representações dos professores quanto ao posicionamento do aluno na vida académica

Sendo assim, verificamos que o aluno é avaliado como mais interessado nas disciplinas de Línguas, Ciências Físico-Químicas, História, Educação Visual, Educação Tecnológica e Educação Física.

De acordo com o gráfico que se segue referente ao desempenho do aluno na sala de aula, constatamos que possivelmente 5 docentes não usam o computador na sala de aula, pois escolhem como opção: “Não aplicável”. No entanto, alguns docentes referem que frequentemente o aluno usa o computador de forma adequada e um docente apenas indica que o faz sempre. Quanto ao desempenho do aluno na interpretação de textos, tarefa transversal a praticamente todas as disciplinas, 5 docentes referem que raramente o faz, o que contrasta com os outros 5 que dizem que o faz frequentemente (ver Gráfico 11). É nas disciplinas de Língua Portuguesa, Inglês, Ciências Físico-Químicas, Oficina das Artes e História que o aluno interpreta textos de forma adequada.

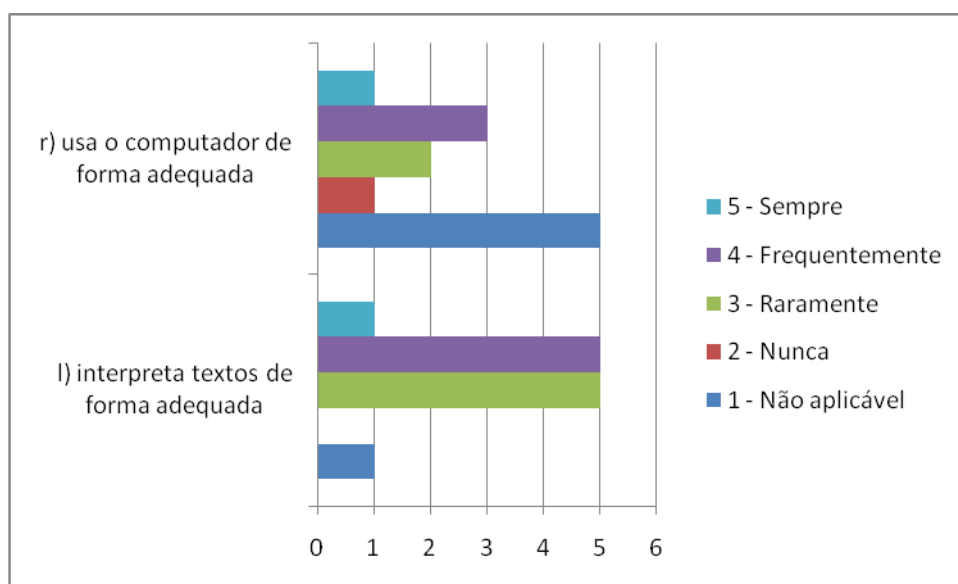


Gráfico 11 – Representações dos professores quanto ao seu desempenho em sala de aula

2.3. Estratégias do processo de ensino-aprendizagem

No que se refere às representações dos professores relativamente a estratégias que usam na sua sala de aula, verificamos que a maioria dos docentes acredita num processo de ensino-aprendizagem mais negociado com o aluno, como podemos verificar pelos gráficos que se seguem.

Quanto ao gráfico 12, 67% dos inquiridos acredita que os alunos devem ter liberdade de escolha nas áreas que preferem e seguir os seus interesses e a mesma percentagem de docentes indica também que os alunos devem progredir ao seu próprio ritmo (ver Gráfico 13). Como vimos, segundo Fernandes (2004), devem-se estabelecer metas adequadas e realistas, de forma a que o aluno tenha mais oportunidades de sucesso. Por sua vez, no gráfico 14, também 67% dos docentes indica que as aprendizagens são mais significativas quando os próprios alunos ajudam no processo de selecção de tópicos a leccionar.

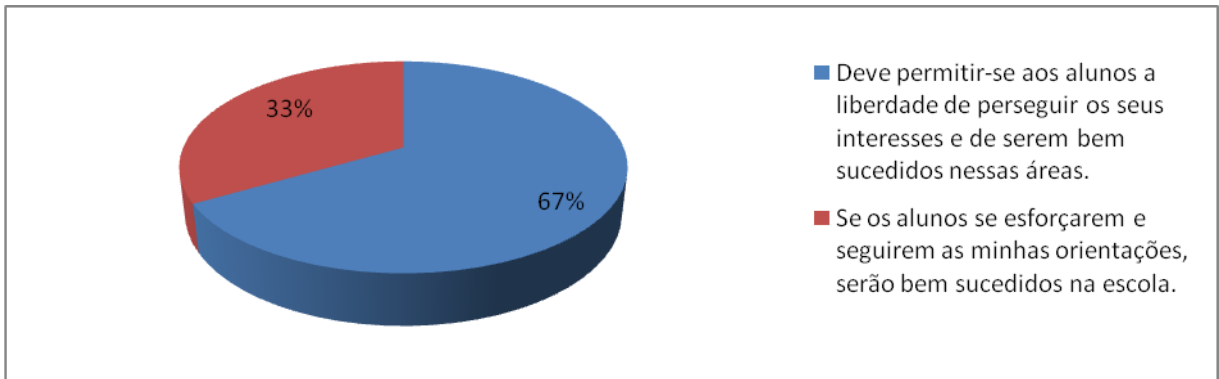


Gráfico 12 – Representações dos professores quanto à chave para o sucesso escolar

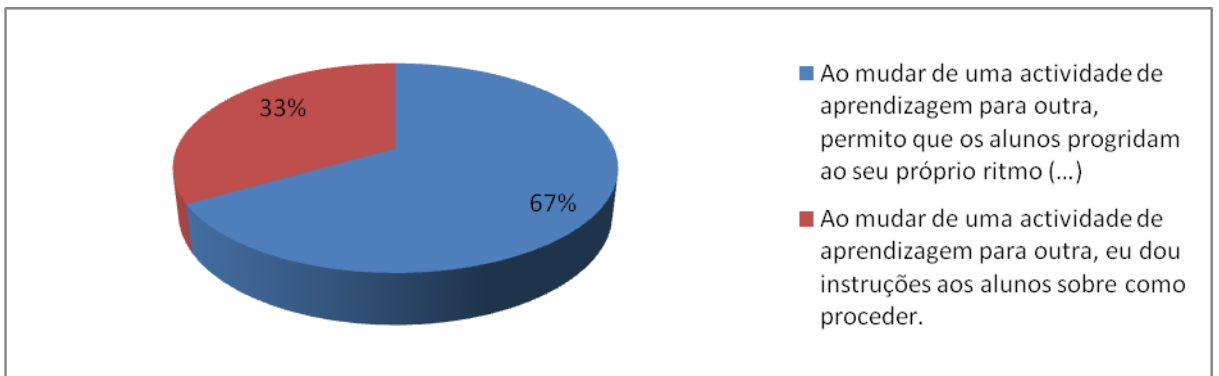


Gráfico 13 – Representações dos professores quanto a ritmos de aprendizagem

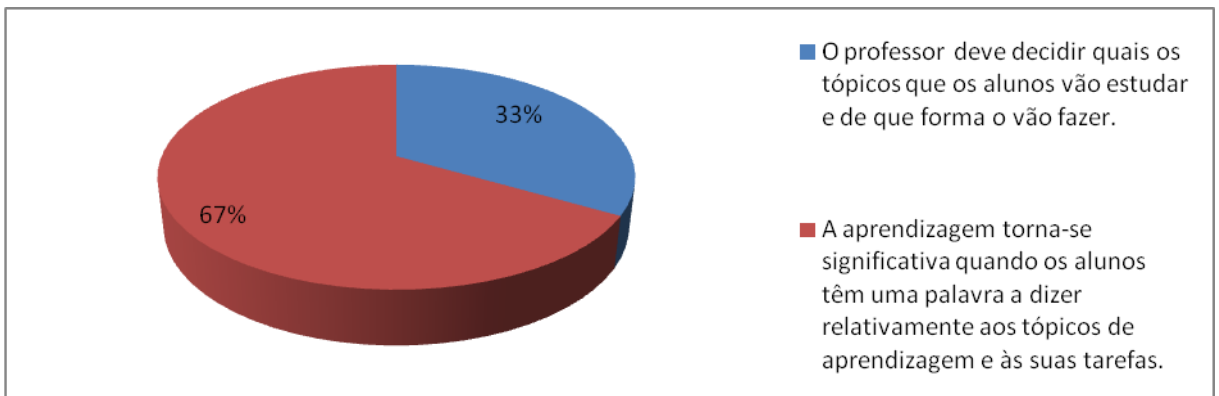


Gráfico 14 – Representações dos professores quanto ao processo de escolha de tópicos a leccionar

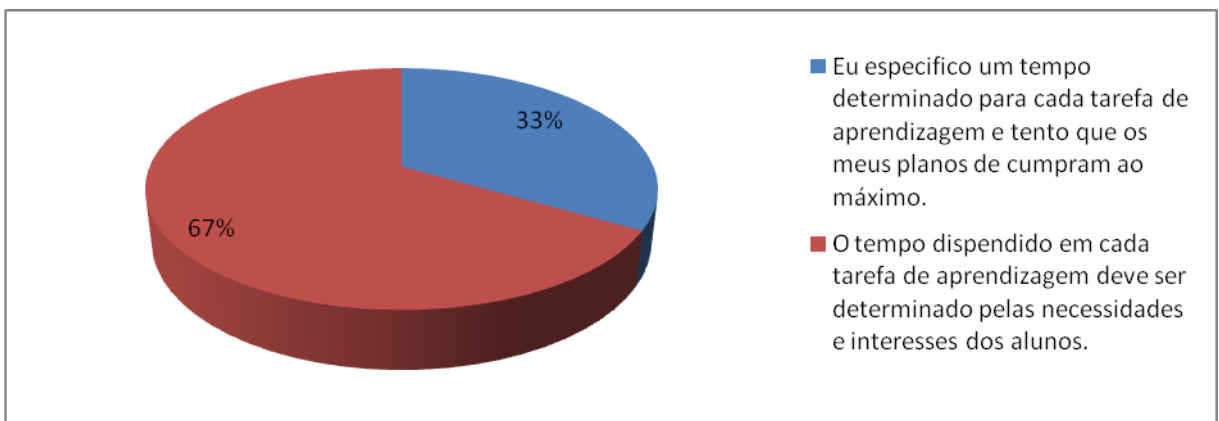


Gráfico 15 – Representações dos professores quanto à duração do tempo na tarefa

Ainda no que se refere ao gráfico 14, os professores das áreas disciplinares que acreditam que o aluno também deve decidir os tópicos a trabalhar são curiosamente os professores das áreas em que o aluno frequentemente revela interesse no processo de ensino-aprendizagem, ou seja, Línguas Estrangeiras, Ciências Físico-Químicas, Artes e Educação Física.

A maioria dos professores acredita num processo de ensino-aprendizagem estruturado pelo próprio professor, enquanto que apenas 42% dos docentes indicam que se promove a responsabilidade e autodisciplina quando os alunos criam as suas rotinas diárias (ver Gráfico 16). Os professores das disciplinas de Inglês, Ciências Físico-Químicas, Educação Visual, Educação Tecnológica e Educação Física voltam-se a destacar no que se refere às suas crenças num processo de ensino-aprendizagem negociado com o próprio aluno, já que acreditam que o aluno é quem deve criar as suas próprias rotinas.

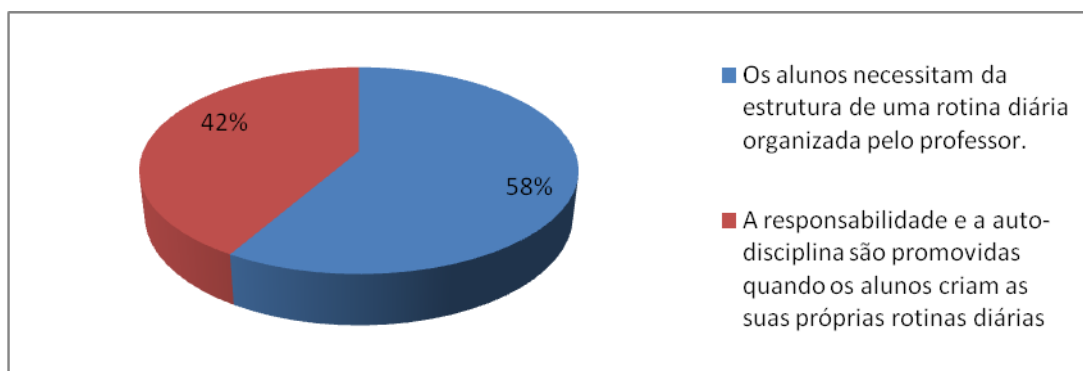


Gráfico 16 – Representações dos professores quanto a rotinas

No entanto, 92% dos docentes inquiridos indicam que as regras (Gráfico 17) são importantes porque moldam o comportamento e desenvolvimento dos alunos e apenas 8% dos docentes concordam com o facto de que estas limitam o desenvolvimento dum código moral próprio por parte do aluno.

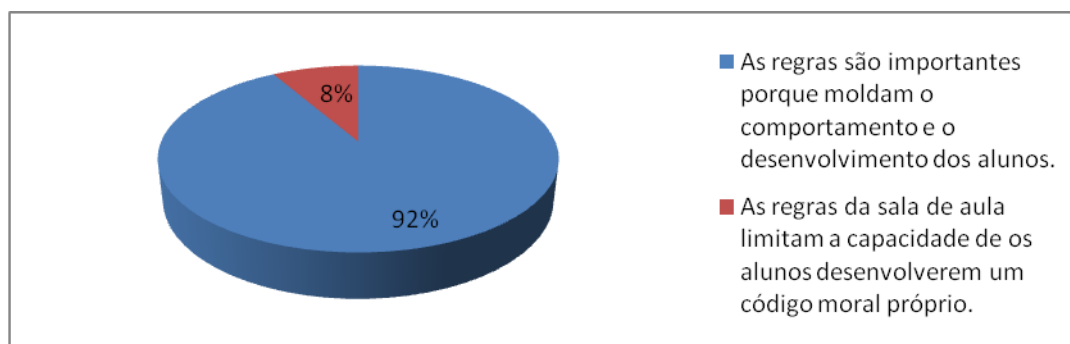


Gráfico 17 – Representações dos professores quanto a regras

Contudo, apenas 50% dos docentes discute as regras da sala de aula com os alunos. Os professores de História, Inglês, Matemática, Educação Visual, Tecnologias e Educação Física são aqueles que normalmente negociam com os alunos as regras de sala de aula.

Quanto a situações em que se verificam perturbações comportamentais, a maioria dos professores não diz nada ao aluno, mas olha directamente para o aluno (Gráfico 18). 92% dos docentes inquiridos preferem perguntar directamente ao aluno qual o motivo pelo qual o aluno se encontra a trabalhar, em vez de o castigar de imediato (Gráfico 19). Quanto ao incumprimento de prazos, 58% dos docentes indica que quando os alunos não cumprem determinada entrega de trabalhos assumem que têm uma razão legítima e que entregarão assim que tiverem tempo. 42% dos docentes lembra os alunos que estão atrasados.

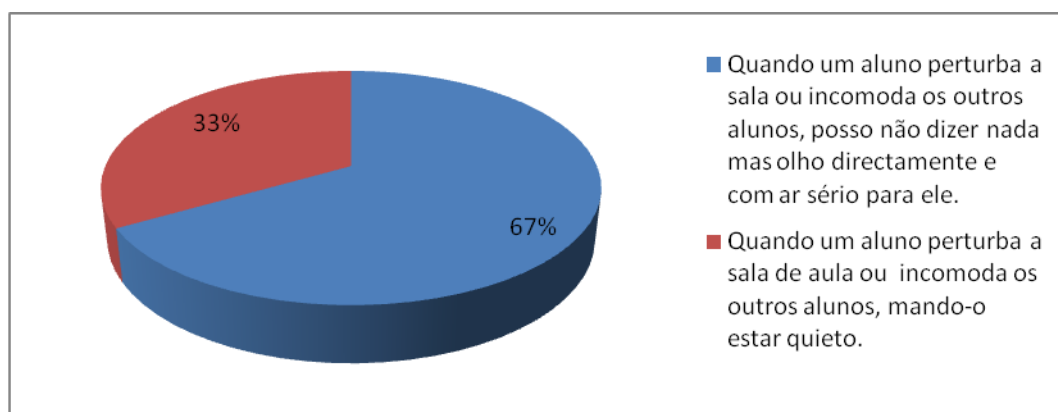


Gráfico 18 – Representações dos professores a reacções perante um problema comportamental

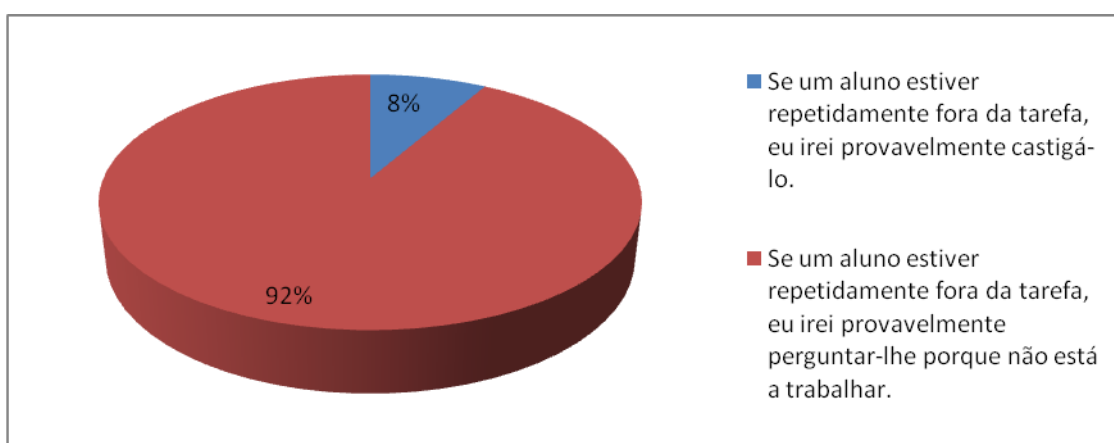


Gráfico 19 – Representações dos professores quanto a reacções para com alunos que se encontrem demasiado tempo fora da tarefa

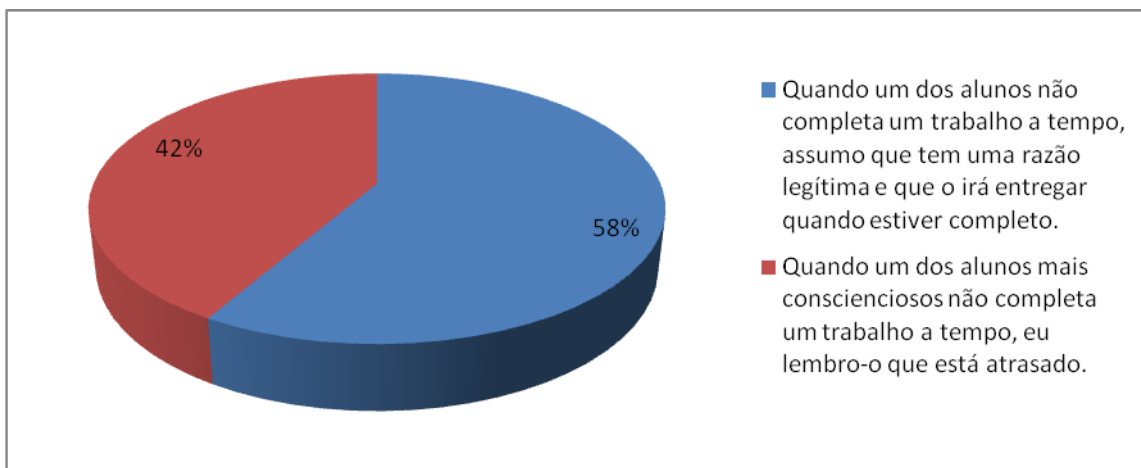


Gráfico 20 – Representações dos professores quanto a incumprimento de prazos nos trabalhos

No que se refere aos tipos de estratégias que os professores efectivamente usam com o aluno com DHDA, a maioria dos professores acredita que as aulas mais motivantes são aquelas que contribuem para comportamentos mais felizes por parte do aluno (ver Gráfico 21). É de referir que os docentes acreditam que o sucesso está na prevenção de comportamentos inadequados, ou seja, que se deve prever o comportamento antes dele mesmo acontecer, o que se verifica quando vários docentes referem que a posição na sala de aula lhes permite perceber o estado de comportamento do aluno e que ajudam o aluno a organizar os seus materiais.

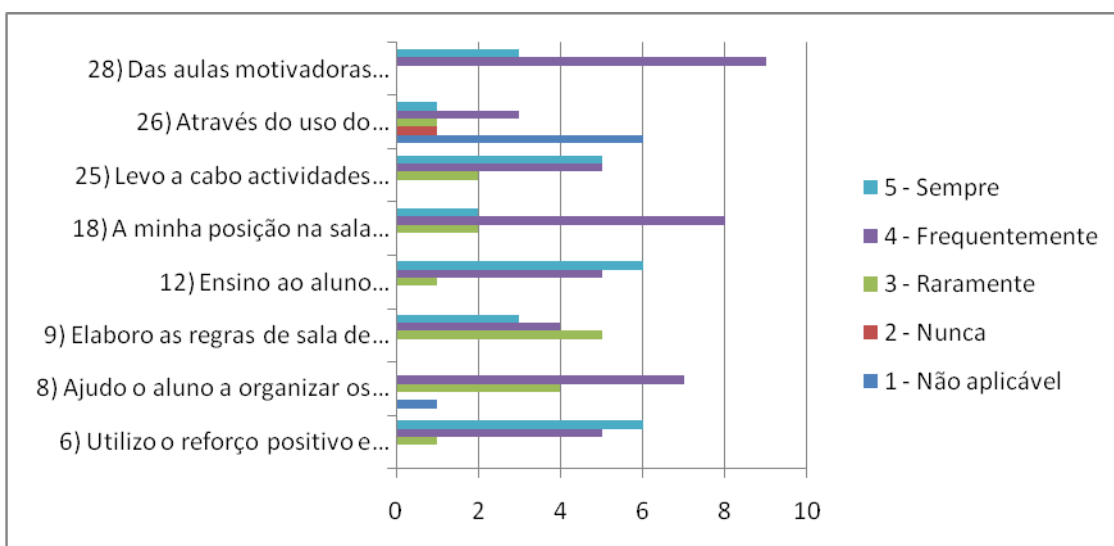


Gráfico 21 – Representações dos professores quanto à prevenção de comportamentos inadequados

Grande parte dos docentes inquiridos varia as actividades propostas no processo de ensino-aprendizagem, mas apenas 4 dos docentes usam o computador de forma recorrente com o aluno deste estudo de caso. Lembramos que esta é uma ferramenta

que, de acordo com Falardeau (1999), fomenta hábitos de trabalho por parte dos alunos com DHDA.

Quanto ao trabalho colaborativo (Gráfico 22), cerca de 8 docentes (Ciências Físico-Químicas, Francês, Inglês, Educação Física, Matemática, Educação Tecnológica, História, Educação Visual, desenvolvem trabalho colaborativo numa base diária, embora alguns refiram que o tempo de trabalho colaborativo não dura mais que 20 minutos por dia (6 docentes indicam-no). Como vimos na primeira parte deste estudo, deve-se estimular a relação inter-pares através de trabalhos de grupo para que se integre o aluno ao máximo na sala de aula (cf. Dantas, 1992).

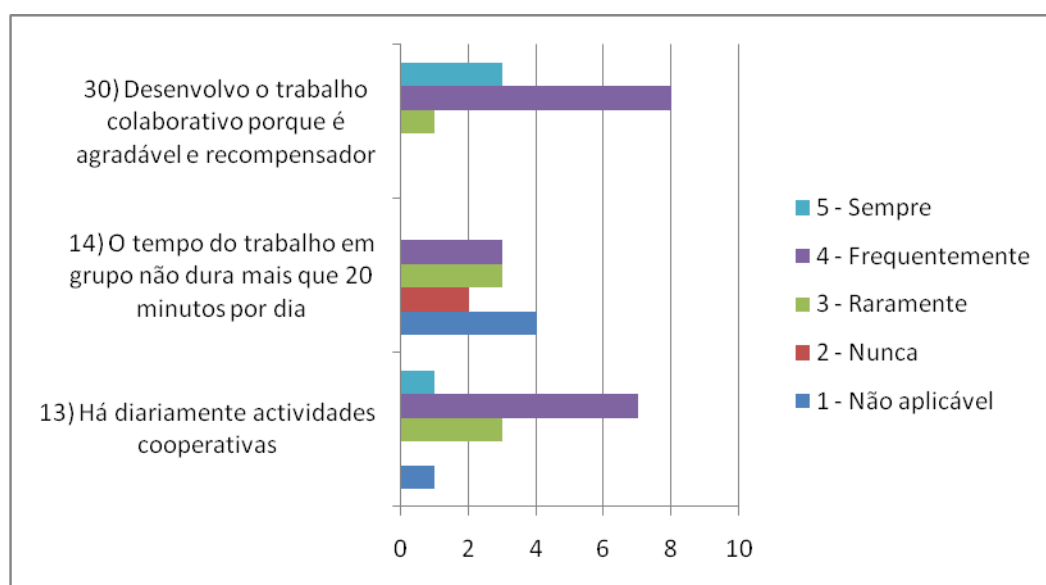


Gráfico 22 – Representações dos professores quanto ao trabalho colaborativo

Quanto à elaboração de regras de sala de aula (Gráfico 21), 7 docentes fazem-no de forma recorrente, mas 5 raramente o fazem. Os docentes das áreas de Francês, Inglês, Educação Visual, Educação Tecnológica, Oficina das Artes, História e Ciências Físico-Químicas voltam a destacar-se nesta área.

É ainda particularmente interessante verificar que quase todos os professores revelam alguma preocupação em ensinar ao aluno comportamentos sociais adequados (apenas um docente indica que o faz raramente). Também o mesmo número de docentes indica que utilizam o reforço positivo como forma de premiar a realização adequada das tarefas.

Ao mesmo tempo, os docentes inquiridos revelam que têm muito cuidado tanto na forma como comunicam com o aluno, bem como na verificação da compreensão das instruções por parte do mesmo (ver Gráfico 22).

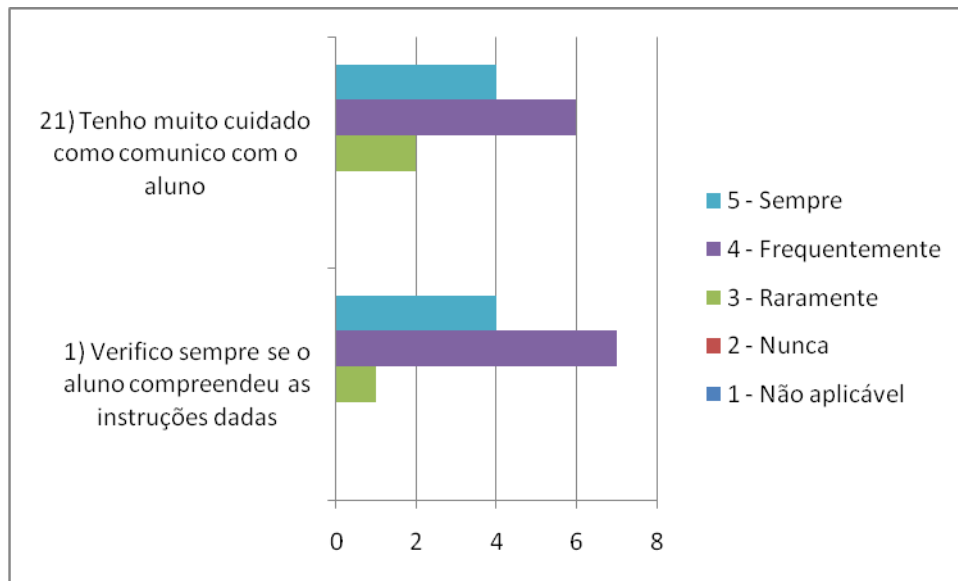


Gráfico 22 – Representações dos professores quanto à comunicação com o aluno e sua compreensão

Quanto à forma como lidam com comportamentos inadequados por parte do aluno com DHDA (Gráfico 23), 5 professores frequentemente não hesitam em puni-los e há mesmo 2 que indicam que o fazem sempre. 6 dos professores ignoram comportamentos que tenham como fim chamar a atenção. Apenas 6 dos docentes (Educação Tecnológica, Francês, Inglês, Educação Visual, Matemática, Oficina de Artes) referem que raramente usam a punição como estratégia, embora outros 6 docentes indiquem que a usam de forma frequente.

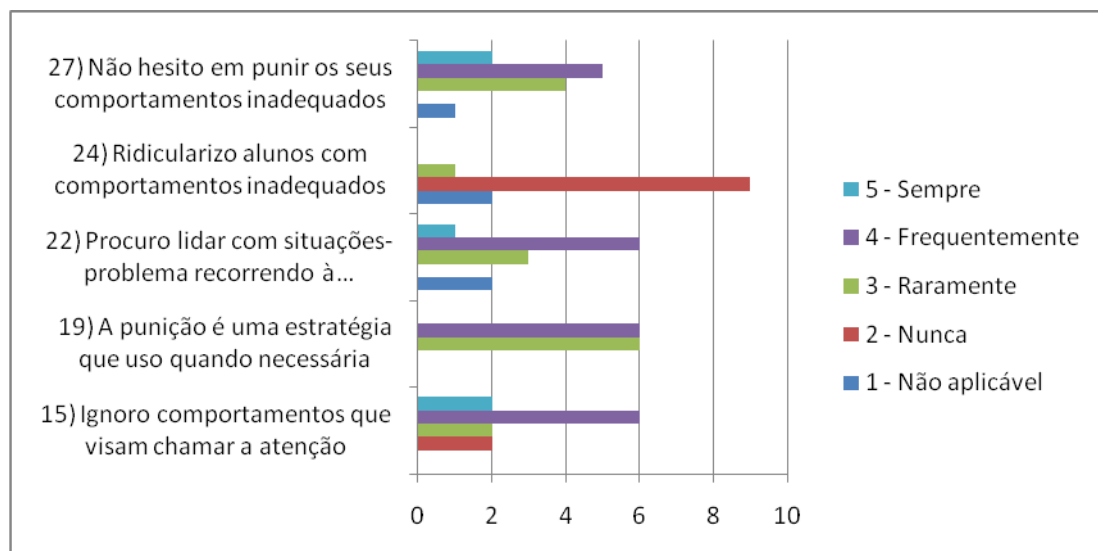


Gráfico 23 – Representações dos professores quanto às suas reacções perante comportamentos inadequados

Tendo em conta um dos aspectos mais importantes para o aluno diagnosticado por DHDA, o facto de não conseguir estar sentado no mesmo lugar durante

muito tempo, 5 dos docentes indicam que nunca permitem que o aluno se levante da sua cadeira em qualquer que seja o momento. 7 docentes permitem que o aluno se levante com a sua permissão (Gráfico 24).

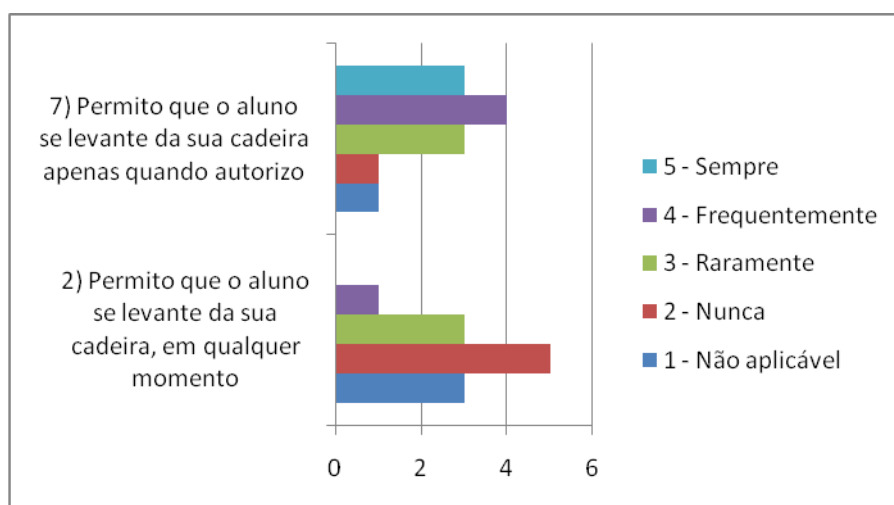


Gráfico 24 – Representações dos professores quanto às suas reacções perante comportamentos inadequados

No que se refere ao cumprimento de prazos e de tarefas de cariz avaliativo, todos os docentes informam o aluno das datas de momentos avaliação. 7 docentes permitem com alguma frequência a realização de trabalhos de casa atrasados e dão tempo extra para a realização de determinadas tarefas. Poucos docentes informam o Encarregado de Educação sobre os trabalhos de casa a realizar (apenas 2 o fazem).

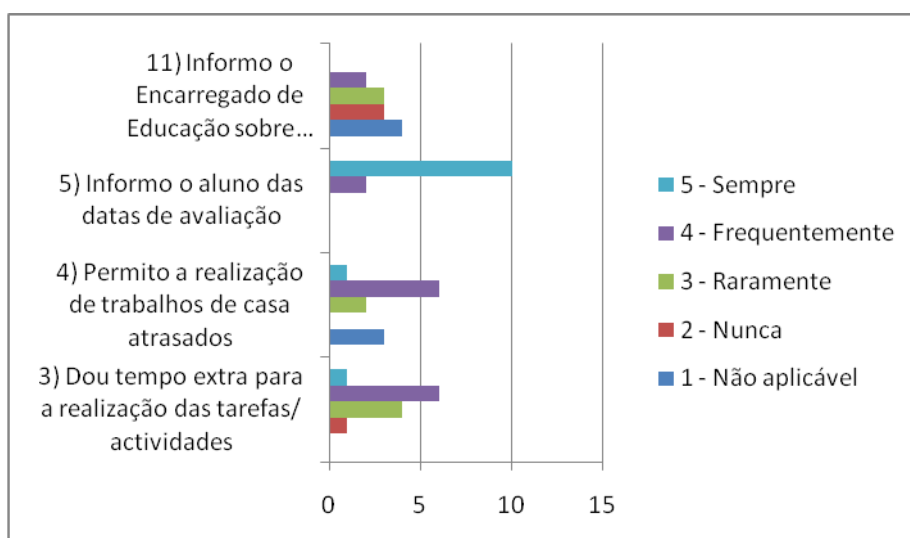


Gráfico 25 – Representações dos professores quanto a cumprimentos de prazos e tarefas avaliativas

Terminada a discussão de dados, passemos agora para as conclusões do nosso estudo, em que procuraremos responder às questões levantadas no início do mesmo.

Conclusões

A nosso ver, o aspecto mais difícil desta investigação foi a definição do conceito de DHDA. Só após esta caracterização é que nos foi possível compreender o comportamento do aluno e, concomitantemente, a melhor forma de intervir na escola.

Começámos, então, por realizar uma revisão da literatura e rapidamente percebemos que os alunos que sofrem deste tipo de distúrbio acabam por ser afectados no que se refere ao seu desempenho escolar. Neste sentido, importa saber quais as respostas que a escola tem para com casos deste tipo.

Posto isto, procuraremos responder às questões que lançámos no início deste estudo. No que se refere à primeira questão, “Quais as representações que os professores têm do aluno com DHDA?”, os professores das diferentes áreas disciplinares e não disciplinares acreditam que o aluno com DHDA raramente cumpre as tarefas, embora alguns professores refiram que o aluno é capaz de trabalhar de forma colaborativa. Para além do problema acima enunciado, grande parte dos docentes associa ao aluno problemas como: a atenção, o relacionamento interpessoal com os pares, a organização do material e hábitos de trabalho, características enunciadas por Silver (1990).

Alguns docentes indicam que o aluno é interessado, mas não é uma opinião generalizada. Este interesse faz-se sentir em disciplinas como Línguas, Ciências Físico-Químicas, Educação Visual, Educação Física e Educação Tecnológica.

Quanto à nossa segunda questão, “Quais são as estratégias que os professores de diferentes áreas disciplinares usam no processo de ensino-aprendizagem?”, grande parte dos docentes acredita num processo de ensino-aprendizagem negociado com os alunos, tendo em conta os seus interesses e ritmos. Para grande parte dos docentes, as aprendizagens são sempre mais significativas quando os alunos colaboram na selecção de tópicos a leccionar.

Como vimos, um contexto de ensino-aprendizagem pouco estruturado torna-se particularmente difícil para o aluno diagnosticado com DHDA. Contudo, a maioria dos docentes acredita num processo de ensino-aprendizagem estruturado pelos próprios alunos.

Os docentes reconhecem a existência de regras na sala de aula como algo fundamental e que não deve ser descurado, embora metade as negocie com os alunos.

No que se refere à nossa última questão, “Como promovem essas estratégias a inclusão escolar do aluno?”, a maioria dos professores acredita que as aulas mais motivantes para o aluno são aquelas que contribuem para comportamentos adequados à sala de aula. Verifica-se que os docentes acreditam que a chave para comportamentos adequados por parte do aluno está na prevenção de comportamentos considerados inadequados, usando as seguintes estratégias: a) o reforço positivo; b) o ensino de comportamentos adequados; c) a ajuda na organização dos materiais.

Os docentes que usam o computador na sala de aula referem que o aluno é interessado e que gosta de aprender. Como vimos, de acordo com Falardeau (1999), o recurso ao computador e suas ferramentas é uma boa forma de desenvolver bons hábitos de trabalho. O mesmo se verifica quanto ao trabalho colaborativo, tido por Dantas (1992) com um processo de cognitivização afectiva, uma vez que é prática corrente na sala de aula dos docentes inquiridos, embora para metade dos mesmos o tempo médio diário não exceda os 20 minutos.

Mais de metade dos docentes (re)negoceiam as regras da sala de aula com o aluno com DHDA, sendo grande parte destes docentes aqueles que referem que o aluno é interessado no processo de ensino-aprendizagem. Curiosamente, estes docentes são os mesmos que usam o computador, que diversificam as actividades propostas e que escolhem os tópicos de leccionação com o aluno.

Tendo em conta que um dos grandes problemas deste aluno é o facto de não conseguir estar sentado no mesmo lugar por um longo período de tempo, verificámos neste estudo que vários professores não permitem que o aluno com DHDA se levante quando seja necessário, embora alguns o permitam quando a sua autorização for dada.

Em síntese, podemos referir que os professores apresentam algumas preocupações relativamente à inclusão do aluno diagnosticado com DHDA, mas há que atender cada vez mais à especificidade do perfil pessoal deste e outros alunos, de forma a que consiga alcançar o sucesso e felicidade escolar.

Bibliografia

- Ainscow, M. (1999). *Understanding the Development of Inclusive Schools*. London: Routledge Falmer.
- Ainscow, M.; Porter, G.; Wang, M. (1997). *Caminhos para as escolas inclusivas*. Lisboa: Instituto Inovação Educacional.
- American Psychiatric Association (1968). *DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: Author.
- Barbosa, G.; Gouveia, V. (1993). *O fator hiperatividade do questionário de Conners: validade conceitual e normas diagnósticas*. Rio de Janeiro: Temas.
- Barkley, R. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barroso, J. (1999). Da cultura da homogeneidade à cultura da diversidade: construção da autonomia e gestão do currículo, in Ministério da Educação (ed.). *Forum escola diversidade, currículo*. Lisboa: DEB – IIE, pp. 79-92.
- Bonardi, C.; Roussiau, N. (1999). *Les représentations sociales*. Dunod: Les Topos.
- Bradley, C. (1937). *The behavior of children receiving benzedrine*. *American Journal of Psychiatry*, pp. 94-577.
- Branco, A.; Fernandes, A. (2004). Terapêutica farmacológica na perturbação de hiperatividade e défice de atenção. *Acta Pediatr Port*, 35, http://amrf.no.sapo.pt/TF_PHDA.pdf (disponível na Internet em 3 de Julho de 2008).
- Chess, S (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive Child, *New York State Journal*, 60, pp. 2379-2385.
- Clements, S. (1966). *Minimal brain disjunction in children*. Washington: Washington DC.
- Cohen, N.; Minde, K. (1983). The “hyperactive syndrome” in kindergarten children: comparison of children with pervasive and situational symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, pp. 443–455.

Correia, L. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais – um Guia para Educadores e Professores: Coleção Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Porto Editora. pp. 7-47.

Correia, L. (2008). Educação especial: aspectos positivos e negativos do Decreto-Lei nº 3/2008, <http://www.madeira-edu.pt/Opini%C3%A3oDecretoLein%C2%BA32008/tabid/927/Default.aspx> (disponível na Internet em 9 de Julho de 2008).

Dantas, H. (1992). Afetividade e a construção do sujeito na psicogenética de Wallon, in La Taille, Y. et al, *Teorias psicogenéticas em discussão*. São Paulo: Summus Editorial Ltda.

Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro, http://sitio.dgipc.min-edu.pt/especial/Documents/dl_n_3_2008.pdf (disponível na Internet em 9 de Julho de 2008).

Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de Agosto, http://agperocovilha.ccems.pt/Decreto_Lei_319-91.pdf (disponível na Internet em 4 de Julho de 2008).

Douglas, V (1972). Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, pp. 259-282.

DuPaul, G.; Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press.

Experimental and Observational Studies in Children at Risk Michigan: The University of Michigan Press, pp. 287-291.

Falardeau, G. (1999). *As Crianças Hiperactivas*. Rio de Janeiro: Edições Cetop.

Fernandes, A. (2004). Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. *Acta Pediatr Port* 2001, 32, pp. 91-98.

Garcia, I. (2001). *Hiperactividade*. McGrawhill

Goodyear, P.; Hynd, G. (1992). Attention deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity: Behavioral and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, pp. 273-305.

Gutierrez-Moyano, Z.; Becoña, E (1989). Tratamiento de la hiperactividad. *Revista española de terapia del comportamiento*.7, pp. 3-17.

Hale, G.; Lewis, M. (1979) *Attention and Cognitive Development*. New York. Plenum.

Harmer, J. (1983) *The Practice of English Language Teaching*. Longman Handbooks for Language Teachers. New York: Longman.

- Kolde, G. (1981) *Sprachkontakte in gemischtsprachigen Städten. Vergleichende Untersuchungen über Voraussetzungen und Formen sprachlicher Interaktion verschiedensprachiger Jugendlicher in den Schweizer Städten Biel/Bienne und Fribourg/Freiburg*. Wiesbaden: Steiner.
- Littlewood, W. (1992) *Teaching Oral Communication*. Oxford: Blackwell.
- Lopes, J. (2004). *A hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- McBurnett, K.; Lahey, B.; Pfiffner, L. (1993). Diagnosis of attention deficit disorders in DSM-IV: Scientific basis and implications for education. *Exceptional Children*, 60, pp. 108-117.
- Milich, R.; Loney, J.; Landau, S. (1982). Independent dimensions of hyperactivity and aggression: A validation with playroom observation data. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, pp. 183-198.
- Parry, P.; Douglas, V. (1983). Effects of reinforcement on concept identification in hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, pp. 327-340.
- Pasamanick, B.; Knobloch, H. (1966). Retrospective Studies on the Epidemiology of Reproductive Casualty: Old and New, *Merrill-Palmer Quarterly*, 12, pp. 7-26.
- Rief, S. (1998). *The ADD/ADHD Checklist*. Prentice hall: Paramus.
- Rogoff, B. (1994). Developing understanding of the idea of communities of learners. *Mind, culture, and activity*, 1, pp. 209-229.
- Rogoff, B.; Matusov, E.; White, C. (1996). Models of teaching and learning: participation in a community of learners. *Handbook of education and human development*. Oxford: Blackwell.
- Saal, F.; Downey, R.; Lahey, M. (1980). Rating the ratings: Assessing the psychometric quality of rating data. *Psychological Bulletin*, 88, pp. 413-428.
- Sailor, W. (1991). Special education in the restructured school, *RASE: Remedial & Special Education*, 12, 8–22.
- Salisbury, C. (1991). Mainstreaming during the early childhood years. *Exceptional Children*, 58, pp. 146-155.
- Salisbury, C. (1991). Mainstreaming during the early childhood years. *Exceptional Children*, 58, pp. 146-155.
- Sanches Ferreira, M. (1991). *O tempo na tarefa e o processo de ensino-aprendizagem – estudo observacional de alguns comportamentos do professor e dos alunos*. Porto: Universidade do Porto (documento policopiado).

- Serra, H. (2002). *Educação especial, integração das crianças e adaptação das estruturas de educação*. Braga: Edições APPACDM.
- Serra, H. (2005). Paradigmas da inclusão no contexto global. *Saber & Educar*, 10. Porto: ESE de Paula Frassinetti.
- Shaywitz, S.; Shaywitz, B. (1991). Introduction to the special series on attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, pp. 68-71.
- Silva, A. (2003). *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperactivas*. São Paulo: Editora Gente.
- Silver, L. (1990). Attention-deficit hyperactive disorder: Is it a learning disability or a related disorder?, *Journal of Learning Disabilities*, 23, pp. 394-397.
- Simeonsson, R. (1994). *Risk, Resilience, and Prevention. Promoting the Well-Being of All Children*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Still, G. (1902). Some abnormal psychical conditions in children, *Lancet*, 1, pp. 1008-1168.
- Stoltzenberg, J.; Cherkes-Julkowski, M. (1991). ADHD and LD connection. *Journal of Learning Disabilities*, 24, pp. 194-195.
- Strauss, A.; Lehtinen (1947). *Psychopathology and education of the brain- injured child*. New York: Grune & Stratton.
- Turnbull, A.; Turnbull, H.; Shrank, M.; Leal, D. (1995). *Exceptional Lives – special education in today's schools*. Upper Saddle River-New Jersey: Merrill Prentice Hall, pp. 113-124, 367-419.
- Vaessen, W. (1991). The Teacher Version of the Groningen Behavior Observation Scale: Factor Structure and Norms, in A. Kalverboer (Eds.), *Developmental Biopsychology*:
- Warnock, H. (1978). *Special Needs Education: Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Wells, K. (2000). Treatment of ADHD in Children and Adolescents, in P. Barrett & T. Ollendick (Eds), *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*, New York: John Wiley and Sons, Ltd.
- Werry J. (1968). Developmental hyperactivity. *Pediatr Clin North Am*, 15, pp. 581–599.
- Will, M.. (1986). Educating children with learning problems. *Exceptional Children*, 52, pp. 411-415.

Winebrenner, S. (1996). *Teaching kids with learning difficulties in the regular classroom. Strategies and Techniques every teacher can use to challenge and motivate struggling students*. Minneapolis: Free Spirit Publishing.

Zabalza, M. (1999). Diversidade e curriculum escolar, in Ministério da Educação (ed.). *Forum escola diversidade, currículo*. Lisboa: DEB – IIE, pp. 93-119.

Zentall, S. (1985). A context for hyperactivity, in K. D. Gadow & I. Bilar (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities* (pp. 273-343). GreenwichCT: JAI Press.

Q U E S T I O N Á R I O

O presente questionário é anónimo e confidencial. Destina-se a recolher dados sobre representações que tem, enquanto docente, do aluno diagnosticado com Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção e, ao mesmo tempo, inventariar as estratégias que usa no seu processo de ensino-aprendizagem.

Ao longo das páginas que se seguem encontrará um conjunto de afirmações, com as quais poderá concordar em maior ou menor grau. Contudo, **NÃO HÁ EM NENHUM DOS QUESTIONÁRIOS, RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.** É importante que, ao responder, transmita o mais fielmente possível as suas opiniões sem se preocupar com o que possam ser, hoje, as posições da maioria dos professores ou de muitos especialistas em educação.

Por favor responda a **TODAS** as questões.

Assinale com um X apenas uma opção de resposta a cada questão.

1 – Perfil Sócio-Profissional

- 1.1. Género: Masculino Feminino
- 1.2. Idade: < 30 anos 31 - 50 anos > 50 anos
- 1.3. Categoria profissional:
- Quadro de Escola Quadro de Zona Pedagógica
- Contratado Outro. Qual? _____
- 1.4. Habilitações académicas:

Tipo de Formação	Área da Formação
Bacharelato	
Licenciatura	
Curso de Formação Especializada/ Pós-graduação	
Mestrado	
Doutoramento	

- 1.5. Área disciplinar que lecciona: _____

2 – Perfil do aluno com Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção

2.1. Quais são as áreas em défice?

2.3. – Como avalia o comportamento escolar do aluno? Use a seguinte escala: 1 – Não aplicável; 2 – Nunca; 3 – Raramente; 4 – Frequentemente; 5 – Sempre.

Tipos de Comportamento	1	2	3	4	5
a) cumpre as tarefas/ actividades propostas					
b) revela uma postura adequada à sala de aula					
c) espera pela sua vez para falar					
d) levanta-se quando tem autorização					
e) faz os trabalhos de casa					
f) trabalha em grupo de forma adequada					
g) traz o material necessário à aula					
h) é atento					
l) é paciente					
j) revela empatia com os seus pares					
k) fala apenas quando solicitado					
l) interpreta textos de forma adequada					
m) tem auto-estima					
n) leva a cabo tarefas individuais					
o) cumpre as instruções que lhe são dadas					
p) é pontual					
q) trabalha colaborativamente					
r) usa o computador de forma adequada					
s) revela uma postura calma e serena					
t) respeita os seus colegas					
u) é interessado					
v) respeita o professor					
w) gosta de aprender					
x) é responsável					
y) é trabalhador					
z) cumpre as tarefas até ao final					

3 – Estratégias do processo de ensino-aprendizagem

3.1. Selecciona a frase (A ou B) em cada item que melhor descreve a sua crença ou descreve o que faria na sua própria sala de aula. Se estiver em desacordo com ambas as opções, selecciona aquela com a qual o seu desacordo é menor. Se concordar com ambas, identifique aquela com que concorda mais.

A	Deve permitir-se aos alunos a liberdade de perseguir os seus interesses e de serem bem sucedidos nessas áreas.	Se os alunos se esforçarem e seguirem as minhas orientações, serão bem sucedidos na escola.	B
A	A utilização do espaço depende da actividade em curso.	Não gosto que um aluno se sente no meu lugar sem autorização.	B
A	Os alunos necessitam da estrutura de uma rotina diária organizada pelo professor.	A responsabilidade e a auto-disciplina são promovidas quando os alunos criam as suas próprias rotinas diárias.	B
A	As regras são importantes porque moldam o comportamento e o desenvolvimento dos alunos.	As regras da sala de aula limitam a capacidade de os alunos desenvolverem um código moral próprio.	B
A	Quando um aluno perturba a sala ou incomoda os outros alunos, posso não dizer nada mas olho directamente e com ar sério para ele.	Quando um aluno perturba a sala de aula ou incomoda os outros alunos, mando-o estar quieto.	B
A	Eu encorajo os meus alunos a tratarem-se com respeito e cortesia.	Eu obrigo os meus alunos a tratarem-se com amizade, cortesia e respeito.	B
A	Ao mudar de uma actividade de aprendizagem para outra, permito que os alunos progridam ao seu próprio ritmo, pois todos nós aprendemos com velocidades diferentes.	Ao mudar de uma actividade de aprendizagem para outra, eu dou instruções aos alunos sobre como proceder.	B
A	Geralmente, penso que é melhor atribuir lugares específicos aos alunos na sala.	Geralmente, penso que é melhor permitir que os alunos seleccionem os seus lugares na sala.	B
A	Se um aluno estiver repetidamente fora da tarefa, eu irei provavelmente castigá-lo.	Se um aluno estiver repetidamente fora da tarefa, eu irei provavelmente perguntar-lhe porque não está a trabalhar.	B
A	O professor deve decidir quais os tópicos que os alunos vão estudar e de que forma o vão fazer.	A aprendizagem torna-se significativa quando os alunos têm uma palavra a dizer relativamente aos tópicos de aprendizagem e às suas tarefas.	B
A	Quando um dos alunos não completa um trabalho a tempo, assumo que tem uma razão legítima e que o irá entregar quando estiver completo.	Quando um dos alunos mais conscienciosos não completa um trabalho a tempo, eu lembro-o que está atrasado.	B
A	Quando os alunos se comportam adequadamente, tenho por hábito comentar o seu bom comportamento elogiá-lo.	Quando os alunos se comportam adequadamente, eu costumo fornecer recompensas.	B
A	Os alunos reflectem, mas as decisões que tomam não são ainda completamente racionais e morais.	As emoções e as tomadas de decisão dos alunos devem ser consideradas legítimas e válidas.	B
A	Durante a primeira semana de aulas, costumo enunciar as regras da sala de aula e informar os alunos das consequências pela sua desobediência.	Durante a primeira semana de aulas costumo discutir as regras da sala com os alunos.	B
A	Eu especifico um tempo determinado para cada tarefa de aprendizagem e tento que os meus planos se cumpram ao máximo.	O tempo dispendido em cada tarefa de aprendizagem deve ser determinado pelas necessidades e interesses dos alunos.	B

3.2. Relativamente às seguintes afirmações, diga em que medida é que ela descreve adequadamente o que acontece na sua sala de aula ou o seu trabalho com o aluno com Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção, tendo em conta a seguinte escala: 1 – Não aplicável; 2 – Nunca; 3 – Raramente; 4 – Frequentemente; 5 – Sempre.

Tipos de Estratégias	1	2	3	4	5
1) Verifico sempre se o aluno compreendeu as instruções dadas					
2) Permito que o aluno se levante da sua cadeira, em qualquer momento					
3) Dou tempo extra para a realização das tarefas/ actividades					
4) Permito a realização de trabalhos de casa atrasados					
5) Informo o aluno das datas de avaliação					
6) Utilizo o reforço positivo e premeio a realização adequada das actividades					
7) Permito que o aluno se levante da sua cadeira apenas quando autorizo					
8) Ajudo o aluno a organizar os seus materiais					
9) Elaboro as regras de sala de aula com o aluno, redefinindo-as					
10) Uso o computador na sala de aula					
11) Informo o Encarregado de Educação sobre trabalhos de casa a realizar					
12) Ensino ao aluno comportamentos sociais adequados					
13) Há diariamente actividades cooperativas					
14) O tempo do trabalho em grupo não dura mais que 20 minutos por dia					
15) Ignoro comportamentos que visam chamar a atenção					
16) Deixo os alunos seleccionarem as temáticas a ser trabalhadas na aula					
17) Sou tolerante com todas as formas de comportamento do aluno					
18) A minha posição na sala permite-me sempre perceber o estado do aluno					
19) A punição é uma estratégia que uso quando necessária					
20) Procuo utilizar o computador com actividades interessantes					
21) Tenho muito cuidado como comunico com o aluno					
22) Procuo lidar com situações-problema recorrendo à assembleia de turma					
23) Promovo a auto-regulação e a responsabilização do aluno					
24) Ridicularizo alunos com comportamentos inadequados					
25) Levo a cabo actividades diversificadas					
26) Através do uso do computador motivo o aluno					
27) Não hesito em punir os seus comportamentos inadequados					
28) Das aulas motivadoras resultam comportamentos adequados					
29) Procuo demonstrar empatia, aceitação e compreensão pelo aluno					
30) Desenvolvo o trabalho colaborativo porque é agradável e recompensador					