

# **UM NOVO OLHAR...À PHDA NA SALA DE AULA DO 1º CICLO**

**Olga Maria Almeida Santos Carapeto**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, realizada sob a orientação científica do Doutor Ernesto Candeias Martins, Professor (UTC Ciências Sociais e Humanas) do Departamento da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

## Agradecimentos

Agradecemos a todos os que tornaram possível a realização deste projeto: professores, colegas, funcionários das escolas e diretores dos Agrupamentos de Escolas onde estive a trabalhar e onde recolhi toda a informação necessária.

Agradecemos ao Prof. Dr. Juan de Dios, da Universidade de Salamanca, e ao Prof. Dr. Ernesto Candeias Martins, da Escola Superior de Educação de Castelo Branco, pelas preciosas indicações e orientações fornecidas ao longo da conceção deste projeto de investigação.

Agradecemos às colegas de curso e amigas Cláudia Assis, Filipa Carvalho, Nádia Candeias e Vera Ragageles pelos momentos de aprendizagem partilhada, pela ajuda e disponibilidade sempre prestadas.

Por último, agradecemos em especial à família, marido e filho pela compreensão, apoio e encorajamento imprescindíveis sempre demonstrados ao longo deste tempo.

A todos, muito OBRIGADA!

## Resumo

O tema da presente investigação é sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) na sala de aula do 1º Ciclo numa tentativa de compreender e apoiar não só os alunos que têm este diagnóstico mas também de intervenção dos seus professores.

O problema deste estudo prende-se com as dificuldades sentidas diariamente pelos professores e os pais/ encarregados de educação de crianças diagnosticadas com PHDA, no contexto escolar do 1º Ciclo.

No que diz respeito à metodologia utilizada é feita uma abordagem à investigação qualitativa em educação, incidindo particularmente no estudo de caso qualitativo, pois foi aplicado o programa de intervenção cognitivo-comportamental, da Dr<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar, a uma criança com PHDA, que constitui o grupo experimental. Foram também aplicados, em forma de pré e pós-teste, as Escalas de Conners, em versão reduzida, e os Critérios de diagnóstico para a PHDA do DSM-IV-TR, aos pais e professores de duas crianças com PHDA (grupo experimental e grupo de controlo). Posteriormente, serão comparados os resultados obtidos antes e depois da aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental, a fim de se verificar se o programa obteve ou não êxito e comprovar a sua eficácia.

Quanto às conclusões do estudo é de salientar que o programa mostrou algum sucesso, pois apesar de não ser muita a diferença dos resultados obtidos na fase de pré e pós-teste, verificou-se que houve descidas na maioria das subescalas avaliadas, inclusivamente no índice de défice de atenção e hiperatividade de Conners. Devemos também salientar que os resultados do nosso estudo foram comparados com mais duas investigações que estão a decorrer sobre a aplicação do mesmo programa e que as três investigações apresentam e comprovam melhorias. Desta forma, podemos concluir que o programa de intervenção cognitivo-comportamental obteve êxito e é eficaz.

## Palavras chave

PHDA, Programa de Intervenção, Orjales, Educação Especial, Diferença, Comportamento Escolar.

### **Abstract**

The theme of this research is on Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the classroom the 1st cycle in an attempt to understand and support not only students who have this diagnosis, but also the intervention of their teachers. The problem of this study relates to the difficulties faced daily by teachers and parents / guardians of children diagnosed with ADHD in the school of the 1st cycle. Regarding the methodology used is made an approach to qualitative research in education, focusing particularly on qualitative case study, it was applied to the program of cognitive-behavioral intervention, by Dr. Isabel Orjales Villar, a child with ADHD, which is the experimental group. Were also applied in the form of pre-and post-test, Conners scales, in a shorter version, and the diagnostic criteria for ADHD in DSM-IV-TR, parents and teachers for two children with ADHD (the experimental group and control group). Subsequently, the results will be compared before and after the implementation of the program of cognitive-behavioral intervention in order to verify whether the program was successful or not and to prove its effectiveness. Regarding the conclusions of the study is to emphasize that the program has shown some success, although not as much of the difference results in the pre-and post-test, it was found that there were declines in most subscales assessed, including the index attention deficit and hyperactivity Conners. We should also note that the results of our study were compared with two investigations that are ongoing on the implementation of that program and that the three investigations show and prove improvements. Thus, we conclude that the program of cognitive-behavioral intervention was successful and effective.

### **Keywords**

ADHD, Intervention Program, Orjales, Special Education, Difference, School Behaviour.

## **Lista de abreviaturas e Siglas**

- APA**- Associação Americana de Psicologia;
- CID-10**- Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição;
- CIF**- Classificação Internacional de Funcionalidade;
- DSM-IV-TR**- Manual de Doenças Mentais, 4ª edição;
- E.E.** - Encarregado de Educação;
- NEE**- Necessidades Educativas Especiais;
- OMS**- Organização Mundial de Saúde;
- PEI**-Plano Educativo Individual;
- PHDA** - Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção;
- PICC**- Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental.

## Índice geral

Introdução.....	13
PARTE I-Enquadramento Teórico Conceptual.....	16
CAPÍTULO I - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA): do Conceito à Intervenção .....	16
1.1 - Abordagem Conceptual.....	17
1.2- Principais Características da PHDA.....	21
a)- Défice de Atenção.....	22
b)- Impulsividade .....	23
c)- Hiperatividade .....	23
1.3- Fatores associados à PHDA .....	24
a)- Comportamento.....	24
b)- Aprendizagem .....	24
c)- Desobediência.....	24
d)- Labilidade Emocional .....	24
e)- Chamar a Atenção.....	25
1.4 - Subtipos da PHDA.....	25
1.4.1- PHDA tipo Predominantemente Desatento.....	26
1.4.2- PHDA tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo.....	26
1.4.3- PHDA tipo Misto ou Combinado.....	27
1.5- Comorbilidade .....	27
1.6 - Avaliar para Intervir com sucesso na PHDA .....	28
1.6.1 - O Diagnóstico .....	28
1.6.2 - A Intervenção .....	31
a) - A Intervenção Farmacológica .....	31
b) - A Intervenção Psicossocial .....	32
c)- A Intervenção Cognitivo-Comportamental .....	33
1.7- A Inclusão Educativa e a PHDA.....	34
1.8- A PHDA no Contexto Escolar.....	35
1.8.1- Dificuldades de Aprendizagem .....	36
1.8.2- Rendimento Escolar .....	36
1.8.3- Desobediência / Problemas comportamentais .....	37
1.8.4- A Sociabilidade / Problemas na Inter-relação com os pares .....	38
1.8.5 - Problemas Médicos.....	38
1.8.6 - Estratégias a adotar para um percurso de sucesso - PHDA e as práticas pedagógicas .....	39
1.8.6.1- Dificuldades devido à Falta de Autocontrolo e Impulsividade.....	39
1.8.6.2 - Dificuldades devido à Falta de Atenção e Memória de Trabalho .....	40
1.8.6.3- Dificuldades devido à Baixa Tolerância à Frustração e ao Desejo de Reconhecimento.....	41

1.9- A Sala de Aula Ideal para crianças com PHDA no 1º Ciclo.....	42
1.10- A PHDA no Contexto Familiar .....	43
1.10.1- Orientação Gerais para Pais de crianças com PHDA.....	45
CAPÍTULO II - As Escalas de Conners e o Programa da Dr <sup>a</sup> Isabel Orjales Villar .....	47
2 - As Escalas de Conners e o Programa de Isabel Orjales Villar: que relação? .....	47
2.1 - Descrição das Escalas de Conners .....	47
a)- Aplicação das Escalas .....	49
b)- Correção das Escalas.....	49
2.2 - O Programa da Dr. <sup>a</sup> Isabel Orjales Villar .....	49
a)- Algumas Considerações sobre os Tratamentos Cognitivo-Comportamentais.....	50
b) - A Aplicação do Programa de Orjales.....	51
2.3 - A relação entre as Escalas de Conners e o Programa da Dr. <sup>a</sup> Isabel Orjales Villar..	53
PARTE II - Estudo Empírico .....	54
CAPÍTULO III - Metodologia.....	54
3.1- O <i>Design</i> do estudo.....	55
3.2- Questões de investigação .....	56
3.3- Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados.....	59
3.3.1 - Observação Naturalista .....	60
3.3.2 - Pesquisa Documental (Análise de conteúdo).....	61
3.3.3 - Entrevista (semiestruturada) .....	61
3.3.4- Análise de Conteúdo.....	62
3.3.5- Critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002).....	63
3.3.6-Escalas de Conners para pais e professores .....	64
3.3.7 - Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental.....	65
3.5 - Caracterização dos sujeitos do estudo .....	66
3.5.1 - Criança A - Grupo Experimental.....	66
a)-Percurso escolar da Criança A.....	67
b) História Familiar .....	68
c) História Desenvolvimental / Clínica .....	68
3.5.2 - Caracterização da Criança B - Grupo de Controlo .....	69
a) Percurso Escolar .....	70
b) História Familiar .....	71
c) História Desenvolvimental / Clínica.....	72
CAPÍTULO IV - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados .....	73
4.1. A análise ao programa.....	73
4.1.1 - Planificação e Desenvolvimento da Intervenção .....	74
4.1.2. Avaliação do Programa de Intervenção .....	89
4.1.2.1. Resultados do pré e pós-teste (Conners).....	89
4.1.2.2. Resultados do Pré e Pós-Teste (DSM-IV-TR) .....	98
5.2.2.3. Análise das Entrevistas .....	100

4.1.3. Avaliação Global da Intervenção .....	103
4.2. Triangulação dos dados e verificação das questões de investigação.....	105
CONCLUSÕES DO ESTUDO .....	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	119
APÊNDICES.....	122
APÊNDICE - I .....	123
NOTAS DE CAMPO (RESUMO) .....	123
APÊNDICE - II.....	125
GRELHAS DE OBSERVAÇÃO NATURALISTA .....	125
APÊNDICE - III.....	127
GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO AOS PROCESSOS DOS ALUNOS.....	127
APÊNDICE - IV.....	129
GUIÃO DA ENTREVISTA REALIZADA AO E.E.....	129
APÊNDICE - V.....	133
GUIÃO DA ENTREVISTA REALIZADA AO PROF. ....	133
APÊNDICE - VI.....	137
ANÁLISE DE CONTEÚDO DA ENTREVISTA REALIZADA AO E.E.....	137
APÊNDICE - VII .....	140
ANÁLISE DE CONTEÚDO DA ENTREVISTA REALIZADA AO PROF. ....	140
APÊNDICE - VIII .....	142
CRITÉRIOS DO DSM-IV-TR APLICADOS (PRÉ E PÓS-TESTE) .....	142
APÊNDICE - IX.....	147
PROTOCOLO DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COGNITIVO- COMPORTAMENTAL, DR.ª ISABEL ORJALES VILLAR .....	147
APÊNDICE - X.....	173
AUTORIZAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS.....	173
TERMO DE CONSENTIMENTO.....	173
APÊNDICE - XI.....	178
GRELHAS DE OBSERVAÇÃO NATURALISTA (DURANTE A APLICAÇÃO DO PROGRAMA) .....	178
APÊNDICE - XII .....	180
Fotografia do Mapa de Avaliação do Comportamento nas Sessões.....	180
ANEXOS .....	182
ANEXO - I .....	183
ESCALAS DE CONNERS - VERSÃO PARA PAIS .....	183
ANEXO - II .....	186
ESCALAS DE CONNERS - VERSÃO PARA PROFESSORES.....	186
ANEXO - III.....	189
LINHAS ORIENTADORAS PARA A INTERPRETAÇÃO DOS SCORES T E PERCENTIS.....	189
Linhas Orientadoras para a Interpretação dos Scores T (Resultado Normativo) e Percentis .....	190

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Resultados Conners (pré-teste) - Criança A-----90

Gráfico 2- Resultados Conners (pós-teste) - Criança A -----91

Gráfico 3 - Resultados Conners (pré-teste) - Criança B -----94

Gráfico 4-Resultados Conners (pós-teste) - Criança B -----95

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico da PHDA (DSM IV - TR, APA,2002)-----	29
Tabela 2- Codificação dos subtipos de PHDA (DSM IV - TR, APA,2002)-----	29
Tabela 3-Classificação Global das Fichas de Autoavaliação de cada Sessão-----	88
Tabela 4 - Síntese - Escalas Conners - Criança A -----	89
Tabela 5- Síntese -Interpretação dos resultados das E. Conners - Criança A (pré- teste)-----	90
Tabela 6 - Síntese -Interpretação dos resultados das E. Conners - Criança A (pós- teste)-----	92
Tabela 7 - Síntese - Escalas Conners - Criança B -----	93
Tabela 8 - Síntese -Interpretação dos resultados das E. Conners - Criança B (pré- teste)-----	94
Tabela 9 - Síntese -Interpretação dos resultados das E. Conners - Criança B (pós- teste)-----	96
Tabela 10 - Comparação entre a Criança A e a Criança B - Conners (Pré-teste)-	96
Tabela 11 - Comparação entre a Criança A e a Criança B - Conners (Pós-teste)-	97
Tabela 12 - Comparação entre Pré e Pós-teste das Crianças A e B - Conners-----	98
Tabela 13 - Alterações Verificadas nos Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), Professor da Criança A-----	99
Tabela 14 - Alterações Verificadas nos Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da <i>Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção</i> (PHDA), Enc. De Educação da Criança A -----	99
Tabela 15 - Alterações Verificadas nos Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da <i>Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção</i> (PHDA), Professor da Criança B-----	99
Tabela 16 - Alterações Verificadas nos Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o	

diagnóstico da <i>Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção</i> (PHDA), Enc. De Educação da Criança B-----	100
<b>Tabela 17</b> - Síntese dos instrumentos utilizados na investigação -----	103
<b>Tabela 18</b> - Síntese global das entrevistas realizadas ao E.E. e ao Prof. da Criança A -----	104
<b>Tabela 19</b> - Síntese Global da Informação Recolhida ao longo da investigação -----	106
<b>Tabela 20</b> - Síntese Global dos resultados normativos/percentis obtidos nas 3 investigações ao nível do Índice Hiperatividade e Hiperatividade de Conners - Pais---	111
<b>Tabela 21</b> - Síntese Global dos resultados normativos/percentis obtidos nas 3 investigações ao nível do Índice Hiperatividade e Hiperatividade de Conners - Professores -----	111



## Introdução

O estudo deste projeto incide na área das Ciências da Educação, Educação Especial no domínio Cognitivo e Motor, e tem como tema a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA) na sala de aula do 1º Ciclo, numa tentativa de compreender e apoiar não só os alunos que têm este diagnóstico mas também de intervenção dos seus professores.

O problema deste estudo prende-se com as dificuldades sentidas diariamente pelos professores e os pais/ encarregados de educação de crianças diagnosticadas com PHDA, no contexto escolar do 1º Ciclo do Ensino Básico.

É muito importante que se possa compreender e melhorar os problemas de comportamento dos alunos que possuem esse diagnóstico, de forma a melhorar não só a sua aprendizagem mas também a relação destes alunos com o Outro. Pois, de acordo com J. Delors (1998) quando a família falha é à escola que compete dar a resposta mais adequada ao desenvolvimento global de todas as crianças e, no nosso caso, especialmente aquelas que possuem o diagnóstico de PHDA. Porém, segundo esse autor, tal só pode acontecer quando temos conhecimento da sua problemática e quando passamos a perceber que o comportamento destas crianças não é gerado pelos seus pais, mas sim por uma disfunção que se encontra oculta e que não lhes permite ter um comportamento e uma aprendizagem igual aos seus pares.

A importância e a motivação para esta investigação surgiram da nossa experiência profissional e da dificuldade que existe em conseguir dar a resposta necessária a crianças com PHDA no contexto escolar, principalmente na sala de aula do 1º Ciclo.

No presente estudo é feita uma abordagem teórica à investigação qualitativa em educação, onde se integra o nosso estudo, incidindo particularmente na modalidade de estudo de caso e na aplicação de um programa de intervenção cognitivo-comportamental para crianças com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de atenção, da Dr.<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar.

É sabido que a PHDA pode manifestar-se muito precocemente embora cause, em regra geral, mais problemas na escola, pois o controlo da atenção e da atividade são de extrema importância não só para a aprendizagem escolar mas também para a integração social e educativa das crianças. Para os professores, são estes os alunos que necessitam mais da sua energia, atenção, paciência, tempo e, em muitos casos, são o motivo da sua própria frustração enquanto profissionais da Educação. É também aceite que são alunos difíceis de ensinar, que fazem progressos muito lentamente e requerem, por vezes, uma intervenção especializada (Brophy, 1996). Deste modo, estas crianças necessitam de um apoio especializado da Equipa de Educação Especial ou somente do apoio pedagógico personalizado do docente da Educação Especial. De uma forma geral, a Educação Especial tem como principal objetivo fazer cumprir um dos direitos das crianças que fazem parte da nossa legislação: o direito à Educação, no qual todos os alunos, inclusive os que apresentam NEE, devem ter igualdade de oportunidades para estar na escola, aceder ao currículo e ao sucesso educativo. No qual, a inclusão educativa e

social é fundamental para que exista uma adequada preparação para a vida profissional e para uma transição da escola para o emprego das crianças e jovens com NEE.

Assim, professores e alunos são afetados por esta problemática, causando a uns, instabilidade e frustração e a outros comprometendo um dos seus principais percursos de vida. Sobre o tema da hiperactividade, são referenciados neste Trabalho de projeto alguns autores como é o caso de: Russell A. Barkley, Polaino-Lorente et Ávila, Still e Cardo e Servera-Barceló.

O objetivo principal deste estudo é aplicar um programa de intervenção cognitivo-comportamental a um aluno com PHDA, para posteriormente estabelecer a comparação entre ele e outro aluno também com PHDA a quem não foi aplicado o referido programa. Desta forma, tentar-se-á provar a importância da intervenção cognitivo-comportamental em alunos com esta problemática.

A primeira parte da nossa investigação faz o enquadramento teórico conceptual da problemática da PHDA, no qual abordamos no primeiro capítulo a perturbação de hiperatividade e défice de atenção desde o conceito à sua intervenção. Apresentamos a PHDA no contexto familiar e no contexto escolar, nomeadamente na sala de aula do 1º ciclo e sobre a sua inclusão. Abordamos a importância do conhecimento etiológico desta perturbação, do seu diagnóstico e possíveis intervenções que existem ao nível das terapias mais ou menos adequadas do ponto de vista de alguns autores. Sugerimos também algumas estratégias a utilizar em contexto escolar, de forma a diminuir os incidentes entre o professor e a criança com PHDA. No capítulo II, descrevemos as Escalas de Conners e o Programa Cognitivo-comportamental da Drª Isabel Orjales Villar, de forma a tentar perceber qual é a sua relação.

A segunda parte da nossa investigação é composta por mais três capítulos. No capítulo III, definimos a metodologia que utilizamos, no qual é feita uma abordagem teórica à investigação qualitativa em educação que incide particularmente no estudo de caso. Apresentamos as nossas questões de investigação, as técnicas e instrumentos utilizados na recolha de dados (observação naturalista na sala de aula e exterior, registada em notas de campo; na análise documental aos vários documentos existentes no processo dos alunos; nas entrevistas e sua análise de conteúdo; na aplicação e análise dos resultados dos critérios do DSM IV e da escala de Conners aos pais e professores num pré e pós-teste; e planificação, implementação e avaliação do programa cognitivo comportamental da Drª. Isabel Orjales Villar), os procedimentos éticos e legais realizados e as caracterizações dos sujeitos do estudo. No capítulo V mostramos a apresentação, análise e discussão dos resultados. Neste capítulo começamos por fazer uma análise ao programa, em seguida explicamos a planificação e desenvolvimento da intervenção sessão a sessão, posteriormente, avaliamos o referido programa através da análise dos resultados do pré e pós-teste às Escalas de Conners e aos critérios de diagnóstico do DSM-IV que foram aplicadas aos pais e aos professores das crianças do estudo, realizamos uma avaliação global da intervenção, efetuámos a triangulação dos dados, a respetiva verificação das questões de investigação e, finalmente, apresentamos as conclusões do estudo.

Podemos considerar que também são objetivos deste estudo: 1)-determinar o tipo de dificuldades (comportamental, aprendizagem...) com que os professores do 1º Ciclo se deparam, no contexto escolar, ao lecionarem uma turma com crianças com PHDA; 2)-encontrar estratégias para melhorar o comportamento e a aprendizagem dos alunos com PHDA; 3)-Contribuir para

melhorar a relação das crianças com PHDA com o Outro; 4)- Contribuir para dar um novo olhar à PHDA.

Devemos ainda salientar que esta investigação está relacionada com o lado pessoal e o lado profissional, pois nos dois lados existe a necessidade de fazermos algo mais para tentar compreender e ajudar as crianças com PHDA; no sentido, de lhes conseguir proporcionar um ambiente favorável ao seu desenvolvimento não só enquanto alunos mas essencialmente enquanto pessoas.

Com o nosso estudo pretendemos contribuir com conhecimentos que permitam a melhoria da capacidade de compreensão da PHDA, na área da Educação Especial. Desta forma, esperamos ter adquirido algumas aptidões que nos habilitem, ao longo da vida, a contribuir para a melhoria da Educação e do sistema da Educação Especial.

## **PARTE I-Enquadramento Teórico Conceptual**

### **CAPÍTULO I - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA): do Conceito à Intervenção**

## 1.1 - Abordagem Conceptual

De acordo com a bibliografia encontrada, a primeira referência científica de PHDA foi a de Still (1902) que descreve um conjunto de crianças que apresentavam uma sintomatologia comportamental muito semelhante às atuais crianças hiperativas e com Perturbação de Oposição. Desde então, o interesse, a investigação e os conhecimentos sobre esta perturbação têm vindo a crescer e a renovar-se de forma versátil.

Na sua investigação, Lourenço (2009) refere que surgiram sobretudo três grandes perspetivas quanto à definição da perturbação e das suas formas de diagnóstico: a Americana, a Francesa e a da Organização Mundial de Saúde (OMS). Contudo, é a Associação Americana de Psiquiatria que mais se tem dedicado ao estudo das crianças com PHDA. Em 1968, esta perturbação foi contemplada, pela primeira vez, como uma categoria diagnóstica no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-II) sobre a designação de *Distúrbio Hiperactivo da Infância*. Na década de 70, em especial com os trabalhos de Virgínia Douglas o défice de atenção começa a emergir como um aspeto central desta perturbação, obrigando à sua redefinição conceptual. No entanto, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), esta perturbação continua a ser designada por Transtorno Hiperactivo, apresentando algumas alterações relativamente aos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Desta forma, podemos considerar que existem dois sistemas para classificar a mesma perturbação. Atualmente, uma das definições mais utilizadas pela Psiquiatria Americana e também na Europa é a da revisão da 4ª edição do Manual Estatístico de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM IV-TR, 2002). Porém, Grevet (2005) refere que o CID-10 é utilizado na Europa e oficialmente no Brasil, enquanto o DSM-IV é utilizado nos Estados Unidos da América (EUA) e como critério diagnóstico operacional da grande maioria das pesquisas científicas em PHDA.

Os critérios de diagnóstico da PHDA - referidos no DSM-IV-TR (2002) - não estabelecem grandes alterações em relação ao DSM-IV (1996). Segundo o DSM - IV, a PHDA é a perturbação neuro-comportamental mais frequente da criança, atingindo cerca de 9,2% dos rapazes e 2,9% das raparigas em idade escolar. Convém referir que esta distinção por sexos não é feita no atual DSM-IV-TR. Enquanto os critérios na CID são considerados muito restritivos, já que não permitem a realização do diagnóstico da PHDA caso não estejam presentes os sintomas de hiperatividade. Deste modo, uma grande percentagem de indivíduos que apresentam sintomas de Déficit de Atenção não é diagnosticada. Tal acontece porque para a OMS, a hiperatividade é uma desordem em que as características principais são apenas o défice da atenção e distração. Por outro lado, segundo Grevet (2005) os critérios do DSM-IV também são criticados por serem um sistema operacional muito sensível e pouco específico para a PHDA, o que origina um aumento da prevalência de indivíduos classificados como portadores desta problemática. Devemos ainda salientar que apesar de não existir um consenso quanto aos critérios mais aconselháveis para diagnosticar a PHDA, esse consenso existe em relação à existência dos três subtipos de PHDA e que estes só podem ser diagnosticados se forem utilizados os critérios do DSM-IV.

Na realidade, a PHDA resulta de uma condição neurológica que se traduz por comportamentos que denotam desatenção e hiperatividade - impulsividade inconsistentes com a idade da criança. A falha nos circuitos cerebrais de controlo da inibição e de autocontrolo impede a atenção sustentada e o retardamento da recompensa.

Relativamente à sua definição, Russell A. Barkley (1990) define-a como um distúrbio de desenvolvimento caracterizado por graus de desenvolvimento desadequados ao nível da atenção, excesso de atividade motora e impulsividade, as quais têm o seu início na primeira infância e são explicáveis por deficiências neurológicas, sensoriais, de linguagem, motoras, deficiência mental ou distúrbios emocionais severos. Na mesma abordagem conceptual, Cardo e Servera-Barceló (2005) referem que a PHDA tem uma base genética, em que estão implicados diversos fatores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações atencionais, impulsividade e uma grande atividade motora. Trata-se de um problema generalizado de falta de autocontrolo com repercussões no seu desenvolvimento, na sua capacidade de aprendizagem e no seu ajustamento social.

Enquanto para Polaino-Lorente & Ávila (2004) a hiperatividade infantil é uma perturbação da conduta, de origem neurológica e que nem sempre evolui favoravelmente. Pois, estudos recentes advertem-nos que 25% das crianças hiperativas incorrem em atos delituosos, abusam de drogas e do álcool e têm sérios problemas de personalidade na sua vida adulta. Os estudos referidos por aqueles autores evidenciam dois fatores:

- a) A principal perturbação destas crianças é o “défice de atenção” e não o “excesso de atividade motora” ;
- b) O “excesso de atividade motora” desaparece com o tempo, enquanto o “défice de atenção” normalmente persiste.

De facto, concordamos com estes estudos e com estes autores, pois é fácil encontrar muitas crianças com dificuldades de atenção e sem excesso de hiperatividade motora. Devo salientar, ainda, que tenho encontrado ao longo da minha prática docente alguns alunos com diagnóstico de PHDA, feito aos sete anos, e que, atualmente, aos dez e aos doze anos já não apresentam “excesso de atividade motora” mas continuam a apresentar grandes dificuldades de atenção.

Ao longo dos tempos, muitas são as teorias que têm vindo a ser colocadas de lado, pela sua falta de veracidade, outras, no entanto, ao longo dos tempos, têm vindo a ser reconhecidas. A dificuldade em definir adequadamente a PHDA estende-se às suas múltiplas causas. Contudo, o estudo destas causas assume um papel de relevo, quer no domínio da prevenção, quer no domínio da ação terapêutica e pedagógica, tendo em vista a melhor compreensão desta problemática. Tendo em conta alguns autores já citados, existe uma diversidade de fatores etiológicos, nomeadamente, genéticos, pré-natais, perinatais, neurológicos, ambientais e psicossociais que, no seu conjunto, podem contribuir para o aparecimento da PHDA.

Entre os múltiplos fatores etiológicos da PHDA, alguns parecem ter um peso mais significativo que outros, designadamente os fatores neurobiológicos e genéticos. Segundo Millichap (2008) algumas teorias sugerem que as crianças com PHDA podem ter algum tipo de disfunção em regiões do cérebro, ligados à regulação da atenção, à atividade, controlo e vigília. Pois, de acordo com Nieoullon (2002) cit. in Silva & Takase (2010) existem pesquisas que

comprovam que a ação da dopamina altera as funções cognitivas, principalmente aquelas que interferem com a regulação da atenção. O que vem vindo a comprovar estas hipóteses de alteração da dopamina é o efeito do metilfenidato (medicação muito utilizada na PHDA, e.g. *Ritalina, Concerta*), pois este aumenta a dopamina na fenda sináptica (espaço que existe entre os neurónios, região por onde passa o impulso nervoso) e em outras regiões cerebrais (Ballone, 2008).

A PHDA é uma perturbação que é diagnosticada em todas as classes sociais e cada criança é um caso, pois as manifestações e intensidade das manifestações variam conforme a criança. Sabemos que, interfere também no funcionamento dos diferentes ambientes, como em casa, na escola, durante as atividades de lazer, sendo marcada por desatenção ou hiperatividade-impulsividade.

O stress familiar, os problemas específicos de aprendizagem e a agressividade podem também criar situações mais complicadas a nível social, escolar e emocional nessas crianças.

No ambiente escolar, podem surgir perturbações de aprendizagem, como a dislexia, a disgrafia, a discalculia, entre outros. Tudo isto, cria na criança uma incapacidade de controlar as suas emoções, revelam uma baixa autoestima, irritam-se com facilidade e o seu humor é variável (Selikowitz, 2010).

#### **\*-Fatores Pré e Perinatais**

Os autores Polaino-Lorente & Ávila (2004) defendem que a criança hiperativa não tem nenhuma lesão cerebral, porém apresentam dois factos que influenciam o aparecimento do comportamento hiperativo:

- i. **Os incidentes pré-natais** - o tamanho da criança na altura do parto, a prematuridade ou o facto de a mãe ter ingerido certo tipo de pílulas anticoncetivas antes da gravidez parecem ter uma estreita relação com esta conduta.
- ii. **As diferenças genéticas** - existem certas características, como a cor da pele, a altura ou algumas formas de deficiência mental, que estão relacionadas com a maior ou menor produção de substâncias químicas no organismo. Deste modo, as referidas autoras defendem que pode existir uma possível incapacidade ao nível dos neurotransmissores, pois alguns genes poderão estar a controlar a sua produção.

De acordo com Ramalho (2009) cit. in Cabeleira (2009) tem-se verificado que os hábitos e consumo tabágico, no período pré-natal, são responsáveis pelas alterações do ritmo cardíaco assim como do baixo peso à nascença. O abuso de bebidas alcoólicas é responsável pelo défice de atenção, dificuldades de aprendizagem, perturbações comportamentais, atraso psicomotor e agitação motora. Enquanto o stress da mãe grávida tem sido indicado como forte influência na manifestação da perturbação da PHDA.

#### **\*-Bioquímica Cerebral**

Segundo as últimas investigações, as crianças hiperativas não têm problemas nos neurónios, mas sim no equilíbrio dos neurotransmissores que se encontram por excesso ou por

defeito. Este desequilíbrio nos neurotransmissores, como são responsáveis pela regulação da capacidade de atenção, entre outros, seria o agente responsável pela dificuldade que a criança hiperativa tem em focar a sua atenção e mantê-la durante um certo período de tempo; pela falta de autocontrolo e ajustamento do comportamento às exigências do meio; assim como pelas alterações repentinas do seu estado de ânimo (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). Estes neurotransmissores, nomeadamente a dopamina, atuam na zona pré-frontal do córtex cerebral, zona que desempenha uma importante função na planificação e regulação da conduta complexa e não automática. Devemos ainda informar que esta é a função que permite ao homem antecipar as suas ações e adaptar-se às exigências do meio envolvente de acordo.

Deste modo, de acordo com Lopes (2004, cit. in Cabeleira, 2009) esta evidência quanto à possível existência de uma deficiência ao nível dos neurotransmissores nos indivíduos hiperativos justifica-se devido ao facto das drogas estimulantes, que se supõem aumentarem a disponibilidade da dopamina no córtex pré-frontal (e.g. como é o caso do metilfenidato), revelarem uma considerável eficácia na redução dos níveis de agitação e de desinibição comportamental. Este efeito tem vindo a ser comprovado em vários estudos sobre a atividade cerebral de indivíduos hiperativos que evidenciam uma atividade diminuída na área pré-frontal do córtex, por isso alguns tratamentos desta perturbação incluem a administração de psicofármacos de forma a compensar a componente neuroquímica da PHDA. Os medicamentos utilizados são à base de metilfenidato e de dextroanfetamina, os quais têm como função facilitar a produção regulada de dopamina e de noradrenalina, que ativam as partes do cérebro aparentemente menos ativas. Desta forma, pressupõe-se que estes medicamentos venham proporcionar o equilíbrio dos neurotransmissores em causa.

Sendo assim, podemos comprovar que existe uma influência neuronal na problemática em estudo.

#### **\*-Fatores Ambientais e Psicossociais**

Polaino-Lorente & Ávila (2004) referem que alguns estudos recentes fazem-nos pensar que a hiperatividade é produzida por um ambiente stressante para a criança (e.g. alcoolismo ou depressão de um dos pais) ou então é produto de uma alteração hereditária.

No entanto, nenhuma das hipóteses foi confirmada, pois se fosse o ambiente familiar o fator responsável da hiperatividade esta problemática desapareceria aos mudarmos a criança de ambiente e, tal não acontece. Porém, no que concerne à hipótese genética, Chaves (1999) & Lopes (2004, cit. in Cabeleira 2009) referem que os fatores genéticos têm um papel significativo na PHDA, mas desconhece-se como se transmite esta perturbação, pois a informação acerca do porquê da hiperatividade infantil ainda é escassa. O único dado certo é que a incidência da hiperatividade infantil é maior nas famílias em que algum membro foi também hiperativo durante a infância.

Quanto aos fatores psicossociais, Ramalho (2009) cit. in Cabeleira (2009) defende que eles afetam não só toda a vivência humana mas também determina o sucesso e o insucesso das interações indivíduo/meio.

Assim, vários estudos efetuados têm vindo a comprovar a influência de determinadas variáveis familiares com diferentes fatores sociais, tais como, o nível sócio-económico, as

condições de vida e de trabalho dos pais, os seus recursos materiais e os estilos educativos que os adultos adotam (Cardo et al., 2005; Ramalho, 2009, cit. in Cabeleira, 2009).

Nas crianças provenientes de níveis sociais mais desfavorecidos e com circunstâncias sociais mais desfavoráveis, a agitação permanente coincide com um baixo rendimento em provas de execução, com baixa autoestima, com comportamentos antissociais e de violação de normas. Os investigadores concluíram que os fatores determinantes não são, provavelmente as condições sociais em si mesmas, mas sim, os seus efeitos psicológicos. Tal significa que as rotinas, a regulação das expectativas e os hábitos de conduta dos adultos prestadores de cuidados definem o sistema de crenças da criança que o utiliza consoante as influências que teve (Garcia, 2001; Ramalho, 2009, cit. in Cabeleira, 2009). Desta forma, invocamos a importância que o exemplo do comportamento do adulto tem sobre a conduta da criança.

Sendo assim, pode-se concordar com Banerjee (2007, cit. in Oliveira, 2010) que refere que os fatores ambientais intervêm sobre a sintomatologia e a evolução da perturbação, pois um ambiente familiar gerador de ansiedade e desestruturado pode acentuar a hiperatividade da criança mas não a pode gerar. Pois, quando estas crianças são colocadas num ambiente familiar organizado e estruturado, o seu comportamento melhora mas a hiperatividade não desaparece.

Apesar de outros fatores biológicos, genéticos e ambientais terem demonstrado a sua influência, não existem provas definitivas que confirmem que algum destes elementos seja o único responsável pela origem desta perturbação, daí que a hipótese vulgarmente admitida seja a que sugere uma etiologia multifatorial (Garcia, 2001; Rohde & Mattos, 2003; Rptta & Newra, 2006, cit. in Cabeleira, 2009).

## **1.2- Principais Características da PHDA**

São três as características fundamentais da PHDA (Défice de Atenção, Impulsividade e Hiperatividade), consideradas pela maioria dos autores como essenciais para a elaboração do diagnóstico, no entanto para a OMS, a hiperatividade é uma desordem em que as características principais são apenas o défice da atenção e distração.

Polaino-Lorente & Ávila (2004) advertem-nos para o facto de nem todas as crianças hiperativas manifestarem as mesmas características mas, sem dúvida, que as dificuldades de atenção, a impulsividade e a hiperatividade são traços comuns a todas as crianças hiperativas, ainda que se manifestem com uma intensidade muito diferente em cada criança.

Estas crianças têm mais dificuldade em controlar a sua conduta quando estão com outras crianças do que quando estão sozinhas, pois deixam de ser o centro das atenções. Os seus comportamentos não são estranhos, apenas são desestabilizadores pela frequência, pela excessiva intensidade e pela inoportunidade com que acontecem.

Segundo aqueles autores, uma criança hiperativa pode ter um “bom comportamento” na escola e ser de trato muito difícil em casa, ou vice-versa. Da mesma forma que há crianças hiperativas que podem ter um rendimento escolar satisfatório, enquanto outras revelam sérias

dificuldades na aprendizagem. Nalguns casos, estas dificuldades escolares aparecem logo nos primeiros anos, enquanto noutros casos estas dificuldades só se manifestam em anos mais avançados.

Sendo assim, devido a esta variedade de características o diagnóstico da criança hiperativa é, por vezes, difícil e complexo.

#### **a)- Défice de Atenção**

Polaino-Lorente & Ávila (2004) caracterizam o Tom Sawyer como a personagem infantil que melhor se adequa ao padrão de comportamento característico da criança hiperativa.

O que mais caracteriza a criança hiperativa é a sua dificuldade em conseguir manter a atenção durante certos períodos de tempo. Em casa, tal verifica-se quando a criança não consegue seguir as indicações e as diretrizes que lhe são dirigidas, dando até a impressão de que não ouviu o que lhe disseram ou que, simplesmente, não estava a prestar atenção. Na escola, é incapaz de se concentrar na realização das tarefas que se arrastam por um certo período de tempo, passando de tarefa para tarefa sem concluir nenhuma.

É frequente que a criança centre a sua atenção nos estímulos exteriores e menos importantes da informação que lhe é apresentada. De facto, a criança hiperativa é mais vulnerável aos estímulos do contexto ambiental do que qualquer outra, por isso tem mais facilidade em se distrair. Assim, na sala de aula, estas crianças necessitam de estar sentadas longe da janela para não se distraírem com o que se passa lá fora.

Domínguez et al. (2008, p.11) caracterizam o défice de atenção da seguinte maneira:

- Dificuldade em manter a atenção nas atividades;
- Dificuldade em concentrar-se apenas numa atividade de trabalho ou de estudo;
- Não prestar atenção suficiente aos detalhes o que implica erros na realização da atividade ou do trabalho;
- Não segue instruções e não termina as atividades ou as ordens;
- Parecem que não escutam;
- Dificuldades para organizar, planificar, completar e/ ou executar as atividades;
- Parecem evitar as atividades que requerem um maior esforço mental;
- Distraem-se facilmente por estímulos insignificantes;
- Perdem, com frequência, objetos necessários para a realização das atividades.

Porém, podem possuir atenção “automática” nas atividades que lhes interessam.

Deste modo Ramalho et al.(2009) relata que existem vários estudos, nomeadamente de García-Ogueta (2001); Orjales (1999) e Ramalho (2005), que têm vindo a verificar que os sujeitos com PHDA apresentam maiores dificuldades de atenção, ao nível da seleção da informação, em consequência dos padrões característicos desta perturbação. Pois, tal como aconteceu em várias investigações, também na investigação do autor, os sujeitos com esta perturbação evidenciaram

dificuldades de regulação atencional, que se traduziram em défices de análise e de descodificação dos elementos significantes e insignificantes e de focalização da atenção.

#### **b)- Impulsividade**

Para Polaino-Lorente & Ávila (2004) a personagem do Tom Sawyer ajuda a descrever esta característica das crianças hiperativas, pois age repentinamente, sem pensar nas consequências da sua ação. Quando inicia uma nova atividade começa com entusiasmo mas realiza-a de forma desorganizada, desestruturada e raramente a conclui. Qualquer ideia que lhe ocorra é imediatamente executada.

Na escola, os seus cadernos estão sujos e descuidados. Realiza as atividades escolares de forma irrefletida e desorganizada.

Em casa, a criança não tem paciência para seguir as regras do jogo, não sabe jogar sozinha, não se entretém com nenhum brinquedo e passa continuamente de uma atividade para outra.

Domínguez et al. (2008) referem que a impulsividade se reflete nos problemas de autocontrolo, em conseguir esperar a sua vez, responde de forma precipitada antes que as perguntas sejam formuladas de forma completa, interrompe e não deixa os outros falar.

#### **c)- Hiperatividade**

Polaino-Lorente & Ávila (2004) descrevem esta característica quando ocorrem as seguintes situações: a criança corre pela casa, de um lado para o outro, salta ou corre na rua, nunca quer ir de mão dada com os pais, anda à frente ou atrás deles. Quando está sentada numa cadeira mexe permanentemente as pernas, balança-se, levanta-se com ou sem permissão, sendo que as suas idas e vindas não têm nenhuma finalidade.

Em seguida, é apresentada a caracterização da hiperatividade por Domínguez et al. (2008, p.11):

- Abandonam o seu lugar com frequência;
- Movem constantemente as mãos e os pés;
- Correm ou saltam em situações inapropriadas;
- Apresentam dificuldades em dedicar-se de forma tranquila às diferentes atividades;
- Falam em excesso;
- Estão sempre em movimento, atuam como se fossem “impulsionados por um motor”.

Por todas as características apresentadas, as crianças hiperativas são tidas como crianças muito “difíceis” de estar e trabalhar nos vários contextos em que estão inseridas, seja em casa, na escola ou nalgum acontecimento social. Levando muitas vezes quase ao desespero quem está diariamente com elas, pois é como se o seu pensamento estivesse diretamente ligado à ação. Assim que pensam algo já o estão a praticar e isto acontece de forma contínua sem ter nenhuma finalidade. No entanto, não nos podemos esquecer que para as crianças com PHDA também não é

fácil o quotidiano, visto que estão a maior parte das vezes de castigo, magoadas ou a serem repreendidas.

### **1.3- Fatores associados à PHDA**

A problemática da PHDA provoca sofrimento, problemas de integração, de socialização e de aprendizagem. De seguida serão apresentados alguns fatores que normalmente estão associados a esta perturbação.

#### **a)- Comportamento**

Polaino-Lorente & Ávila (2004) afirmam que a criança hiperativa apresenta um comportamento totalmente imprevisível, imaturo e inapropriado para a idade, alegando ainda que as crianças hiperativas não são más mas travessas, tal como opinava a tia Polly quando se referia ao Tom. A sua impulsividade leva-os a colocar em prática qualquer um dos seus desejos e, por causa disto, metem-se constantemente em sarilhos. Por vezes, estas crianças revelam-se agressivas e violentas não só com os seus companheiros mas também com os adultos. Tal também acontece com os seus brinquedos e com os das outras crianças, destroem-nos.

#### **b)- Aprendizagem**

Para Polaino-Lorente & Ávila (2004) a maioria das crianças hiperativas apresenta dificuldades de aprendizagem. Não está em causa a sua capacidade intelectual, mas sim as suas dificuldades de atenção, a falta de reflexão e a excessiva inquietação motora, as quais prejudicam a aprendizagem, provocando um rendimento escolar baixo ou insuficiente, tal como acontecia ao Tom Sawyer.

É de salientar que nas crianças hiperativas muito inteligentes, o rendimento ainda que suficiente, não é satisfatório, devido à fraca capacidade de memorização, à facilidade de distração e o pouco tempo de concentração que as caracteriza. Algumas crianças hiperativas têm dificuldades em pronunciar certos sons, estruturar frases ou em aprender a ler e a escrever.

#### **c)- Desobediência**

Frequentemente, este é o problema mais urgente em resolver e com mais impacto quer no âmbito familiar quer no âmbito escolar, pois a criança faz o contrário do que se lhe pede ou, simplesmente, não faz. Deste modo, Polaino-Lorente & Ávila (2004) concordam que a criança hiperativa tem tendência para fazer o que é proibido, tal como o Tom Sawyer tinha ordens para não brincar com Huckleberry e que o fazia sempre que tinha ocasião. Por isso, é compreensível que os pais tenham grandes dificuldades em ensinar os seus filhos a obedecer ou em fazê-los adquirir certos hábitos de higiene e de educação.

#### **d)- Labilidade Emocional**

Polaino-Lorente & Ávila (2004) referem que a criança hiperativa está sujeita a bruscas alterações de humor, o que é determinante para o seu comportamento. Irrita-se facilmente e com grande intensidade quando os seus desejos não são satisfeitos de imediato. Com o passar do

tempo, tende a formar uma má opinião sobre si própria, destacando-se o de “ser má”, de “não ter amigos” e de “não conseguir estudar”.

Tal como a personagem de Tom, não aceita perder e não é capaz de assumir os seus próprios fracassos, dos quais se tenta defender assumindo uma atitude de gabarola ou presunçosa.

#### **e)- Chamar a Atenção**

A criança hiperativa quer ser sempre o centro das atenções, tanto na escola como em casa. Para isso, procura permanentemente uma forma de chamar a atenção dos pais ou do professor para tudo aquilo que consegue realizar com êxito (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). No entanto, também opinamos que nem sempre estas chamadas de atenção são direcionadas para mostrar o que consegue ou não realizar, pois muitas vezes estas crianças só querem é ter alguém com elas.

### **1.4 - Subtipos da PHDA**

Durante bastante tempo, a hiperatividade foi considerada por muitos como sendo a característica mais marcante da PHDA.

No entanto, na 4ª Edição do Manual Estatístico de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM IV-TR, 2002) foram descritos diferentes tipos de PHDA (**Quadro 2**):

1. Desordem por Défice de Atenção/ Hiperatividade, tipo predominantemente caracterizado pela desatenção;
2. Desordem por Défice de Atenção/ Hiperatividade, tipo predominantemente caracterizado pela hiperatividade - impulsividade;
3. Desordem por Défice de Atenção/ Hiperatividade, tipo misto.

Tal significa que algumas pessoas com PHDA podem ser excepcionalmente hiperativas e impulsivas, outras podem ser mais notoriamente afetadas por estados de desatenção e outras podem apresentar a combinação dos três traços.

Moura (2008, julho/setembro) também refere que existem três subtipos de PHDA, consoante a frequência e intensidade dos comportamentos de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que a criança exhibe:

- a) - o tipo predominantemente desatento;
- b) - o tipo predominantemente hiperativo-impulsivo;
- c)- o tipo misto ou combinado.

De seguida, far-se-á uma breve caracterização dos subtipos de PHDA.

Em nossa opinião, qualquer que seja um dos tipos de PHDA que a criança apresenta é sem dúvida uma problemática que está presente na criança e sendo assim, há uma disfunção no seu organismo que lhe vai afetar o seu normal desenvolvimento cognitivo e afetivo, podendo também pôr em risco o seu domínio motor devido à sua hiperatividade, à sua impulsividade e ao seu défice de atenção. Em seguida, far-se-á uma breve caracterização de cada um dos subtipos de PHDA.

#### 1.4.1- PHDA tipo Predominantemente Desatento

A criança aborrece-se com facilidade durante a realização de qualquer tipo de atividade, pois tem dificuldade em focar a atenção de modo a conseguir organizar e completar a tarefa.

Desta forma, os trabalhos de casa tornam-se particularmente fatigantes e, quando concluídos, encontram-se cheios de erros e rasuras.

Então, muitas vezes, o seu esforço não é felicitado nem reconhecido o que origina, ainda mais, desmotivação e aborrecimento. Frequentemente, o material escolar é perdido ou fica esquecido em casa ou na escola (Oliveira, 2010).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), são sinais de Predominância de Défice de Atenção:

- O aluno distrai-se com facilidade com estímulos irrelevantes;
- Tem dificuldade em prestar atenção aos detalhes e comete erros por falta de cuidado;
- Raramente segue instruções com cuidado e de forma completa;
- Perde ou esquece objetos, utensílios, livros;
- Salta de tarefa em tarefa sem nunca completar nenhuma.

A criança, que possui este diagnóstico, parece sonhar acordada, desloca-se de forma vagarosa e raramente se apresenta impulsiva ou hiperativa. Por este motivo, tendo em conta a minha experiência profissional, esta criança também necessita de ajuda para poder progredir nas tarefas escolares. Muitas vezes, estas crianças passam despercebidas dentro da sala de aula porque não perturbam o seu normal funcionamento mas a verdade é que elas também não estão a aprender e, muitas vezes, não o manifestam porque têm vergonha de admitir as suas incapacidades perante o professor e em frente aos colegas. Talvez isto aconteça devido às dificuldades já apresentadas e/ou à sua insegurança emocional. Deste modo, quando chega o relatório médico com o diagnóstico de PHDA- tipo predominantemente desatento, alguns professores não concordam com o conteúdo do mesmo porque associam exclusivamente a PHDA à impulsividade e à hiperatividade.

#### 1.4.2- PHDA tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo

Tal como já foi referido, criança hiperativa apresenta-se em constante movimento, mexe em tudo, fala incessantemente, tem dificuldade em manter-se sentada. Por vezes, ela sente-se agitada interiormente, tendo necessidade de estar ocupada e de fazer várias coisas ao mesmo tempo. Por outro lado, a criança impulsiva tem dificuldade em controlar as suas reações e em pensar antes de atuar. Profere comentários inapropriados, não controla as emoções e atua sem avaliar as consequências dos seus atos. Prefere obter a recompensa imediata, em vez de se empenhar em tarefas mais trabalhosas que forneçam uma recompensa mais satisfatória (Oliveira, 2010).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), são sinais de Predominância de Hiperatividade-Impulsividade:

- Apresentar-se agitado, mexendo as mãos e os pés e mexendo-se na cadeira;
- Caminhar ou levantar-se em situações em que não é esse o comportamento esperado;
- Disparar a resposta antes de concluída a pergunta;
- Tem dificuldade em esperar pela sua vez.

Costuma dizer-se que, com frequência, crianças com este tipo de PHDA transporta de imediato para a realidade o que está a pensar, isto é, o seu pensamento é transformado em ação, sem ter tempo para medir as consequências dos seus atos.

#### **1.4.3- PHDA tipo Misto ou Combinado**

Oliveira (2010) refere que na PHDA de tipo Misto ou Combinado, a criança apresenta sintomas de desatenção e de hiperatividade-impulsividade. As crianças que são portadoras da forma mista de PHDA são geralmente diagnosticadas entre os 6 e os 7 anos de idade.

A forma mista é a mais facilmente identificada, talvez, devido ao fato de ser a mais perturbadora no contexto social, escolar e familiar. As queixas de apresentação incluem comportamento agressivo ou disruptivo, hiperatividade, desinibição e capacidade de atenção reduzida. Este é o subtipo clássico de PHDA encontrado com mais frequência.

#### **1.5- Comorbilidade**

De acordo com Pereira (2008, abril, pp.69-70) a comorbilidade define-se quando existe a presença de dois diagnósticos diferentes no mesmo indivíduo, os quais podem necessitar de tratamento independente e adicional.

As comorbilidades associadas à PHDA podem ser, de entre outras, as seguintes:

- Perturbação de Oposição;
- Perturbações de Conduta/ Comportamento;
- Perturbação do Humor;
- Perturbações de Ansiedade;
- Depressão;
- Perturbação de Tiques;
- Perturbação do Espectro Autista;
- Perturbação da Linguagem;
- Perturbações Específicas da Aprendizagem;
- Abuso de Substâncias.

Em nossa opinião o fato de existirem comorbilidades em determinado indivíduo deve não só dificultar o diagnóstico correto e o tratamento adequado como também deve agravar os problemas quotidianos que existem nos diversos contextos em que estes indivíduos se inserem.

No entanto, Santos (2008) define que podem existir dois tipos de problemas associados à PHDA: problemas psiquiátricos e problemas de desenvolvimento. Os problemas psiquiátricos que ocorrem com maior frequência são a Perturbação da Oposição (Kadesjö & Gillberg, 2001, cit. por Santos, 2008) e a Perturbação do Comportamento. Enquanto os problemas de desenvolvimento que aparecem com maior frequência são: Dificuldades na Coordenação Motora, Perturbação da Aprendizagem ou dificuldades relacionadas com o desempenho académico e um nível de inteligência inferior ao das crianças sem a perturbação (Barkley, 2002, cit. por Santos 2008).

Segundo a Sociedade Americana de Psicologia (2000/2002), é comum verificar-se, nas crianças diagnosticadas com PHDA, a co-existência de um outro distúrbio de cariz psiquiátrico (Santos, 2008), daí a existência de comorbilidade.

Os sintomas característicos da PHDA afetam as interações das crianças com a sua família, não só com os seus pais mas também com os irmãos. No entanto, também se reflete no relacionamento das crianças com os seus colegas, pois como elas tendem a ser menos apreciadas e mais rejeitadas possuem menos amigos.

## **1.6 - Avaliar para Intervir com sucesso na PHDA**

Segundo Salvia & Ysseldyke (1991) cit. in Lourenço (2009), avaliar é um processo de recolha de dados com o objetivo de especificar e verificar problemas e tomar decisões sobre os indivíduos.

Deve-se salientar que o diagnóstico da PHDA é difícil de realizar, pois as crianças têm comportamentos muito diferentes umas das outras e também não existe nenhum exame rigoroso que confirme com toda a certeza se a criança tem PHDA. No entanto, os testes psicológicos têm contribuído para ajudar no diagnóstico da PHDA.

Segundo Lourenço (2009), a avaliação da criança com PHDA deve passar por várias fases: uma avaliação médica clássica, uma avaliação comportamental e uma avaliação cognitiva e escolar. Toda esta avaliação deve ser feita por vários especialistas: pediatra, psicólogo, psiquiatra, neurologista e outros, se necessário.

Não existe nenhum sinal físico nem nenhuma alteração dos resultados de análise que possam confirmar ou negar um diagnóstico, pois o diagnóstico é essencialmente clínico e baseado em critérios comportamentais (Boavida, et al, 1998, cit. por Lourenço, 2009).

A avaliação da PHDA implica a utilização de diferentes instrumentos (Barkley, 1997, cit. in Lopes, 2003) deve incluir os seguintes instrumentos: Entrevista Clínica, o Exame Médico e a aplicação de Escalas (e.g. Conners, 1997) e de Questionários para Pais e Professores. A avaliação deverá ainda incluir a Avaliação Psicológica e a Observação Direta do Comportamento (Lourenço, 2009). Em seguida, serão abordados alguns aspetos fundamentais a ter em conta quer no diagnóstico quer na intervenção a serem feitos às crianças que apresentam esta problemática.

### **1.6.1 - O Diagnóstico**

É possível fazer o diagnóstico da hiperatividade tendo em conta os critérios clínicos mencionados na CID-10 e no DSM-IV-TR, pois são muito semelhantes. No entanto, o que os distingue é o facto de a CID-10 exigir sempre a presença de sinais de todas as áreas desta perturbação, enquanto o DSM-IV admite a possibilidade de diagnóstico quando existem apenas sinais de desatenção, sem a presença dos sinais de hiperatividade-impulsividade ou vice-versa.

É importante referir que na nossa investigação apenas vamos estudar os critérios do DSM-IV-TR porque foram esses que aplicámos.

Deste modo, os critérios de diagnóstico que constam no DSM-IV-TR, da APA, enquadram-se no domínio das Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção. De uma forma geral, esse manual usa como critérios o número, a frequência e a gravidade dos sintomas

da hiperatividade, da impulsividade e da desatenção. Estes sintomas devem estar presentes antes dos sete anos de idade, devem ser persistentes por um período mínimo de seis meses, devem ser observados em dois ou mais ambientes (escola e casa) e, principalmente, devem causar um prejuízo significativo no funcionamento das atividades escolares, social e ocupacional dos seus portadores. Conforme se pode observar na **Tabela 1**.

**Tabela 1** - Critérios de Diagnóstico da PHDA (DSM IV - TR, APA,2002)

<p>A. (1) ou (2): 1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelos menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente, em relação com o nível de desenvolvimento.</p> <p><b>Falta de Atenção</b> (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas; (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades; (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente; (d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções); (e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou atividades; (f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa); (g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas); (h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; (i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.</p> <p>2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade - impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente com o nível de desenvolvimento.</p> <p><b>Hiperatividade</b> (a) com frequência movimentação excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado; (b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; (c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência); (d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio; (e) com frequência "anda" ou só atua como se estivesse "ligado a um motor"; (f) com frequência fala em excesso.</p> <p><b>Impulsividade</b> (g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado; (h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez; (i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).</p>
---

Alguns destes comportamentos disruptivos devem-se manifestar em pelo menos dois contextos (e.g.: escola e casa) e têm que já estar presentes antes dos 7 anos de idade. Porém, regra geral, muitos pediatras e psicólogos aconselham que este diagnóstico só seja feito por volta dos seis ou sete anos de idade.

Atendendo à heterogeneidade dos comportamentos e características apresentados pelos indivíduos com PHDA, o diagnóstico deve ser feito de acordo com cada um dos subtipos que se apresentam na **Tabela 2**.

**Tabela 2**- Codificação dos subtipos de PHDA (DSM IV - TR, APA,2002)

<p><b>Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto:</b> se estão preenchidos os critérios A 1 ( Falta de Atenção) e A2 (Hiperatividade) durante os últimos seis meses;</p> <p><b>Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Desatento:</b> se está preenchido o critério A1 (Falta de Atenção) mas não o critério A2 (Hiperatividade) durante os últimos seis meses;</p> <p><b>Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo:</b> se o critério A2 (Hiperatividade) está preenchido mas não o critério A1 ( Falta de Atenção) durante os últimos 6 meses.</p> <p>Notas de codificação. Para sujeitos (especialmente adolescentes e adultos) que atualmente tenham sintomas e que já não preencham todos os critérios, deve especificar-se «em Remissão Parcial».</p>
---

Segundo alguns autores os critérios de diagnóstico do DSM - IV-TR trazem algumas vantagens e desvantagens. No entanto, Barkley (1998) refere que os critérios de diagnósticos presentes no DSM-IV são os mais rigorosos e derivados empiricamente ao longo de toda a história a PHDA.

É de salientar que o comité responsável pelos estudos conducentes a estes critérios foi constituído pelos mais prestigiados investigadores na área e foram derivados a partir de inúmeras revisões bibliográficas e ainda a partir de um conjunto de escalas e questionários de despiste da perturbação.

Segundo Vieira (2009), o diagnóstico de PHDA é uma avaliação bastante complexa, pois envolve a análise de múltiplas variáveis neurológicas, neuropsicológicas (funções executivas), cognitivas e psicossociais que se encontram na base desta perturbação. Assim, para um correto diagnóstico da PHDA é indispensável recorrer à avaliação por uma equipa multidisciplinar de profissionais experientes (psicólogo, médico, pediatra, neuropediatra, pedagogo), uma vez que várias variáveis podem estar a "contaminar" os comportamentos desajustados exibidos por estas crianças.

Para se realizar um bom diagnóstico deve-se ter em conta a confirmação dos sintomas por parte dos indivíduos que lidam frequentemente com a criança, e.g. pais e professores. Essa informação deve ser recolhida junto dos pais e da escola através de entrevistas, questionários, listas de verificação e escalas de avaliação. É também importante avaliar o contexto familiar e o estilo parental (Lourenço,2009), por exemplo através da recolha de informação sobre a forma como a família encara o problema e como é a relação entre a criança e os seus pais.

Segundo Polaino-Lorente & Ávila (2004, p. 55-66), o diagnóstico da PHDA possui as seguintes fases:

- a) - Entrevista Clínica (gravidez, parto, desenvolvimento neuromotor, doenças padecidas nos primeiros anos de vida, parentes com conduta similar, escolaridade e a esfera afetivo-comportamental)/ Anamnese;
- b) - Observação da conduta da criança;
- c) - Avaliação individualizada da criança hiperativa (nível de inteligência, estilos cognitivos, integração visual-motriz, sinais neurológicos menores, exploração neurofisiológica, défice de atenção, nível de atividade motora), por exemplo através da aplicação de questionários preenchidos pelos pais e professores (e.g. Escala de Conners).

Os antecedentes de muitas crianças hiperativas revelam complicações durante a gravidez ou durante o parto. Embora não se trate de uma constante em todas as crianças hiperativas, este pode ser um fator de risco. Durante o período neonatal e na primeira infância, estas crianças apresentam dificuldades em comer e em dormir, são inquietas, irritadiças e nunca estão satisfeitas. Os pais têm de repetir dez vezes as coisas até a criança obedecer, o que significa que a desobediência é o primeiro fator a aparecer entre o primeiro e o terceiro ano de vida. Como não pensam antes de agir, são mais propensos a sofrer acidentes, por vezes graves. Na escola, acontece o mesmo, pois estas crianças nem sempre obedecem ao professor ou aos restantes intervenientes no seu processo educativo, originando assim muitas brigas e discussões com os seus colegas ou com os adultos que estão responsáveis por elas.

### 1.6.2 - A Intervenção

Para que a criança não cresça estigmatizada como a irrequieta da turma ou como o “terror” dos professores e para que não fique com o desenvolvimento prejudicado na escola e na vida social, é importante fazer-se o tratamento desta perturbação. Segundo Polaino-Lorente & Ávila (2004), é ao médico que compete fixar o diagnóstico e, quando necessário, o tratamento farmacológico, assim como a orientação relativa aos modelos psicoterapêuticos e de conduta a seguir.

A PHDA não tem cura, mas pode ser tratada, controlada e minimizada. Esta perturbação poderá exigir intervenções **médico-farmacológicas** e/ ou intervenções de **psicoterapia, como a cognitivo-comportamental**, que tem revelado os resultados mais eficazes (Lino, 2005, cit. por Vieira, 2009). Qualquer que seja a intervenção que se faça deverá ser concretizada nos contextos escola e família, garantindo assim uma maior taxa de sucesso.

Espada (2011, p. 39) refere que a intervenção deve ter como objetivos:

- melhorar as relações sociais entre os pais, os colegas e os professores;
- diminuir comportamentos disruptivos; melhorar competências académicas;
- promover a independência, o autocontrolo e a assertividade;
- melhorar a autoestima e permitir um desenvolvimento emocional mais harmonioso;
- impedir a evolução para comportamentos antissociais e de marginalidade.

Enquanto Moya (s.d., pp. 2-3) relata que os objetivos do tratamento da PHDA são: melhorar ou anular os sintomas da PHDA; reduzir ou eliminar os sintomas associados; melhorar as consequências da PHDA: na aprendizagem, na linguagem, na escrita, nas relações sociais, nas atitudes no contexto familiar, etc. O mesmo autor menciona que as três bases imprescindíveis para o tratamento são: informação exaustiva para os pais e para os professores; tratamento psicopedagógico e tratamento farmacológico.

Tendo em conta os estudos analisados, é de salientar que o tratamento farmacológico é imprescindível em 7 em cada 10 crianças com PHDA, tem que ser individualizado em cada criança, identificando a dose mínima eficaz e bem tolerada pelo seu organismo. Embora existam outras alternativas farmacológicas, o tratamento habitual faz-se mediante a toma de psicoestimulantes, que melhoram a libertação de noradrenalina e de dopamina.

Tal significa que, atualmente, na intervenção feita a crianças hiperativas, o mais frequente e eficaz são os tratamentos médicos ou farmacológicos e as terapias do comportamento (técnicas de modificação da conduta e técnicas cognitivas e comportamentais).

#### a) - A Intervenção Farmacológica

A intervenção farmacológica, apesar de ser um campo controverso, tem sido aparentemente o mais eficaz, a curto prazo, sobretudo quando utilizada conjuntamente com outras terapias. Para Falardeau (1999) o tratamento da hiperatividade com medicamentos só deve ser considerado depois de uma avaliação completa feita por especialistas e na certeza do seu diagnóstico. Os medicamentos mais utilizados no tratamento da hiperatividade são

estimulantes porque têm um efeito positivo sobre o nível de atividade cerebral e que aumentam a disponibilidade de alguns neurotransmissores cerebrais.

Até há bem pouco tempo administravam-se os medicamentos apenas nos dias em que a criança ia à escola, contudo, estudos recentes parecem demonstrar que o uso diário de medicamentos diminui o risco de efeitos secundários e que a criança os aceita melhor. Os medicamentos mais usados são psicoestimulantes como a *Dexedrina*, a *Ritalina*, o *Concerta*, o *Rubifen* e o *Cylert* baseados na Dextroanfetamina e no Metilfenidato. Com a prescrição destes fármacos pretende-se aumentar os níveis de dopamina e assim melhorar o grau de funcionalidade dos lobos frontais. Para Ribeiro (2011) este tipo de medicação deve ser ajustado às necessidades e ritmo de vida da criança. Isto porque os estimulantes de ação curta como o Ritalin e Dexedrina, produzem efeitos mais suaves, normalmente durante a manhã, o que exige diferente prescrição se a criança tiver aulas de tarde.

Espada (2011) refere que cerca de 70% a 80% das crianças que tomam estes medicamentos apresentam resultados positivos e significativas melhorias ao nível do comportamento. Sendo assim, compete ao médico a escolha do fármaco a aplicar, tendo em conta os efeitos secundários que apresentam, a confiança e a experiência que esses fármacos lhes oferecem, a duração dos mesmos e o tempo que demoram até surtirem resultados.

#### **b) - A Intervenção Psicossocial**

Atualmente, vários especialistas defendem que a intervenção farmacológica deve ser complementada com uma intervenção psicoterapêutica e psicossocial, pois os benefícios de uma terapia exclusivamente farmacológica poderão ser apenas residuais e bastante limitados no tempo em que o fármaco é administrado.

Em seguida serão apresentadas algumas estratégias a adotar numa intervenção psicossocial no contexto familiar e no contexto escolar, anunciadas por Espada (2011).

❖ **Na Família** - No que concerne ao contexto familiar, a intervenção deverá passar em primeiro lugar por, logo que se confirme o diagnóstico de PHDA, os médicos informarem os pais sobre as principais características dessas crianças e ensinar / trabalhar sobre as práticas educativas parentais mais adaptativas, através de programas de treino para pais monitorizados regularmente, onde se destaquem: técnicas eficazes para promover a disciplina e potenciar comportamentos positivos nas suas crianças; lidar e reagir de forma adequada aos comportamentos disruptivos dos filhos; estratégias disciplinares consistentes, firmes e adequadas para reforçar o comportamento adaptativo e diminuir o comportamento disruptivo; utilização de Registos de Comportamentos.

❖ **Na Escola** - Em contexto escolar, é aconselhável que os professores sigam um conjunto de estratégias que levem ao sucesso escolar e comportamental dessas crianças. Entre muitas estratégias destacamos: a elaboração de Registos Comportamentais com Sistemas de Pontos, com consequentes recompensas quando atingir o comportamento desejado, onde se identifiquem os comportamentos desajustados a serem modificados, em que a recompensa esteja claramente definida e que sejam imediatas após a observação do comportamento desejado; utilização de modelos de gestão comportamental na sala de aula; a utilização de

programas de Treino de Competências Sociais; a sala de aula bem estruturada com poucos estímulos visuais e sempre que possíveis inseridos numa turma reduzida, com alunos bem comportados e sem alunos perturbadores. Mais à frente, no ponto 1.8, aprofundaremos este tema no contexto escolar.

### **c)- A Intervenção Cognitivo-Comportamental**

Estas metodologias são as mais utilizadas, para além da medicação, e também são desenvolvidas em contextos ecológicos (família e escola).

No seu estudo, Pinho et al (2007) referem que esta intervenção é outra forma orientada para alterar o comportamento dos alunos, e consiste em tentar interferir no modo como eles pensam, vivem e interpretam as situações. O conceito base é que, ao modificar fatores internos do indivíduo, se modifica o seu comportamento. O objetivo é procurar através da abordagem cognitivo-comportamental desenvolver nos alunos um determinado conjunto de competências (aguardar a vez para responder, pensar antes de dar a resposta, auto avaliar-se, avaliar os outros, medir as consequências da sua atuação e outras). Aqueles autores referem que as estratégias desta intervenção assentam nas seguintes técnicas:

- ❖ **Auto-Monitorização** - O objetivo desta técnica é que o aluno, depois de treinado, seja capaz de autonomamente avaliar e fazer o registo do seu próprio comportamento;

- ❖ **Auto-Reforço** - Com esta técnica o aluno pode ser ensinado a aplicar o seu próprio reforço que pode ser positivo ou negativo. Poderá tomar a forma de registo em fichas ou a de acumulação de cartões, que, atingindo determinada pontuação ou montantes, serão trocados por prémios, ou pela aplicação de auto elogios como ‘fizeste muito bem’, assim mesmo’, ‘estás cada vez melhor’, ou ‘estás a portar-te bem’.

- ❖ **Auto-Instrução** - É uma estratégia que se aprende por ensino e treino e que se destina a desenvolver competências de controlo do próprio comportamento. Tem como objetivo principal o desenvolvimento da competência de autocontrolo e resume-se ao conceito do “Pára, Escuta e Olha”.

Este tipo de intervenção ensina estratégias aos alunos hiperativos para serem eles próprios a conseguir detetar e resolver alguns dos seus problemas. No entanto, estas estratégias estão longe de resolver os problemas de hiperatividade na sua manifestação mais grave, pelo que procurar tratamento exclusivamente nestas técnicas seria enganador e utópico (Pinho et. al, 2007). Sendo assim, podemos concordar com Gonçalves (2009) quando declara que a intervenção na PHDA pode ser do tipo farmacológica, através da administração de estimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina e pemolina), não farmacológica, através de estratégias comportamentais ou cognitivo-comportamentais, ou, por último, do tipo multimodal ou combinado, porque combina o tratamento farmacológico com a intervenção comportamental.

## **1.7- A Inclusão Educativa e a PHDA**

Sabemos que o direito à Educação é um direito de todos nós e que até faz parte da nossa legislação. Inclusivamente, logo no início do Decreto-lei nº 3/ 2008, de 7 de janeiro, vem referenciado que a educação inclusiva tem como principal objetivo garantir a igualdade de oportunidades, quer no acesso quer nos resultados dos alunos que possuem necessidades educativas especiais. O mesmo Decreto-lei refere ainda que o sistema e as práticas educativas devem assegurar a gestão da diversidade, tal significa que deveriam surgir os diferentes tipos de estratégias que permitiriam dar resposta às necessidades educativas dos alunos. Deste modo, Filipe (2011) refere que, atualmente, a escola acolhe alunos com diferentes proveniências culturais, sociais, económicas, com ou sem projetos de vida, interesses e vivências diversificadas, com maiores ou menores limitações em termos de aprendizagem. Podemos então afirmar que a inclusão escolar não é mais do que proporcionar a igualdade de oportunidades para todas as crianças e jovens, independentemente da sua origem, da sua raça, das suas condições físicas, intelectuais, linguísticas ou outras. Por isso, cada criança tem as suas capacidades, necessidades e especificidades próprias, as quais devem ser respeitadas para que a resposta adequada às suas necessidades seja concebida e aplicada o mais depressa possível.

De uma forma geral, todos os alunos têm necessidades educativas especiais, a diferença é que umas são visíveis ou facilmente perceptíveis enquanto outras ficam escondidas e talvez os colegas e/ ou professores nunca venham a tomar conhecimento da verdade que está acontecer com determinada criança ou jovem e que o poderá estar a perturbar de forma silenciosa. No entanto, existem casos em que essas necessidades são muito específicas e necessitam de apoios especializados, os quais podem implicar a adaptação de estratégias, recursos, conteúdos, processos, procedimentos, instrumentos e tecnologias de apoio. Estas medidas podem acontecer ao nível dos alunos e ao nível do contexto escolar. Desta forma Serrano (2005, cit. in Filipe, 2011) refere que os serviços da educação especial justificam-se como sendo uma resposta educativa para os alunos com NEE. Então podemos destacar que a educação especial e os apoios especializados surgiram com o objetivo de responder a situações muito particulares. Este tipo de apoio é considerado um apoio diferenciado, que deve ser encarado como uma pedagogia aditiva nos currículos dos alunos com NEE e não como uma pedagogia subtrativa para estes alunos. Pois, se eles têm mais dificuldades, então eles precisam de mais tempo, mais estratégias, mais conteúdos intermédios até conseguirem adquirir as competências que lhes estão destinadas. Por isso, temos que repensar no que atualmente, nalguns casos, tem vindo a ser feito nas nossas escolas, pois em nossa opinião tem sido feita uma pedagogia subtrativa.

Com a entrada em vigor do referido Decreto-lei, ficou definido o grupo-alvo que fica abrangido pela educação especial. Desta forma, a educação especial visa responder às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de caráter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social. Esta caracterização das NEE retira elementos do conceito de incapacidade preconizado

pela OMS na sua Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Crianças e Jovens (CIF-CJ), de 2007.

O Decreto-lei 3/ 2008 propõe o uso da CIF, da OMS, para determinar a elegibilidade do aluno com NEE para os serviços de educação especial e a consequente elaboração do Programa Educativo Individual (artº 6º, ponto 3). Serra (2005, cit. in Gomes,2012) refere que os serviços especializados não se restringem apenas ao docente de Educação Especial, pelo que este poderá recorrer a um especialista mais relacionado com determinada área sempre que necessitar, e.g. psicólogo, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional. De acordo com Sosin et Sosin (2005) perante um grande número de alunos na sala de aula torna-se mais difícil dar assistência à criança com PHDA de uma forma mais atenta e individualizada. No entanto, para crianças com sintomas leves e moderados de PHDA as estratégias adotadas pelo docente da turma poderão ser as suficientes. Mas, caso as crianças com esta problemática necessitem de algum apoio específico, este terá que se traduzir na existência de um docente especializado na temática da PHDA, pois o conhecimento aprofundado desta temática é fundamental para poder identificar as áreas em que a criança de melhorar para proceder a essa intervenção que se procura que seja eficaz. Para Gomes (2012) um docente especializado em PHDA terá melhor preparação e estará munido de um maior conhecimento para apoiar esta criança nas dificuldades que apresenta no contexto escolar.

### **1.8- A PHDA no Contexto Escolar**

As crianças que sofrem de PHDA são conhecidas como sendo preguiçosas, impulsivas, com baixa autoestima e falta de concentração. Logo, a escola para elas não é um ambiente de felicidade e entusiasmo. Durante a frequência do jardim-de-infância, estas crianças podem não revelar qualquer comportamento considerado inadequado, pois nesta faixa etária, estes comportamentos são comuns.

Chegadas ao 1º Ciclo, a criança com PHDA começa a ser vista como diferente, pois os seus comportamentos são diferentes das outras crianças. Surgem ainda os problemas de aprendizagem, que levam ao insucesso (Selikowitz, 2010). Polaino-Lorente & Ávila (2004, p. 34) indicam-nos que *“as principais queixas dos professores contra a criança hiperativa assentam no facto desta não conseguir permanecer no seu lugar, de incomodar os colegas durante o trabalho, de não se concentrar nas explicações do professor ou de não realizar as atividades que lhe são propostas”*.

Deste modo, os professores têm um papel importante, pois devem ser compreensivos ao lidar com estas crianças. Assim, que se determinar que as dificuldades da criança são originadas pela PHDA, temos de olhar para ela como se olhássemos para alguém cujo comportamento e insuficiências de aprendizagem, ficam a dever-se a uma incapacidade oculta que não é provocada pelos pais. Segundo Selikowitz (2010), só é possível ajudar a criança quando os professores conseguirem compreender isto. Para Vieira (2009) as crianças com PHDA, no contexto Sala de Aula, apresentam problemas no rendimento escolar, problemas no

comportamento, problemas na inter-relação com os colegas e problemas médicos. Em seguida, iremos abordar alguns dos problemas mais frequentes destas crianças no contexto escolar.

### **1.8.1- Dificuldades de Aprendizagem**

Polaino-Lorente & Ávila (2004) referem que frequentemente o insucesso escolar é associado à hiperatividade, pois 40 a 50% destas crianças têm um fraco rendimento escolar. Porém, quando os testes de inteligência são aplicados os resultados são bons, o que leva muitos pais e, inclusive os professores, a não perceberem por que motivo as crianças têm más notas. O problema da criança hiperativa que tira “más notas”, mesmo que tenha um bom nível de inteligência, é principalmente a hiperatividade e não um “atraso mental”. Tal acontece porque nos testes de inteligência é medido o nível de desenvolvimento em diferentes áreas, tais como: memória, compreensão de situações sociais, a perceção visual ou o vocabulário. Porém, algumas crianças hiperativas têm dificuldades no seu desenvolvimento intelectual e perceptivo e têm tendência para revelar um desenvolvimento intelectual desigual.

*E.g. “ Uma criança de oito anos pode mostrar uma capacidade vocabular adequada à sua idade e, no entanto, uma capacidade para compreender situações sociais própria de uma criança de cinco anos. Esta irregularidade no desenvolvimento intelectual pode originar um desajustamento da criança face à escola.” (Polaino-Lorente & Ávila, 2004, p.37)*

Segundo estes autores, quanto maior for a irregularidade no desenvolvimento das distintas capacidades que compõem a inteligência, maior será a dificuldade destas crianças para enfrentar o ensino normalizado, daí existirem muitos casos que requerem um ensino e apoio individualizado. Tal significa que estas crianças ainda não estão preparadas para aprender da mesma forma que os seus pares o conseguem fazer, pois existe uma discrepância em termos de desenvolvimento intelectual nas diferentes áreas que compõem e comandam o nosso cérebro.

Já para não falar no caso das dificuldades perceptivas da criança hiperativa, as quais são difíceis de definir, e.g: dificuldades na lateralização, não diferencia sons ou letras semelhantes de tal forma que leva a crer que não ouve ou que não vê de forma adequada. Este tipo de dificuldades perceptivas denomina-se por alterações específicas do desenvolvimento. É importante referir que nem todas as crianças hiperativas têm este tipo de alterações.

Pode afirmar-se que Polaino-Lorente & Ávila (2004) também concordam com Moreira (2009), pois referem que as dificuldades de aprendizagem da criança hiperativa são, principalmente, na aquisição e na utilização da leitura, da escrita e do cálculo. Manifestando também dificuldades em memorizar o que aprendem e em generalizar a informação adquirida.

### **1.8.2- Rendimento Escolar**

O mau rendimento escolar e as crianças hiperativas é uma associação frequente, em que mais de 90% mostram um rendimento escolar abaixo do normal. Os sintomas da PHDA explicam em parte o baixo rendimento escolar, mas aparecem quase sempre associados a problemas

específicos de aprendizagem: nas áreas de aquisição da escrita e da leitura, da expressão oral, do cálculo, etc. (Moreira, 2009, cit. por Vieira, 2009).

Há coincidências entre Polaino-Lorente & Ávila (2004) e Moreira (2009 cit. por Vieira, 2009), quando explicam que o baixo rendimento escolar das crianças hiperativas explica-se pelas características destas crianças, pois todas estas dificuldades derivam da falta de atenção, da impulsividade e da hiperatividade. A criança hiperativa distrai-se facilmente e não é capaz de manter a atenção, mesmo que por breves períodos de tempo. Como não aceita perder ou falhar, logo que a tarefa exija mais esforço a criança abandona-a com o mesmo entusiasmo com que a começou. Esta situação vem complicar ainda mais o problema, pois o baixo rendimento gera as críticas do professor.

Polaino-Lorente & Ávila (2004) afirmam que, nos primeiros anos de escolaridade, a criança hiperativa adquire mal as aprendizagens básicas da leitura, da escrita e do cálculo. Tal facto só a vai prejudicar futuramente, pois mesmo que a hiperatividade desapareça, a criança vai ter que se esforçar mais do que os restantes alunos porque lhe faltam os conhecimentos básicos e as capacidades necessárias para realizar as aprendizagens desse ano. Sendo assim, pais e professores devem atuar em conjunto tanto no processo de aprendizagem como no controlo da conduta. Diariamente, os pais também deverão trabalhar com a criança, a fim de reforçar as aprendizagens que fez.

### **1.8.3- Desobediência / Problemas comportamentais**

Polaino-Lorente & Ávila (2004) confirmam que, não todas, mas a maioria das crianças hiperativas levantam problemas de disciplina na escola, por isso são consideradas pelos seus professores como crianças “desobedientes e mal-educadas”. Normalmente, o professor classifica este comportamento como uma consequência da má adaptação da criança à escola ou atribui a culpa aos pais porque não a souberam educar.

É de salientar que tal não corresponde à verdade, pois este comportamento da criança hiperativa, devido às suas próprias características, não permite que a criança não só não se ajusta às regras da sala de aula como também manifesta estes problemas em casa.

Os problemas no comportamento aparecem associados à hiperatividade porque a criança com PHDA mostra-se irrequieta, remexe-se na cadeira, não permanece sentada quando deveria, corre excessivamente quando é inapropriado, revela dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer, por frequentemente parecer estar “cheio de energia” ou por falar em excesso (Cruz, 2008, cit. por Vieira, 2009). E são estes os comportamentos que perturbam o normal funcionamento da sala de aula e o processo de aprendizagem da própria criança e dos seus colegas. Polaino-Lorente & Ávila (2004) afirmam ainda que a criança hiperativa tanto pode ser excessivamente independente como pode ser demasiado dependente do professor. É de salientar, ainda, o facto que esta criança tem uma tendência bem vincada para dominar em qualquer situação, o que não ajuda ao bom funcionamento da aula.

#### **1.8.4- A Sociabilidade / Problemas na Inter-relação com os pares**

Para Vieira (2009) os problemas na inter-relação com os colegas surgem devido à impulsividade e à hiperatividade de uma criança com PHDA. Estes dois fatores poderão condicionar as suas relações com os pares, dificultando a sua integração social, ou porque respondem antecipadamente, ou porque (re) agem impulsivamente podendo magoar-se a si ou aos outros em atividades lúdicas, por exemplo. Enquanto Cruz (2008, cit. por Vieira, 2009) afirma que nas situações sociais, a desatenção ao manifestar-se por mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades dificultará uma interação honesta e a criação de relações duradouras.

Deste modo, Lopes (2004) cit. in Baptista (2010) defende que é importante fazer esta análise do relacionamento social não só porque esta é uma das áreas onde os problemas manifestados por crianças com PHDA são mais visíveis mas também porque estas questões têm implicações ao nível da sua futura adaptação em sociedade. Pois é no contexto escolar que estas crianças se começam a confrontar com a exigência no cumprimento das regras sociais e o recurso a comportamentos que são contrários às características que apresentam, pois têm tendência para resolver os problemas interpessoais de forma agressiva. Deste modo Baptista (2010) indica que existe uma forte ligação entre a PHDA e a agressividade física, onde se destaca uma tendência muito forte destas crianças para irritação fácil, discussões e lutas com os colegas, em situações de fácil gestão, para a maioria das crianças sem PHDA, mas que na maioria das vezes, estas crianças o tentam resolver de forma brusca e muito violenta. Desta forma, resta-nos salientar que este deve ser um dos principais motivos pelo qual as crianças com PHDA são mais rejeitadas do que crianças sem esta problemática.

#### **1.8.5 - Problemas médicos**

Quanto aos problemas médicos, de acordo com Moreira (2009, cit. por Vieira, 2009), as crianças com PHDA apresentam cinco vezes mais problemas de saúde do que as crianças ditas normais (e.g. gripes, problemas respiratórios ou otites, enurese e encoprese - estes últimos serão devido a uma imaturidade neurológica do sistema límbico). Este é um dos aspetos para o qual ainda não se encontrou explicações concretas, existindo apenas hipóteses ainda em estudo, como a de que se trata de uma imaturidade no desenvolvimento do sistema imunológico. A criança com PHDA, geralmente também apresenta problemas relacionados com o sono, nomeadamente dificuldade em adormecer.

Para Vieira (2009), o professor que seja capaz de detetar estes problemas na criança com PHDA, no contexto da sua aula, deverá procurar soluções que tornem o espaço escolar num espaço privilegiado para a interação entre alunos, de modo a que todos possam conviver num espaço social, diverso, rico e estimulante. É necessário acreditar que o aluno tem potencial para ser desenvolvido, desde que seja respeitada a diversidade e a individualidade de cada um.

### **1.8.6 - Estratégias a adotar para um percurso de sucesso - PHDA e as práticas pedagógicas**

Já dissemos que as crianças, que sofrem de PHDA, são conhecidas como sendo preguiçosas, impulsivas, com baixa autoestima e falta de concentração. Logo, a escola para elas não é um ambiente de felicidade e entusiasmo.

Durante a frequência do jardim-de-infância, estas crianças podem não revelar qualquer comportamento considerado inadequado, pois nesta faixa etária, estes comportamentos são comuns. Os professores têm um papel importante nesta fase escolar, pois devem ser compreensivos para lidar com estas crianças. De acordo com Selikowitz (2010) logo que o diagnóstico comprove que as dificuldades da criança são originadas pela PHDA, tem de se compreender que essas dificuldades acontecem porque existe uma incapacidade oculta e que tal não é provocada pelos pais. Segundo aquele autor, só quando se compreender isto é possível conseguirmos ajudar a criança.

É obrigação de todos nós educadores/ professores, conceber um sistema de aprendizagem que tenha em conta as capacidades, as necessidades, as destrezas e as limitações apresentadas pelas crianças com PHDA, através de estratégias de intervenção. Porém, segundo Nielsen (1999) a literatura existente sobre o tema refere que existe algum desconhecimento desta problemática por parte dos professores, o que condiciona a resposta às necessidades destas crianças. Tal acontece porque os professores resistem à implementação de novas estratégias, preferindo aquelas em que se sentem mais à vontade e nas quais acreditam, evocando, em simultâneo, a falta de informação, de conhecimentos, de tempo e o acréscimo de trabalho (Minke, 1996, cit. in Figueira, 2010).

Quando se lida com crianças diagnosticadas com PHDA, o mais importante é adequar o espaço físico de sala de aula e a planificação das aulas, dando especial atenção às várias estratégias que pode usar para conseguir dar resposta a todos os alunos.

De seguida, serão referenciadas algumas estratégias para melhorar o comportamento e o rendimento escolar das crianças com PHDA na sala de aula, sugeridas pela Equipa de Orientação Educativa e Psicopedagógica de Badajoz (Consejería de Educacion, 2006-2011a):

#### **1.8.6.1- Dificuldades devido à Falta de Autocontrolo e Impulsividade**

##### **a) Não permanece muito tempo sentado**

Estratégia: Tentar “legalizar” a altura em que se levanta com a frequência que o professor deseje. Trata-se de dar uma atividade à criança, no momento adequado e que sejamos nós a pedir-lhe para se levantar: e.g. dar um recado, distribuir material.

**b) Irrita ou Perturba os outros** - Devemos ter em conta se se trata de um comportamento ponderado (aqui a medida educativa mais adequada seria um castigo) ou de um ato inconsciente fruto da hiperatividade ou da impulsividade.

Estratégia: Colocar várias mesas isoladas na sala que os alunos considerem como “mesas especiais para trabalhar concentrado”. Desta forma, o aluno com PHDA pode ser colocado numa dessas mesas porque se “trabalha muito bem nesse lugar”.

**c) Corre pelos Corredores ou pelas Escadas** - Este comportamento pode apresentar-se em duas situações: ao sair da sala e na volta do recreio.

Estratégia: Ordenar o fechar da porta da sala ou acompanhar o professor até ao recreio.

Desta forma, estas estratégias apelam à negociação, compreensão e antecipação perante algumas situações de modo a evitar o conflito com estas crianças.

#### **1.8.6.2 - Dificuldades devido à Falta de Atenção e Memória de Trabalho**

O rendimento dos meninos com PHDA é melhor perante estímulos rápidos e variados.

**a) - Durante as explicações parece Não Ouvir, Joga com qualquer coisa.**

Estratégia: Se o comportamento do aluno não interfere com os outros e não parece criar-lhe problemas em acompanhar o ritmo de aprendizagem da turma, podemos tolerar este tipo de comportamento. Porém, devemos retirar-lhe aqueles objetos com que ele se distrai mais. Para os mais pequenos, podemos colocar uma cesta ou uma caixa na entrada da sala onde se colocam os lanches e/ ou os brinquedos que trouxeram até à hora do recreio.

**b) - Distrai-se durante as Explicações**

Estratégia: Apoiar as explicações em suportes visuais, mudar a entoação, fazer perguntas ao aluno, mudar de atividade com maior frequência, pedir que participe de forma ativa, fazendo de modelo dando o exemplo, distribuindo o material ou explicando com uma experiência pessoal. Também pode permitir que o aluno execute outra tarefa em paralelo e explica-lhe o conteúdo da aula mais tarde. O aluno também pode participar de uma forma mais ativa nos primeiros minutos em determinada atividade para depois o professor lhe poder confiar outra atividade em que não necessite de estar a ouvir para a conseguir realizar.

**c) - Não termina as Tarefas a Tempo**

Estratégia: Dividir a tarefa em partes mais pequenas e pedir-lhe que vá ter com o professor assim que tiver terminado um ou dois exercícios. Isso vai permitir que o aluno se mova de forma “legal” pela sala e que ao receber um pouco de atenção lhe sirva de reconhecimento ao esforço realizado. Também permite que o professor lhe possa exigir um trabalho com maior qualidade.

**d) - Comete Erros nos Exercícios por Falta de Atenção**

Estratégia: Ensinar-lhe que a realização das tarefas se divide em dois passos importantes: a execução da tarefa e a revisão da mesma. Devemos valorizar os erros corrigidos com mais entusiasmo na altura da revisão do que na altura da realização e dar-lhe tempo para que termine com tranquilidade a revisão.

Neste ponto, as estratégias apresentadas abordam a importância da tolerância e da diversificação de estratégias de forma a conseguir motivar estas crianças colocando em prática o tão desejado ensino individualizado.

### **1.8.6.3- Dificuldades devido à Baixa Tolerância à Frustração e ao Desejo de Reconhecimento**

#### **a) - Trata de Chamar a Atenção dos Outros, Faz de Palhaço, Responde ao Professor para ser o Centro de Atenção dos seus Companheiros**

Estratégias: Devemos ignorar o seu comportamento até que pare e depois focar a atenção no primeiro comportamento adequado que tiver (Isto só funciona se ninguém lhe prestar atenção).

Devemos mandá-lo sair da sala uns minutos ou sentar-se ao fundo da sala de forma a deixar de receber a atenção que estava a manter esse mau comportamento. Logo que deixe ter mau comportamento, devemos pedir-lhe que volte para o seu lugar e devemos prestar muita atenção ao primeiro comportamento positivo/ adequado que seja demonstrado pelo aluno em causa.

#### **b) - Teme fracassar, mente, esconde os trabalhos ou não diz que tem deveres**

Estratégia: Devemos enfrentar o aluno com as consequências do seu comportamento (e.g. Se copia os exercícios terá que os fazer de novo; se escondeu os trabalhos a sua caderneta será consultada...) e devemos aplicar estratégias, em momentos oportunos, para que o aluno perca o medo de enganar-se, para que ganhe confiança em si mesmo (e.g. Dividir as tarefas e colocar a dificuldade por sequências) e para que possa animar-se com mais frequência.

#### **c) - Irrita-se com qualquer Correção do Professor, Põe “Má-Cara” ou Responde Mal**

Estratégias: Se vamos corrigir algum trabalho, primeiro devemos assegurar-nos de fazer algum comentário positivo. Sugerimos as mudanças a efetuar com suavidade e ignoramos os erros que não sejam muito relevantes. Devemos acompanhar as notas negativas com comentários positivos, não utilizaremos sempre a caderneta só como via de comunicar os erros mas também de comunicar os êxitos e devemos transmitir-lhe sempre que acreditamos que terá êxito no seu futuro.

O recreio é outro lugar onde a criança se deve sentir apoiada. Elas devem ser constantemente vigiadas, ara evitar acidentes neles próprios, bem como nas outras crianças. Mas esta vigilância deve ser discreta, para que a criança não se sinta marginalizada (Selikowitz, 2010). Segundo o mesmo autor, a criança deve ainda ser incentivada a participar em jogos de equipa, uma vez que prefere os jogos individuais.

Pela importância que todas estas estratégias possuem, é importante que os professores, no início do ano letivo sejam informados pelos respetivos encarregados de educação da patologia da criança, bem como dar conhecimento do relatório médico que a acompanha. Este é o primeiro passo para que os pais estabeleçam boas relações com os professores.

## **1.9- A Sala de Aula Ideal para crianças com PHDA no 1º Ciclo**

No estudo de Ribeiro (2011), verifica-se que a sala de aula ideal será aquela que é “informal” mas “estruturada”.

Quando se fala de “formal”, quero referir-me àquele tipo de sala de aula onde espera ver todos os alunos sentados e o professor à frente a dar a sua aula. Este tipo de ambiente pode parecer “estruturado”, mas não é necessariamente assim. Desta forma, o ensino pode não estar a ser transmitido e as crianças poderão não estar completamente concentradas, logo não percebem e não aprendem.

O problema das aulas “formais” é que, infelizmente, ainda se depreende que todas as crianças aprendem da mesma maneira. E uma criança com P.H.D.A., por exemplo, poderá precisar de estar de pé à mesa e trabalhar ao seu ritmo.

O que nós concordamos, pois, em nossa opinião, desde que a criança não esteja a perturbar os outros e esteja a trabalhar, não há nenhum motivo para a impedir de estar em pé.

Por sua vez, Ribeiro (2011) revela que uma sala “bem-estruturada”, poderá ser bastante “informal”. Mas engloba uma série de pistas e instrumentos que poderão ajudar as crianças a organizar o seu trabalho e a conseguirem estar concentradas. Por exemplo, o professor poderá colocar calendários, horários, e tarefas afixadas num quadro e referir-se a eles com frequência. As crianças poderão ter um local dentro da sala de aula para a realização de determinados trabalhos. As fichas de trabalho e os exercícios poderão ser elaborados no mesmo canto onde está o quadro. Os materiais deverão estar bem organizados, por exemplo, os materiais de plástica estarão sempre no mesmo armário. O dicionário estará colocado sempre no mesmo sítio da secretária do professor.

Esta estrutura deverá ser aplicada também à área pessoal da criança. Por exemplo, os livros e materiais deverão estar organizados por temas e incutir regras de arrumo, uma vez que estas crianças têm tendência a ter mesas bastante desorganizadas. Por vezes, até pensam que estão a ser organizadas, mas apenas estão a empilhar livros.

Um grande desafio para os professores é, sem dúvida, ajudar estas crianças a organizarem-se durante um ano letivo, pois crianças com P.H.D.A. tendem a distrair-se ao longo desse tempo. No início do ano é fácil captar a sua atenção, devido à novidade da turma. A partir de Maio, o fim está à vista o que também ajuda a focar a atenção deste tipo de aluno. Mas durante o inverno e a primavera geralmente perdem-se perante as atividades. Logo dever-se-á atribuir tarefas como as diárias e as semanais. Uma ideia é colocar uma linha de tempo por cima do quadro, com cores diferentes para datas especiais, objetivos, tarefas e visitas de estudo. Uma vez por semana, toda a turma pode rever a linha e riscar o que já foi cumprido e ver o que ainda falta cumprir. Este tipo de tabelas com as linhas do tempo ajudam as crianças com P.H.D.A. nos seus problemas de organização “internos”, pois agem como modelos que a criança utiliza para desenvolver as suas próprias estratégias organizacionais.

O tempo também deverá ser estruturado, dia por dia, semana por semana e durante todo o ano letivo. Idealmente as aulas deveriam seguir a mesma rotina toda a semana como acontece

no 2.º ciclo, já no 1.º ciclo, nem sempre é assim, uma vez que não existe um horário rígido. Porém, é de salientar que quando estamos perante uma turma com uma criança com P.H.D.A. o professor deverá fazer um esforço para cumprir as regras, uma vez que estas são muito importantes para este tipo de crianças.

É muito importante que sejam avaliadas as horas de maior concentração da criança, para que se consiga formular um horário onde as disciplinas que requerem maior atenção sejam lecionadas nesse tempo.

### **1.10- A PHDA no Contexto Familiar**

Para Falardeau (1999), os pais também têm um papel importante em todo este processo e devem proporcionar ao seu filho um ambiente equilibrado e estabilizador. Mas isto não significa que o ambiente familiar seja um ambiente em que as regras não sejam cumpridas. As regras devem ser criadas antes dos problemas surgirem e devem existir para todos os membros da família, não só para a criança hiperativa.

Por sua vez, Garcia (2001) refere que as famílias de crianças hiperativas apontam que os comportamentos destas crianças são tão disfuncionais, que chegam a alterar as relações familiares, ao extremo de alguns pais desesperarem, perderem o controlo das situações e terem dificuldade em tolerar os seus filhos. Neste caso, irritar-se e zangar-se também não vai resolver os seus conflitos nem os dos seus filhos, inclusivamente pode agravá-los ainda mais. É mais eficaz controlar as próprias emoções e assumir que estas crianças exigem maiores doses de calma, de paciência e de flexibilidade do que as crianças ditas normais.

Polaino-Lorente & Ávila (2004) indicam que a frequência da hiperatividade é maior nas famílias em que um dos pais tenha sido hiperativo durante a infância. Estes autores referem que a criança hiperativa é impulsiva, inquieta e desobediente. Emocionalmente muito instável e com um temperamento explosivo, o que faz com que não aceite bem a disciplina, não tolere a frustração e se esqueça do mais elementar. Sendo assim, é importante conhecer este conjunto de traços para que se possa compreender a situação dos pais e como poderão ajudar.

Regra geral, quando uma criança apresenta um problema, os pais são sempre vistos como os primeiros culpados. Isto deve-se à ideia de que o comportamento dos pais influencia a criança mas esquecem-se que a criança também influencia os pais. É evidente que todos sabemos que existem pais e estilos educativos que não beneficiam o desenvolvimento da criança hiperativa chegando mesmo a criar-lhes vários problemas. Sendo, nalguns casos a hiperatividade uma consequência de um ambiente familiar caótico e desestruturado. Porém, não é o habitual. O mais frequente é que a criança seja hiperativa desde o nascimento, devido a um desajuste bioquímico do seu sistema nervoso. Mesmo estando medicada, é difícil lidar com uma criança hiperativa, pois a sua conduta perturba, mais do que qualquer outra criança, a estabilidade emocional dos pais. Nesta perspetiva, o primeiro problema que os pais de uma criança hiperativa terão de enfrentar é a crítica que recebem de fora do ambiente familiar (vizinhos, companheiros de trabalho, amigos).

Por outro lado, os pais consideram-se culpados porque acham que o comportamento do seu filho é uma consequência negativa da sua forma de atuar. No entanto, estes pais são mais conscientes do que os outros, dado o esforço que necessitam de fazer para manter o comportamento do seu filho sob um certo controlo. Polaino-Lorente & Ávila (2004) afirmam que, ao início, os pais começam por utilizar as mesmas estratégias educativas que receberam dos seus pais, pois funcionam com a maioria das crianças. Porém estas estratégias mostram-se ineficazes nas crianças hiperativas. Muitas vezes, quando se ignora determinado comportamento numa criança hiperativa, este tende a persistir e ela aumentará os seus comportamentos negativos até se fazer notar. Então os pais recorrem à ameaça verbal ou ao castigo físico. O que pode ser eficaz a longo prazo mas não lhes resolve o problema do momento, já que estas crianças não aceitam bem o hipotético ou o real castigo.

Aqueles autores afirmam que com o passar do tempo, os pais descobrem que é mais fácil serem eles a cumprir algumas obrigações da criança em vez de estarem a obrigá-la a cumprir. É assim que, muitas vezes, se começa por tolerar certos comportamentos inadequados no ambiente familiar. Por outro lado, também começam a culpabilizar-se por serem demasiado “duros” com a criança e por esta passar a maior parte do tempo de castigo. Percebem que esta maneira de educar não é benéfica para a criança e que apenas lhe estão a transmitir informações negativas sobre si própria. No entanto, também não conseguem encontrar nenhum método educativo que seja eficaz com esta criança. Parece que só reage quando os pais se descontrolam e se aborrecem. Quando os pais passam vários anos a atuar desta forma, desencadeiam-se vários sentimentos hostis face à criança. O que leva a aumentar a culpa dos pais porque acham que não a sabem educar e que não gostam dela. Na maioria das vezes, a mãe é a mais afetada pela conduta do filho porque passa mais tempo com ele, pelo que, pouco a pouco, passa a desculpar os pequenos comportamentos errados e passe a ser mais dura com os erros mais graves. Isto faz com que comecem a surgir os problemas com o marido, o qual a considera permissiva em certos aspetos e muito dura noutros. Provavelmente, a mãe começa a receber um *feedback* negativo não só da parte do marido, como também dos professores e dos restantes familiares. Esta situação começa a tornar-se muito angustiante, provocando mau humor e um certo mal-estar, ao ponto de poder desencadear uma depressão.

Então a mãe resolve procurar ajuda e, na maioria dos casos, recorre ao pediatra. Mas, por norma, o pediatra não deteta nenhum problema físico ou emocional na criança que perturbe a sua aprendizagem ou o seu comportamento em casa. Pelo contrário, deteta apenas uma mãe nervosa e muito ansiosa. Por isso, conclui apenas que o problema está na mãe e não no filho.

É frequente, após esta consulta que os problemas conjugais comecem a aumentar, pois ou a mãe recorre ao psiquiatra e começa a fazer medicação ou a mãe não recorre ao psiquiatra e começa a beber ou a tomar tranquilizantes para controlar a ansiedade. Sendo assim, aumenta a discórdia do casal, podendo mesmo levar à separação conjugal. É de salientar, ainda, que se a criança tem irmãos é normal que surjam conflitos entre eles. Tal vem sublinhar o stresse que a criança hiperativa gera à sua volta.

### 1.10.1- Orientação Gerais para Pais de crianças com PHDA

Não basta haver boa vontade e um esforço por ser mais tolerante e paciente, estas atitudes têm de ser acompanhadas por normas adequadas de atuação.

García (2001) indica algumas orientações de carácter mais prático que as anteriormente descritas, as quais considera fundamentais e que aqui registamos: se os pais estabelecem normas de disciplina é muito importante que as tornem explícitas, a criança tem de saber exatamente o que se espera dela pois desta forma saberá quais as consequências que se avizinham se quebrar alguma regra familiar.

De seguida, serão referenciadas mais algumas orientações gerais para os pais de crianças com PHDA, as quais são sugeridas pela Equipa de Orientação Educativa e Psicopedagógica de Badajoz, (Consejería de Educación, 2006-2011b):

- ❖ Proporcionar-lhe uma organização e supervisão diária: ter um horário e rotinas ajuda-as a enfrentar melhor as suas responsabilidades na vida;
- ❖ Captar a sua atenção: falar-lhes com clareza, de forma direta, pelo seu nome, olhando-as nos olhos e com entusiasmo. As instruções que se dão devem ser claras, simples e passo a passo;
- ❖ Negociar algumas regras e as suas consequências;
- ❖ Programar as tarefas para que saibam qual é o seu trabalho em casa;
- ❖ Dar-lhe as advertências e uma margem de tempo;
- ❖ Aplicar contingências/ condições imediatas;
- ❖ Dar um reforço à criança com frequência. Quando se porta bem, temos que dizer-lhe;
- ❖ Utilizar mais vezes a recompensa do que o castigo porque se forem constantemente castigadas não é suficiente para mudar o seu comportamento;
- ❖ Esforçar-se por ser firme;
- ❖ Alterar as frases que comecem com “Eu...” para frases que comecem com “Tu...”. Quando se utilizam frases tipo “*Tu não terminaste os teus deveres*” transmitem-se críticas a outras pessoas, as mensagens tendem a ser mais negativas e ofensivas de forma a colocar a criança na defensiva. É melhor falar de como os pais se sentem em relação a determinado problema (e.g. “*Estou realmente muito triste porque não conseguiste realizar o trabalho a tempo*”);
- ❖ Manter uma perspetiva de incapacidade: os pais devem evitar ficar zangados devido ao comportamento dos seus filhos hiperativos, o qual é causado pela PHDA; devem controlar a toma da sua medicação, verificar se são feitas as adaptações escolares que forem mais pertinentes e trabalhar com eles para que possam ter um melhor rendimento escolar.

É importante salientar que, segundo a Equipos de Atención Temprana (2003/2004), o papel dos pais/ Encarregados de Educação é imprescindível para o tratamento da criança hiperativa. Eles representam os modelos a seguir, a base fundamental sobre a qual constroem a sua própria

escala de valores, o conceito de disciplina e de autoridade. Deles depende, em grande parte, a melhor ou a pior evolução dos sintomas que apresenta a criança hiperativa.

Em síntese, revemos duas considerações fundamentais: em primeiro lugar que os pais não causam hiperatividade nos filhos, mas o seu modo de interagir pode ampliar ou atenuar o comportamento hiperativo; em segundo lugar, é imprescindível que procurem ajuda quando perceberem as suas limitações para lidarem com a criança.

Ao longo deste capítulo abordámos algumas noções importantes da PHDA: etiologia, características, fatores associados, subtipos, comorbilidade, diagnóstico, possíveis tipos de intervenção, a inclusão destas crianças no contexto escolar e como seria a sala de aula ideal do 1º Ciclo indicando algumas estratégias para o seu sucesso e finalmente, abordámos o contexto familiar sugerindo também algumas orientações para os pais de crianças com PHDA. Deste modo, tentamos abordar os pontos fundamentais para dar a conhecer e a compreender melhor esta problemática.

## **CAPÍTULO II - As Escalas de Conners e o Programa da Dr<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar**

### **2 - As Escalas de Conners e o Programa de Isabel Orjales Villar: que relação?**

#### **2.1 - Descrição das Escalas de Conners**

A importância de identificar a sintomatologia em diferentes contextos faz com que o diagnóstico seja quase impossível sem a informação sistemática dos professores que têm a oportunidade de observar o comportamento e a interação do aluno durante períodos de tempo consideráveis.

As escalas de Conners surgiram em 1969, tendo como objetivo avaliar a melhoria no comportamento da criança hiperativa, como consequência do tratamento farmacológico. Atualmente fazem parte da bateria normalizada do Instituto Nacional de Saúde Mental de Washington (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). Segundo Domínguez et al. (2008), as escalas de avaliação de Conners converteram-se nos instrumentos utilizados com mais frequência para a avaliação de sintomas de hiperatividade, falta de atenção e problemas de comportamento.

Existe uma grande variedade de escalas derivadas da original escala de Conners. Parents Rating Scale (CPRS) e Conners Teacher Rating Scale (CTRS) (Goyette, Conners y Ulrich, 1978): "Escalas de Hiperatividade para pais e professores de Conners" (CPTRS Conners Parent-Teacher Rating Scale). Estas escalas tiveram inúmeras revisões. As últimas foram no ano de 1997 são diretamente dirigidos aos pais e mães (CPRS-R) ou ao corpo docente (CTRS-R) de crianças entre os 3 e os 17 anos. O objetivo é avaliar a presença e a gravidade do comportamento relacionando-os com a PHDA. Articula-se sobre quatro fatores: oposição, Défice de atenção, hiperatividade-impulsividade e o índice da PHDA.

Existe uma forma abreviada para pais e mães de 27 itens e para professores e professoras de 28 itens. Estas versões abreviadas são bons instrumentos de investigação de rastreio, e são sobejamente utilizadas, daí julgamos que as diferenças que existem entre todas estas escalas tenham que ver essencialmente com o número de questões que é apresentado em cada uma delas.

A Conners Teacher Rating Scale (Conners 1969, 1982, cit. por Domínguez et al., 2008) foi normalizada e validada em espanhol por Farré e Narbona (1997, 2000), adaptando-a posteriormente e publicando a EDAH (Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad) com categorias espanholas por idade e género. A finalidade da EDAH é recolher informação sobre o comportamento habitual da criança. Oferece um método estruturado de observação para o corpo docente, composto por 20 elementos, que depois de ser analisado repartem-se primeiro numa escala global e, posteriormente, em 4 subescalas muitíssimo caracterizadas:

Hiperatividade-impulsividade, déficit de atenção, PHDA combinado e problemas de comportamento.

Segundo Jorge (2007), a versão revista das escalas de Conners (1997) foi a base do trabalho de aferição para a população portuguesa desenvolvido por Ana Rodrigues em 2005.

As escalas de Conners- Versão Revista apresentam formas completas e reduzidas para pais e professores, sendo que a versão para pais complementa a dos professores. As formas reduzidas das versões das Escalas de Conners completas, foram desenvolvidas de forma a conterem os fatores de derivação clinicamente mais significativos a partir do estudo das formas completas, sendo que todos os fatores e itens escolhidos para as formas reduzidas apresentam excelentes propriedades psicométricas (Rodrigues, 2005, cit. in Baptista, 2010).

As escalas de Conners (*Conners' Rating Scales- CRS-R*) são, provavelmente, os instrumentos clínicos mais utilizados no diagnóstico da hiperatividade em crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos. Existem duas escalas (escala para pais e escala para professores) e duas versões (versão completa e versão reduzida). A sua versão completa avalia as seguintes dimensões: Oposição, Problemas Cognitivos e Desatenção, Hiperatividade, Ansiedade/Timidez, Perfeccionismo, Problemas Sociais, Problemas Psicossomáticos (presente apenas na escala para pais), Índices Globais de Conners, Subescalas DSM-IV e Índices PHDA. (Conners, 1997 cit. por Moura, 2008, julho/setembro).

Por sua vez, Polaino-Lorente & Ávila (2004), descrevem que em ambas as escalas (pais e professores) existem dez perguntas que se agrupam dando origem ao “índice de hiperatividade”, por ser um dos que melhor descrevem o comportamento da criança. A escala de Conners para pais consta de noventa e três perguntas, reagrupadas em oito fatores: Alterações de Comportamento, Medo, Ansiedade, Inquietação-Impulsividade, Imaturidade-Problemas de Aprendizagem, Problemas Psicossomáticos, Obsessão, Comportamentos Antissociais e Hiperatividade.

A escala de Conners para professores é muito mais curta e é composta por trinta e nove perguntas, repartidas por seis fatores: Hiperatividade, Problemas de Comportamento, Labilidade Emocional, Ansiedade-Passividade, Comportamentos Antissociais e Dificuldades no Sono. Com o passar do tempo, Conners modificou e alterou as duas escalas, as quais continuaram idênticas às originais mas com menos perguntas.

Então com esta alteração, a escala para pais passou a ser composta por quarenta e oito perguntas, que se dividem por cinco fatores: Problemas de Comportamento, Problemas de Aprendizagem, Problemas Psicossomáticos, Impulsividade-Hiperatividade e Ansiedade.

Na escala para professores estão enumerados um conjunto de problemas comuns entre crianças em contexto escolar e passou a ser composta por vinte e oito perguntas que se dividem por quatro subescalas: a) Comportamento Oposicional; b) Problemas Cognitivos/Desatenção; (c) Excesso de Atividade Motora (Hiperatividade) e (d) Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners, a qual avalia o Índice Geral de Hiperatividade (Ramalho et. al, 2009).

Na nossa investigação aplicamos a versão reduzida da escala de Conners aos pais e professores dos nossos sujeitos, na qual iremos obter resultados em todas as subescalas. Devemos salientar que todos os resultados serão importantes para a nossa investigação, embora a subescala do Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners, aparentemente, seja

aquela que mais se destaca. No entanto, também é importante para nós percebermos se existem diferenças ao nível do comportamento nas outras subescalas.

#### **a)- Aplicação das Escalas**

Cada pergunta descreve um comportamento característico destas crianças, o qual será avaliado pelos pais e pelos professores, de acordo com a intensidade com que acontecem.

As perguntas são avaliadas através de uma escala de tipo Likert de 4 pontos, que refletem a frequência com que o problema se tem manifestado no último mês, e.g.: Nada-0, Pouco-1, Bastante-2 e Muito- 3, com exceção na versão original da escala para pais, na qual a pontuação era de 1 a 4 (Nada-1, Pouco-2, Bastante-3 e Muito-4).

#### **b)- Correção das Escalas**

Para validar os dados, há que somar as pontuações obtidas no índice de hiperatividade da escala. A cotação é feita através do somatório de cada item. Quanto maior for a pontuação que apresentarem mais frequentes serão os problemas que caracterizam as subescalas. (Ramalho et. al, 2009).

Segundo Polaino-Lorente & Ávila (2004), na escala para pais, os meninos que obtenham uma pontuação de 15 ou superior requerem um estudo em profundidade porque apresentam grandes probabilidades de serem hiperativos. Para as meninas, a pontuação é de 13 ou superior.

Na escala para professores, uma pontuação de 17 para os meninos e de 13 para as meninas também levanta suspeitas da existência de uma possível hiperatividade.

## **2.2 - O Programa da Dr.ª Isabel Orjales Villar**

A Dra. Isabel Orjales Villar é professora na Universidade Nacional de Ensino à Distância (UNED) e no Instituto de Investigação em Psicologia da Atenção (Child Institute) e tem focado a sua atividade profissional nas crianças e adolescentes com PHDA, bem como na orientação de seus familiares e profissionais no campo da educação e saúde. Um desses programas é sobre a intervenção cognitivo-comportamental para crianças com hiperatividade e défice de atenção. Quando pode, colabora com as associações na informação e formação de pais e professores.

Segundo a autora, as características da PHDA são incompatíveis com o rendimento académico, dificultam o comportamento na aula e favorecem a perda de informação, gerando assim a falta de bases académicas (cit. in [http://www.tdahcantabria.es/IsabelOrjales.html#Entrevista\\_a\\_Isabel](http://www.tdahcantabria.es/IsabelOrjales.html#Entrevista_a_Isabel)).

Deste modo, as crianças que possuem um défice de atenção têm uma disfunção ao nível do suporte cerebral para controlar a impulsividade e selecionar os estímulos a que devem prestar atenção. Por isso, uma grande parte destas crianças toma medicação, mas verifica-se que é inevitável uma intervenção psicopedagógica para ajudar a criança a estruturar os seus próprios recursos que lhe permitem controlar as respostas impulsivas, planificar e organizar o seu comportamento. Este trabalho compete aos pais, aos profissionais da educação e à própria criança (García, s.d., cit. in Villar et Polaino-Lorente, 2001).

O enfoque terapêutico da hiperatividade infantil evolui paralelamente ao conceito da PHDA, ao longo das últimas décadas. Inicialmente esta problemática era denominada como síndrome hipercinético e a sua terapêutica farmacológica teve o seu apogeu nesta altura. Porém, após o estudo da impulsividade e dos possíveis défices cognitivos que lhes estão subjacentes, essa síndrome, atualmente, denomina-se por Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção e os programas terapêuticos baseados no autocontrolo e no treino das autoinstruções adquiriram uma grande importância. Estes programas consideram já um amplo número de estratégias que têm como objetivo aliviar não só os défices cognitivos que estão relacionados com a tomada de decisões entre alternativas, adquirir uma perspetiva social e a perceção das emoções, aumentar as estratégias de resolução de problemas, entre outras; mas também os problemas comportamentais, e.g. quando não tem tarefas para fazer, a ira incontrolável, a desobediência e os comportamentos sociais negativos, entre outros (Villar et Polaino-Lorente, 2001).

#### **a)- Algumas Considerações sobre os Tratamentos Cognitivo-Comportamentais**

Segundo Villar et Polaino-Lorente (2001, pp.12-15) antes de se introduzir um programa de intervenção cognitivo-comportamental devemos ter em conta algumas considerações. Em seguida serão apresentadas algumas dessas considerações:

- ❖ O tratamento cognitivo-comportamental deve ser considerado como uma parte importante do tratamento mas não deve ser visto como um substituto de outras abordagens, pois na maioria dos casos, a administração de fármacos estimulantes, os métodos convencionais de conduta, o treino dos pais e dos professores junto das instituições escolares continuam a ser imprescindíveis.

- ❖ O tratamento cognitivo-comportamental só será benéfico naqueles casos em que tenhamos em conta as características individuais da criança.

- ❖ O tratamento cognitivo-comportamental deverá ajustar-se às diferenças individuais de temperamento, estilos de aprendizagem, resposta ao reforço e outras características, como o autoconceito e a autoestima, os estilos atribucionais, as expectativas de êxito, capacidade inicial de autocontrolo, entre outras.

- ❖ Ensinar a criança a manter a atenção pode ser um requisito imprescindível e anterior ao treino de estratégias de resolução de problemas.

- ❖ Ensinar a criança a adiar as recompensas e a superar os fracassos, é o mesmo que dizer aumentar o grau de resistência e/ ou tolerância à frustração, pode ser tão importante como ensinar-lhe técnicas que facilitem o seu rendimento.

- ❖ O programa deve ser planificado e explicado, de forma geral, pois pode ser muito útil treinar os pais, colegas, irmãos, professores e outras pessoas que interatuam com a criança no seu ambiente natural, com o objetivo de generalizar a aplicação dos comportamentos em tantos contextos em que tal seja possível e apropriado.

- ❖ A especificação deste treino é tão importante como a sua generalização. As crianças necessitam de aprender não só como usar as estratégias cognitivas mas também quando as devem usar e em que situações o seu uso pode ser inapropriado ou contraproducente.

❖ A duração das intervenções constitui um ponto crítico, todavia ainda não foi suficientemente estudado. Nuns casos, o tratamento cognitivo-comportamental deveria iniciar-se antes da administração de estimulantes com o objetivo da criança atribuir a si própria os resultados que vai obtendo, em vez de atribuir estes resultados ao “comprimido”. Contudo, para outros, a medicação feita previamente ao treino das técnicas cognitivas pode melhorar e até favorecer o aproveitamento deste tipo de programas.

❖ É importante comunicar à criança a ideia que não se vai exigir sempre uma mudança comportamental, mas que ela própria pode aprender a autoprogramar-se, a avaliar, a selecionar e a modificar o seu ambiente para otimizar os resultados que se propôs a alcançar.

❖ A mensagem de responsabilidade pessoal que o tratamento cognitivo-comportamental implica deve transmitir-se em sintonia com o desenvolvimento das competências necessárias, de forma a evitar sentimentos de culpa.

❖ O terapeuta que vai aplicar um tratamento deste tipo deve ser advertido que, sem querer, pode produzir efeitos negativos nalgumas crianças.

❖ É muito importante a relação terapeuta-criança, pois o primeiro deve servir de modelo de comportamento e constante fonte de reforços e motivação.

❖ O tratamento deve alargar-se ao contexto familiar e escolar, de forma a fazer intervir as figuras mais importantes para a criança.

Desta forma, resta-nos acentuar que este tipo de tratamento não é um substituto, mas um complemento para outros tipos de tratamento e que o seu êxito depende das características da criança e do seu estilo atribucional (se é interno ou externo), do seu contexto familiar e do seu contexto escolar.

#### **b) - A Aplicação do Programa de Orjales**

A primeira versão do programa de intervenção cognitivo-comportamental de Orjales foi desenvolvida pela autora para a sua tese de doutoramento e aplicada em Madrid, em 1991. Este programa foi inspirado no programa de Kendall, Padawer y Zupan (1980) e a versão que existe atualmente é uma versão melhorada. Foi concebido como uma ajuda prática para os terapeutas que trabalham com crianças com PHDA, nos seus três subtipos: predomínio de falta de atenção, predomínio de hiperatividade-impulsividade ou predomínio tipo combinado com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos de idade. A eficácia deste programa depende das considerações que tivermos em conta, nomeadamente (Villar et Polaino-Lorente, 2001, pp. 59-60):

❖ As sessões devem adaptar-se às características de cada criança, por isso o que se encontra no manual de aplicação (descrição das sessões e o material que se apresenta) deve ser considerado de caráter orientativo. Em cada uma das sessões são apresentados os objetivos e uma orientação prática sobre como se pode desenvolver;

❖ O número total de sessões de intervenção é meramente orientativo. O programa foi concebido em 30 sessões, com a duração de 45 a 60 minutos, mas deve adaptar-se às necessidades da criança;

❖ A aplicação deste programa é aconselhável que seja feita em sessões individuais, mas é permitido o trabalho em grupo de 2 ou 3 crianças, no máximo, nas tarefas de treino das habilidades sociais;

❖ O número de sessões dedicadas a cada um dos blocos de tratamento (autoinstruções, treino atribucional, treino do relaxamento, treino das estratégias sociais...) deve ser modificado em função das necessidades da criança. É claro que uma criança com problemas sérios de autocontrolo corporal necessita mais de cinco sessões de treino de relaxamento para conseguir algum avanço no autocontrolo;

❖ Da mesma forma, a ordem de apresentação destes blocos pode e deve ser adaptada a cada caso em particular. E.g. É provável que algumas crianças necessitem de começar com o programa de autocontrolo corporal com relaxamento antes do treino autoinstrucional;

❖ O material de fichas que deve ser utilizado no treino autoinstrucional foi selecionado tendo em conta as várias funções cognitivas que podem estar alteradas nas crianças hiperativas. Porém, o terapeuta deve selecionar, em cada caso, o material que for mais adequado em função das características de cada criança. Em cada sessão estão incluídas as fichas necessárias para a sua realização. Para cada atividade foram selecionadas três fichas com diferente nível de complexidade, por isso o terapeuta pode escolher a que for mais adequada para a sua criança;

❖ Uma das dificuldades mais encontrada na aplicação do treino autoinstrucional é a desmotivação da criança quando se exige a utilização constante e sistemática das autoinstruções. A impulsividade que caracteriza estas crianças torna difícil a sua aplicação nas primeiras sessões e a repetição requer a sua automatização, por isso este sistema torna-se muito pesado. Para tentar ultrapassar este problema, podemos recorrer ao: reforço social e aos autorregistos ou a um programa de contingências materiais, semelhante a um banco de prémios. A sua utilização fica ao critério pessoal de cada terapeuta.

De acordo com Orjales (1999, cit. in Villar et Polaino-Lorente, 2001, pp. 62-63) antes da aplicação do programa devemos recolher alguma informação sobre as características pessoais e contextuais da criança, e.g.: informação geral sobre o diagnóstico (história clínica, entrevista com pais e professores, índice de PHDA), exploração cognitiva da criança (avaliação intelectual, provas de atenção seletiva, provas de atenção contínua: visual e auditiva, estilo atribucional, avaliação do grau de independência do campo perceptivo, avaliação da impulsividade), averiguação académica (provas de avaliação, informação sobre o rendimento académico na aula), averiguação do comportamento (observação do comportamento na aula, questionário sobre o comportamento para os pais e professores e questionário sociométrico) e averiguação emocional da criança (entrevista pessoa, questionários de depressão e ansiedade infantil, provas projetivas, avaliação do autoconceito).

O referido programa foi concebido em 30 sessões para ser aplicado em determinadas atividades de 1 hora diária durante 6 semanas, aproximadamente um mês e meio. O número de sessões semanais são cinco, porém pode ser modificado até um mínimo de duas sessões semanais. Neste caso, a ordem de aplicação das sessões será a mesma, tendo de modificar-se unicamente o momento de apresentação e recolha das cartolinas da atividade do “Protagonista da Semana”, atividade que se faz com a turma, de forma que cada criança figure como protagonista durante uma semana completa (Villar et Polaino-Lorente, 2001).

### **2.3 - A relação entre as Escalas de Conners e o Programa da Dr.<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar**

Devido ao fato de não existir bibliografia sobre a relação entre as Escalas de Conners e a Dr.<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar só me resta dar a minha opinião sobre este tema.

Em minha opinião e tendo em conta a bibliografia já lida e referida, as Escalas de Conners são um dos instrumentos mais utilizados na avaliação das crianças que apresentam sintomas de PHDA e, conseqüentemente, no seu diagnóstico. Por sua vez, a Dr.<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar é uma das autoras que mais tem contribuído para transmitir informação e formação sobre esta problemática para os pais, professores, clínicos e todos os que convivem diariamente com crianças que sofrem com esta perturbação.

No tratamento da PHDA, a Dr.<sup>a</sup> Isabel Orjales tem defendido mais a importância da intervenção cognitiva-comportamental para as crianças consigam distinguir os comportamentos positivos dos comportamentos negativos, através de autoinstruções, da tomada de consciência da própria ação e das suas conseqüências, do autocontrolo emocional, etc. Esta intervenção deve ser feita no contexto pessoal, social, escolar e familiar. Daí as escalas de Conners também serem aplicadas em mais do que um contexto. Deste modo, o referido programa e estas escalas podem ser um complemento, o qual deverá ser aproveitado em dois sentidos: 1)- como elemento de recolha de informação geral sobre o diagnóstico clínico da criança antes da aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental e 2)- como um elemento de avaliação numa segunda aplicação após o referido programa ter sido aplicado. Os resultados desta avaliação seriam obtidos após a comparação dos primeiros resultados com os últimos, tratando-se assim de um pré e pós-teste, que nos permitiriam avaliar se houve ou não evolução no comportamento da criança. Por último, resta-nos salientar que esta é a estratégia que nós iremos utilizar na nossa investigação, tendo como objetivo principal perceber se houve ou não alterações no comportamento da criança nas várias subescalas. Caso se verifique que estas ocorreram então poderemos afirmar que o programa resultou.

## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**

### **CAPÍTULO III - Metodologia - Design**

### **3.1- O *Design* do estudo**

Neste capítulo, é feita uma abordagem teórica à investigação qualitativa em educação, incidindo particularmente no estudo de caso.

Segundo Guba e Lincoln (1994), a escolha da metodologia depende das respostas do investigador às questões ontológicas e epistemológicas, devendo ser os métodos a ajustar-se à metodologia predefinida. Estes autores consideram essenciais as questões do paradigma e afirmam que nenhum investigador pode desenvolver a sua pesquisa sem primeiro as clarificar, pois são elas que vão servir de guia à investigação.

A presente investigação enquadra-se na metodologia qualitativa, pois segundo Fernandes (1991), o foco desta metodologia é a compreensão mais profunda dos problemas, isto é, consiste em investigar o que está “por trás” de certos comportamentos, atitudes ou convicções. Não há, em geral, qualquer preocupação com a dimensão da amostra nem com a generalização dos resultados. Para Ludke e André (1986) a pesquisa qualitativa pode assumir várias formas, destacando-se, principalmente, a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. Ambas vêm ganhando muita aceitação e credibilidade na área da educação, mais precisamente para investigar questões relacionadas com a escola.

Ponte (1994) refere que um estudo de caso é um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social. Pretende conhecer em profundidade o seu “como” e os seus “porquês” evidenciando a sua unidade e identidade próprias. É uma investigação particularista, isto é, debruça-se deliberadamente sobre determinada situação que se supõe ser única em muitos aspetos, procurando descobrir o que tem de mais importante e característico.

Enquanto Merriam (1988) defende que o estudo de caso qualitativo caracteriza-se pelo seu carácter descritivo, indutivo, particular e a sua natureza heurística pode levar à compreensão do próprio estudo. Segundo a mesma autora, o estudo de caso é um estudo sobre um fenómeno específico tal como um programa, um acontecimento, uma pessoa, um processo, uma instituição ou um grupo social. Como principais vantagens deste tipo de investigação temos o método ideal para caracterizar e aprender acerca de um indivíduo em particular. Outra vantagem muito importante nos estudos de caso é o facto de o investigador poder, a qualquer momento da investigação, alterar os métodos da recolha de dados e estruturar novas questões de investigação.

Para Yin (1989, in Martins, 1996), o estudo de caso consiste numa descrição e análise muito esmiuçada de todos os indicadores e fatores que constituem as unidades sociais e/ou as entidades educativas de carácter único. Pois, segundo Martins (1996), uma das finalidades do estudo de caso é tentar compreender profundamente aquela realidade única; seja no indivíduo, na família, no grupo, na instituição social e/ou escolar ou até na comunidade em estudo.

Alguns autores apresentam várias características para o estudo de caso; por exemplo, um deles, Stake (1994, et al. in Martins, 1996) referem que o estudo de caso possui a capacidade de

criar hipóteses e descobrimentos, pois ao centrar-se nos interesses dos participantes no estudo possui também a flexibilidade necessária para ser aplicado às situações naturais que estão a ser investigadas. Os mesmos autores afirmam que existem quatro propriedades que são indispensáveis ao estudo de caso, são elas: ser particular, ser descritivo, ser heurístico e ser indutivo. Enquanto os seus objetivos se resumem em cinco pontos:

*“descrever e analisar situações únicas; gerar hipóteses que contrastem com outros estudos mais rigorosos; aquisição de conhecimentos; diagnosticar uma situação para orientar ações de intervenção; e complementa as informações provenientes de investigações quantitativas.” (Martins, 1996, p.15)*

Sendo assim, a minha opção pelo estudo de caso baseia-se no que é defendido por Merriam (1998) e por Martins (1996), uma vez que a presente investigação vai ao encontro da necessidade de compreender as dificuldades sentidas pelos professores e pais/ Encarregados de Educação de crianças com PHDA diagnosticadas, em contexto escolar, mais concretamente no 1º Ciclo. Este estudo de caso tem como principal objetivo não só aplicar o programa de intervenção cognitivo-comportamental, da Dr.ª Isabel Orjales Villar, a um aluno com PHDA, mas também testar a sua eficácia através da aplicação da Escala de Connors e dos Critérios do DSM-IV-TR, num pré e pós-teste.

Em seguida iremos apresentar as questões de investigação.

### 3.2- Questões de investigação

O presente estudo terá como pergunta de partida (PROBLEMA) a seguinte questão, já referida na introdução:

- Quais as **dificuldades** (comportamental, aprendizagem, relação pedagógica...) sentidas diariamente pelo professor e pelos pais/ encarregados de educação de crianças com PHDA, no contexto escolar do 1º Ciclo?

Em termos de questões de investigação do estudo estabelecemos cinco questões que apresentamos a seguir, denominando-as por **QUE** nº:

**QUE 1: Como melhorar o comportamento e a aprendizagem dos alunos com PHDA, na sala de aula do 1º Ciclo?**

Pois, atualmente devido ao elevado número de crianças em cada turma torna-se ainda mais difícil conseguir dar o apoio necessário que cada uma carece. Polaino-Lorente & Ávila (2004, p. 34) indicam-nos que *“as principais queixas dos professores contra a criança hiperativa assentam no facto desta não conseguir permanecer no seu lugar, de incomodar os colegas durante o trabalho, de não se concentrar nas explicações do professor ou de não realizar as atividades que lhe são propostas”*.

Por sua vez, Ribeiro (2011) revela que uma sala “bem-estruturada”, poderá ser bastante “informal”. Mas engloba uma série de pistas e instrumentos que poderão ajudar as crianças a organizar o seu trabalho e a conseguirem estar concentradas. Por exemplo, o professor poderá

colocar calendários, horários, e tarefas afixadas num quadro e referir-se a eles com frequência. As crianças poderão ter um local dentro da sala de aula para a realização de determinados trabalhos. Fichas de trabalho e exercícios poderão ser elaborados no mesmo canto onde está o quadro. Os Materiais deverão estar bem organizados, por exemplo, materiais de plástica estarão sempre no mesmo armário. O Dicionário estará colocado sempre no mesmo sítio da secretária do professor.

No entanto, devido à atual conjuntura económica que o nosso país atravessa, foi regulamentada nova legislação em relação ao número de alunos por turma, a qual não vem ajudar a melhorar a situação existente visto que vem aumentar o número de alunos por turma. Tal pode-se comprovar com a análise do Despacho nº 5106-A/ 2012, de 12 de abril, onde podemos encontrar que na educação pré-escolar os grupos serão constituídos por um mínimo de 20 e um máximo de 25 crianças, não podendo ultrapassar esse limite, embora, quando se trate de um grupo homogêneo de crianças de 3 anos de idade, não pode ser superior a 15 o número de crianças confiadas a cada educador.

No que diz respeito ao 1º ciclo, as turmas serão constituídos por um mínimo de 20 e um máximo de 25 crianças, não podendo ultrapassar esse limite.

E, por último, do 2º ciclo ao secundário, as turmas serão constituídas por um número mínimo de 26 alunos e um máximo de 30 alunos.

É de salientar que nos casos, em que as turmas integrem alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) de carácter permanente, e cujo programa educativo individual (PEI) assim o determine, serão constituídas por 20 alunos, no máximo, não podendo incluir mais de 2 alunos nestas condições.

Sendo assim, se o número de alunos aumenta, logo diminui o tempo que o professor tem para responder, de forma individualizada, às necessidades e capacidades dos seus alunos, em especial aos que apresentam maiores dificuldades.

## **QUE 2: Qual o conhecimento que o professor destas crianças tem sobre a sua problemática?**

É fundamental conhecer a problemática para conseguirmos compreender estas crianças, pois, segundo Selikowitz (2010), assim que se determinar que as dificuldades da criança são originadas pela PHDA, temos de olhar para ela como se olhássemos para alguém cujo comportamento e insuficiências de aprendizagem se ficam a dever a uma incapacidade oculta que não é provocada pelos pais. Deste modo, os professores têm um papel muito importante, pois devem ser compreensivos com estas crianças; só assim é possível conseguir ajudá-las.

Para J. Delors et al. (1998), a família é a primeira escola da criança, mas quando o meio familiar falha ou é deficiente, é à escola que compete manter vivas, ou mesmo fornecer, as potencialidades de aprendizagem. Por isso, é preciso dar particular atenção a todos os aspetos da educação destinada a crianças vindas de meios desfavorecidos (e.g. as crianças de rua, os órfãos, as vítimas de guerra ou de outras catástrofes), de forma que os esforços efetuados por parte dos educadores sejam apoiados e reconhecidos. Quando as crianças têm necessidades

específicas que não podem ser diagnosticadas ou satisfeitas no seio da família, é à escola que compete fornecer ajuda e orientação especializadas de modo a que possam desenvolver os seus talentos, apesar das dificuldades de aprendizagem e das deficiências físicas. Porém para que tal possa acontecer é indispensável que o professor conheça a sua problemática e tenha consciência da importância do seu papel na vida dos seus alunos.

**QUE 3: Será que o professor do 1º Ciclo consegue, ou não, adequar o seu papel/perfil e a prática pedagógica aos alunos com PHDA?**

Então J. Delors et al. (1998) apontam, no seu relatório, que no conceito de Educação existe não só uma necessidade imediata de reciclagem profissional como também existe uma necessidade de renovação cultural, pois vivemos numa sociedade em constante transformação. Por isso, como “ a tradição já não é o que era”, as pessoas precisam de recorrer, constantemente, aos seus conhecimentos e à sua capacidade de discernimento para poderem orientar-se, pensar e agir. A educação não pode estar descompartmentada no tempo e no espaço, caso contrário torna-se numa dimensão da própria vida. Em suma, os referidos autores recomendam que o conceito de Educação deve estar relacionado com a ideia de “educação ao longo de toda a vida”, pois esta é a chave necessária para abrir e manter abertas as portas do século XXI. Desta forma tentar-se-á aproveitar todas as oportunidades oferecidas pela sociedade, transformando outro conceito proposto pelos mesmos autores, o da “sociedade educativa”. Neste conceito, tudo pode ser visto como uma ocasião para aprender e para desenvolver os próprios talentos.

Outro aspeto a salientar ainda por J. Delors et al. (1998) tem que ver com a forte relação que deve existir entre o professor e o aluno, pois esta é o cerne de todo o processo pedagógico. O saber pode adquirir-se de várias maneiras e a utilização do ensino à distância e das novas tecnologias no contexto escolar têm-se revelado muito eficazes, porém o professor continua a ser indispensável para quase todos os alunos, em especial para aqueles que apresentam maiores dificuldades. Porém, para os professores poderem fazer um bom trabalho devem não só ser profissionais qualificados mas também beneficiar-se de apoios suficientes. O que supõe, além dos meios de trabalho e dos meios de ensino adequados, a existência de um sistema de avaliação e de controlo que permita diagnosticar e remediar as dificuldades, e em que a inspeção tenha como principal objetivo: distinguir e encorajar o ensino de qualidade.

**QUE 4: Como o professor pode contribuir para melhorar a relação dos alunos, com diagnóstico de PHDA, com o Outro (prof., colegas, auxiliares...)?**

É também muito importante o bem-estar emocional de todos nós para conseguirmos melhorar não só o comportamento mas também a aprendizagem de todos os nossos alunos e, neste caso, particularmente no que diz respeito às crianças diagnosticadas com PHDA. Para Vieira (2009), os problemas na inter-relação com os colegas surgem devido à impulsividade e à hiperactividade de uma criança com PHDA. Estes dois fatores poderão condicionar as suas relações com os pares, dificultando a sua integração social, ou porque respondem antecipadamente, ou porque (re) agem impulsivamente podendo magoar-se a si ou aos outros em actividades lúdicas, por exemplo.

Nas situações sociais, também Cruz (2008, cit. por Vieira, 2009) refere que a desatenção ao manifestar-se por mudanças de assunto; falta de atenção ao que os outros dizem; distração durante as conversas; falta de atenção a detalhes ou regras em jogos e/ ou atividades dificultará não só uma interação honesta mas também a criação de relações duradouras.

**QUE 5: No contexto escolar do 1º Ciclo da Educação Básica, existem diferenças no comportamento da criança com PHDA que se submeteu à aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental?**

Barkley (2000/2002, in Landskron & Sperb, 2007, janeiro/junho) afirma que a visão médica, define o problema em termos biológicos e está voltada para o tratamento dirigido a um indivíduo que apresenta uma incapacidade. O procedimento recomendado, após o diagnóstico, consiste no tratamento combinado de medicamentos e programas educacionais ou psicoterapêuticos para ajudar o portador a desenvolver estratégias compensatórias. O mesmo autor afirma que a PHDA não tem cura, por isso não deve ser encarada como uma doença ou patologia, mas antes como uma perturbação do desenvolvimento. Também Lopes (2003) está de acordo com Barkley (2002) quando refere que a PHDA não se trata; aprende-se a lidar com ela e procura-se controlar, diminuindo a frequência dos seus sintomas.

A abordagem cognitivo-comportamental conjuga as técnicas comportamentais com técnicas de resolução de problemas, de automonitorização, o treino de autoinstrução e a autorregulação do comportamento. Os resultados alcançados com estas técnicas parecem ser difíceis de ser generalizados a diferentes contextos e implementados espontaneamente. Embora se pense que as técnicas cognitivo-comportamentais possam melhorar a competência de autocontrolo, não existe bibliografia que o comprovem. A combinação da Terapia cognitivo-comportamental com terapia farmacológica parece não apresentar resultados superiores aos encontrados com a utilização exclusiva desta última abordagem (Fonagy, Target, Cottrell, Philips & Kurtz, 2005, in Malaca, 2007/2008).

Importa ainda referir que esta é a pergunta fundamental do presente estudo.

### **3.3- Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados**

Tuckman (2000) refere que normalmente existem três tipos de formas de recolha de dados que se podem utilizar num estudo de caso são: (1) Entrevistas, (2) documentos vários (análise documental e/ou análise de conteúdo) e (3) através da observação.

Noutra perspetiva, Lincoln e Guba (1985) acrescentam que a recolha de dados deve ser interrompida quando os depoimentos começam a tornar-se repetitivos, pois nesta etapa, estes autores dizem que se atingiu o “ponto de saturação”.

A recolha de dados neste estudo será exclusivamente feita pelo investigador no contexto escolar, baseando-se fundamentalmente: na observação naturalista na sala de aula e exterior, registada grelhas e com notas de campo; na análise documental aos vários documentos existentes no processo dos alunos; nas entrevistas (notas de campo) e sua análise de conteúdo; na aplicação e análise dos resultados dos critérios do DSM IV e da escala de Connors aos pais e

professores num pré e pós-teste; e, finalmente, sobre a planificação, implementação e avaliação do programa cognitivo comportamental da Dr<sup>a</sup>. Isabel Orjales Villar.

Sintetizando, a recolha de dados foi efetuada através da realização de entrevistas semi-estruturadas ao professor da turma e encarregado de educação da Criança A, através de observações sistemáticas e espontâneas no contexto de sala de aula e recreio nas duas crianças com PHDA, através da aplicação da escala de Conners e dos Critérios de Diagnóstico da PHDA do DSM-IV-TR (dois pais e aos professores da turma das Crianças A e B) em pré e pós-teste e, ainda, através da aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental para crianças com PHDA, de Isabel Orjales Villar, em trinta sessões. Paralelamente, foram ainda registadas algumas informações relatadas sob o formato de notas de campo, as quais se encontram resumidas no **Apêndice I**.

### 3.3.1 - Observação Naturalista

Tuckman (2000) refere que na investigação qualitativa, a observação visa examinar o ambiente através de um esquema geral para nos orientar e que o produto dessa observação é registado em notas de campo. Segundo Vale (2000, p. 233): «*a observação é a melhor técnica de recolha de dados do indivíduo em atividade, em primeira-mão, pois permite comparar aquilo que diz, ou que não diz, com aquilo que faz.*». Por outro lado, Vieira (2011) defende que a observação naturalista proporciona uma amostra direta do comportamento tal como ele acontece, no tempo e no lugar da sua ocorrência habitual, pois segundo Afonso (2005, in Vieira, 2011) este tipo de observação constitui um método de avaliação mais direto e menos inferencial: trata-se de observar os comportamentos tal como eles ocorrem habitualmente no mundo real da pessoa.

De qualquer modo, a observação pode ser utilizada na pesquisa, conjugada a outras técnicas ou de forma exclusiva. Por isso, H. Carmo e Ferreira (1998, in Vieira, 2011) referem que, através da utilização desta técnica, é possível fazer a verificação correta da ocorrência de um determinado fenómeno e descobrir novos aspetos do problema em estudo, pois também Piaget utilizava a observação naturalista para observar naturalmente as pessoas no seu meio, isto é, no meio em estão habituadas a frequentar. De acordo com Vieira (2011), este tipo de observação apresenta alguns limites, como o fato de só poder ser utilizada para estudar pequenos grupos ou comunidades e levantar dificuldades de generalização.

No presente estudo foi criada uma matriz de Observação Naturalista para orientar e facilitar o registo descritivo dos períodos de observação, a qual se encontra no **Apêndice II**. Esses períodos ocorreram durante uma semana, tendo a duração de 60 minutos, sempre à mesma hora. Essa observação foi realizada através da observação não participante, ficando o observador como espectador sem interferir no decorrer da aula com nenhum dos intervenientes nesta investigação. O objetivo desta observação seria para recolher informação não só sobre o comportamento das referidas crianças dentro e fora da sala de aula mas também sobre a sua relação com o Outro (professores, colegas, auxiliares...) nas duas situações.

A observação efetuada foi registada de forma descritiva de acordo com o que estava a ser observável e nunca sofreu qualquer tipo de interferência da parte do observador.

### **3.3.2 - Pesquisa Documental (Análise de conteúdo)**

A análise de conteúdo permite uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo que está a ser analisado (Bardin, 2007, in Malaca, 2007/2008). Desta forma, torna-se uma técnica imprescindível em investigação, pois muitas vezes o documento original é demasiado volumoso para ser utilizado como tal.

Foram consultados os vários tipos de documentos que se encontravam nos processos dos alunos, como o caso dos seus PEI`s (Programa Educativo Individual); alguns relatórios médicos que evidenciam as suas problemáticas; relatórios dos professores das turmas, que relatam como as crianças se relacionam com as outras e quais são as suas dificuldades e progressos nas diferentes áreas.

Foram também consultados os Projetos Educativos dos Agrupamentos e os PCT`s (Projeto Curricular de Turma) das turmas, com vista a recolher informações sobre a caracterização do agrupamento, da escola, da sala e também da turma onde as crianças estão inseridas, permitindo, desta forma, um melhor conhecimento sobre a contextualização das crianças em estudo.

Todos os documentos anteriormente referidos foram consultados nas escolas onde se realizou o estudo, após autorização prévia dos respetivos diretores dos Agrupamentos, dos respetivos professores de turma e pais/ Encarregados de Educação das crianças em estudo.

Por último, resta salientar que todos estes documentos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo semântico (v.d. Apêndice III), na medida em que as informações recolhidas foram interpretadas pelo investigador, o que significa que foi o investigador que lhe atribuiu um significado. Mais à frente será referenciado este ponto visto que esta técnica também foi realizada na análise das entrevistas.

### **3.3.3 - Entrevista (semiestruturada)**

De acordo com Bell (2004), a entrevista é a oportunidade para estudar, de forma mais ou menos aprofundada, um determinado aspeto de um problema em pouco tempo. A grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade. Um entrevistador habilidoso consegue explorar determinadas ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos, coisa que o inquérito nunca poderá fazer. A forma como determinada resposta é dada (o tom de voz, a expressão facial, a hesitação, etc.) pode transmitir informações que uma resposta escrita nunca revelaria. As respostas a questionários devem ser tomadas pelo seu valor facial, mas uma resposta numa entrevista pode ser desenvolvida e clarificada.

Ferreira (2011) afirma que os vários tipos de entrevistas existentes têm sido classificados de diversas formas. Segundo a referida autora, Fontana e Frey (1994) classificam as entrevistas em três grandes tipos: estruturada, semiestruturada, e não estruturada. Assim, as entrevistas implicam de uma forma geral a definição prévia de questões a colocar. Na investigação qualitativa, segundo Bogdan & Biklen (1994, in Ferreira, 2011), as entrevistas podem ser utilizadas de duas formas. Podem constituir a estratégia dominante para a recolha de dados ou podem ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos e

outras técnicas. Em todas estas situações, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo.

Deste modo, pareceu-nos que a entrevista seria um dos instrumentos adequados para a nossa pesquisa. Assim sendo, elaborámos um guião de uma entrevista semiestruturada, que serviria como uma estrutura segundo a qual desenvolveríamos e pré-determinaríamos as nossas questões, em consonância com os objetivos deste estudo, sustentadas pela literatura revista. A entrevista semiestruturada foi a que se adequou melhor às características dos sujeitos que participam nesta investigação, desta forma foi mais fácil orientar a entrevista e recolher a informação necessária. Pois, segundo Fontana e Frey (1994, *idem*), este tipo de entrevista tem as seguintes vantagens: facilitar a análise posterior, reduzir o efeito do entrevistador e as distorções de opinião, permitir a verificação e confirmação da instrução, facilitar a organização e análise de dados e tornar mais fácil uma réplica do estudo. Como desvantagens apontam-se: a redução da flexibilidade e da espontaneidade, a quase anulação da possibilidade de aprofundar questões que não foram antecipadas pelo entrevistador, o fato de as circunstâncias e os elementos pessoais do entrevistado não serem tomados em consideração, podem transmitir algum constrangimento e limitações nas pessoas entrevistadas. Os sujeitos das nossas entrevistas tomaram conhecimento de todos os esclarecimentos (objetivos) sobre o nosso projeto de investigação, nomeadamente sobre as condições de realização, de anonimato, de confidencialidade e sigilo das informações dadas por eles sobre a Criança A tendo assinado os respetivos termos de consentimento que se encontram no **ANEXO IX**. As entrevistas decorreram em dias diferentes, numa sala vazia da escola e sem interrupções de forma a facilitar o registo escrito das mesmas.

Assim sendo, a entrevista semiestruturada será aplicada ao professor da turma e ao Encarregado de Educação da criança do grupo experimental, a Criança A (**Apêndices IV e V**). Nesta entrevista serão abordados pelo menos quatro categorias relacionadas com a PHDA, no contexto familiar e no contexto escolar: tipos de dificuldade, tipos de apoio, tratamento, condições humanas e materiais, relação com o Outro e a intervenção cognitivo-comportamental. Inicialmente pensou-se em gravar as entrevistas, porém devido a algumas características dos sujeitos decidimos não o fazer. A análise de conteúdo das entrevistas foi dividida em várias categorias e subcategorias (umas foram comuns às duas entrevistas e outras foram específicas de cada sujeito). As categorias que se seguem são as comuns: PHDA: 1) tipos de dificuldade: contexto familiar/ contexto escolar; 2) tipos de apoio que usufrui: encarregado de educação/ mãe/ educanda/ professor; 3) condições (materiais e humanas): nas escolas do 1º ciclo; 5) Relação com o Outro: tipo de intervenção; 6) intervenção cognitivo-comportamental: conhecimento/ resultados/ importância do programa aplicado. As duas entrevistas também foram divididas em parâmetros, variáveis e indicadores de forma a facilitar a categorização da sua informação.

#### **3.3.4- Análise de Conteúdo**

A análise de conteúdo pode ser considerada uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja para complementar as informações obtidas por outras técnicas, seja para

descobrir novos aspetos de um tema ou problema. A análise documental, implica, o recurso à análise de conteúdo, para a sua exploração. De acordo com Tuckman (2000), os documentos que os participantes e os observadores preparam assumem normalmente a forma de atas de encontros ou relatórios.

Quivy & Campenhout (1998) afirmam que a análise de conteúdo obriga o investigador a manter uma grande distância em relação a interpretações espontâneas e, em particular, às suas próprias. Porque não se trata de utilizar as suas próprias referências ideológicas ou normativas para julgar as dos outros, mas sim de analisá-las a partir de critérios que incidem mais sobre a organização interna do discurso do que sobre o seu conteúdo explícito. No entanto, Bruzina et al. (2007) referem que as informações recolhidas não só são interpretadas pelo investigador como também é ele que lhes atribuiu um significado, e.g. quando lemos a expressão, *bater as botas* (morrer), entendemos que a expressão *bater as botas* é morrer; então o que fazemos é atribuir um significado semântico ao texto.

Desta forma, será feita a análise de conteúdo às entrevistas realizadas ao professor e Encarregado de Educação da criança do grupo experimental em estudo, (v.d. Apêndices VI e VII) a Criança A e às informações recolhidas dos documentos que constavam no processo individual das duas crianças. Os critérios utilizados na metodologia de análise de conteúdo e registo dos documentos estiveram aliados à descrição, interpretação e categorização das informações recolhidas nos documentos, nas entrevistas e nas notas de campo.

### **3.3.5- Critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002)**

Os critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (APA) para o diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade com Déficit da atenção, estão na Tabela nº1, encontram-se definidos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, sendo a sua 4ª edição conhecida pela designação “ DSM-IV”. Este manual fornece critérios de diagnóstico para a generalidade das perturbações mentais, incluindo componentes descritivas, de diagnóstico e de tratamento (v.d. Tabelas 1 e 2). Desta forma, é considerado como um instrumento de trabalho de referência para os profissionais da saúde mental.

Desde a publicação original da DSM-IV, em 1994, observaram-se já muitos avanços no conhecimento das perturbações mentais e das doenças do foro psiquiátrico. Neste sentido, existem já várias publicações que incorporam alguns dos resultados das investigações mais recentes, destacando-se a DSM-IV-TR. É de salientar que existe um grupo de especialistas que já está a preparar a 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-V, da Sociedade Americana de Psiquiatria (APA) a qual vem alterar alguns critérios de diagnóstico de algumas perturbações.

Na presente investigação, foram aplicados os critérios definidos no DSM-IV-TR para o diagnóstico da PHDA, às duas crianças. Estes critérios foram adaptados uma grelha, elaborada por nós (v.d. Apêndice VIII) e foi dada a preencher aos pais e professores das duas crianças num pré e pós-teste. Posteriormente, todos os resultados serão comparados de forma a verificar a eficácia do programa aplicado.

### 3.3.6-Escalas de Conners para pais e professores

A par com os critérios de diagnóstico da PHDA definidos no DSM-IV-TR, aplicamos também a *Escala de Conners para Professores* e a *Escala de Conners para Pais - Versões Revistas* (Formas Reduzidas) de Keith Conners, PHD (1997)- Adaptação de Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Janeiro de 2000, dada a sua relação direta com os critérios de diagnóstico da PHDA publicados no DSM-IV-TR (v.d. Anexo I e II).

Esta Escala faz parte de um vasto conjunto de instrumentos habitualmente utilizados para diagnosticar a PHDA, tendo sido alvo de vários estudos, quer de âmbito nacional, (Fonseca; Ferreira; Simões, Rebelo & Cardoso, 1996; Rodrigues, 2005; Rodrigues, 2006 cit. in Baptista, 2010), quer de âmbito internacional (Conners, 1997 in Baptista, 2010), com vista à sua standardização para os países em causa e à sua utilização no processo de referência e avaliação da PHDA. É também referida na literatura como um dos instrumentos mais antigos e mais utilizados (Fonseca, Ferreira, Simões, Rebelo, & Cardoso, 1996 in Baptista, 2010), na avaliação clínica de crianças e de adolescentes, com elevada consistência interna e capaz de diagnosticar eficazmente crianças com problemas de comportamento.

As Escalas de Conners para professores e para pais - versão revista (forma reduzida) (Conners, 1997) estão organizadas em 28 itens (versão para professores) / em 27 itens (versão para pais) e inclui 4 subescalas, que medem os Problemas de Oposição, os problemas de Desatenção/Cognitivos, os problemas de Excesso de Atividade Motora e o Índice da PHDA, que diz respeito às características nucleares da PHDA. A diferença no número de questões acontece porque na subescala da Oposição existe uma questão que não é cotada na versão dos pais.

O professor e os pais precisam apenas, de indicar, com que frequência ocorre o comportamento descrito para a criança em causa, de acordo com uma escala Likert de 4 pontos, onde para os valores (0), (1), (2) e (3) correspondem respetivamente os termos (nunca), (um pouco), (frequentemente) e (muito frequentemente). Pode ser utilizada com sujeitos dos 3 aos 17 anos de idade, abarcando os três ciclos de ensino.

Após a aplicação das Escalas são necessários os seguintes procedimentos: cotar as respostas dadas pelos professores e pelos pais (o que vai dar o chamado “resultado bruto”); resumir e interpretar os resultados da avaliação anterior em três indicadores só numa grelha (resultado bruto; resultado normativo ou Score e percentil). Importa ainda referir que para transformar o resultado bruto (soma total do valor das respostas assinaladas pelos professores e pelos pais) em resultado normativo (Score T) é necessário analisar a grelha do perfil (sexo masculino ou sexo feminino) correspondente ao sexo de cada criança. Tendo o valor do Score T, é necessário interpretar a grelha de Scores T e respetivos percentis. (v.d. Anexo III).

Na presente investigação, a aplicação destas Escalas têm como principal objetivo: verificar as características da nossa amostra, num pré e pós-teste, de forma a verificar a eficácia do programa aplicado juntamente com a aplicação dos critérios

### **3.3.7 - Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental**

O programa de intervenção cognitivo-comportamental para crianças com PHDA, da Dr<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar é uma versão melhorada do programa desenvolvido pela na sua tese de doutoramento, aplicado em Madrid, em 1991, o qual foi inspirado no programa de Kendall, Padawer e Zupan (1980), e é considerado como um dos instrumentos principais da nossa investigação. É composto por 30 sessões de intervenção que devem ser aplicadas de forma individual. Segundo o manual, cada sessão tem uma duração previsível de 45 a 60 minutos, e cada uma delas deve ser adaptada às características de cada criança. Sendo assim, o material que se utiliza para a sua aplicação possui um caráter meramente orientativo onde cada uma das sessões se encontra dividida em pelo menos duas partes: 1) objetivos da sessão e 2) atividades e estratégias que nos permitem atingi-los.

A periodicidade das sessões deve ser de uma hora diária durante seis semanas (mês e meio) ou se adequarmos à criança meia hora em cada sessão, podemos fazer duas sessões num dia (uma de manhã e outra à tarde) o que perfaz 3 semanas, no manual ainda consta que no mínimo deve pelo menos duas sessões semanais. Para cada uma das sessões existe uma série de fichas de trabalho, as quais devem ser escolhidas de acordo com o desenvolvimento cognitivo de cada criança. Para cada atividade existem três fichas com diferente nível de complexidade, então o aplicador tem que escolher a ficha mais adequada à sua criança.

É de referir que foi necessário efetuar alguns procedimentos para conseguirmos adaptar da melhor maneira o referido programa de intervenção. Deste modo, o primeiro procedimento que foi necessário executar ao referido programa de intervenção foi efetuar a sua tradução do Espanhol para o Português, visto tratar-se de um instrumento que não se encontra em Portugal. É de salientar que essa tradução foi por nós realizada. Em seguida, como forma de validação, essa tradução do programa foi entregue a duas professoras de Português com diferente tempo de serviço, uma professora possuía muitos anos de serviço e a outra professora possuía menos tempo de serviço letivo, com o objetivo de a corrigirem e validarem. Após essa validação ter sido obtida, procedemos à elaboração do respetivo protocolo de aplicação que se encontra no **Apêndice IX**. Em seguida, iniciou-se a fase de intervenção junto da criança A, do grupo experimental, na Escola, numa sala à parte, de acordo com as orientações seguidas no respetivo programa respeitando sempre as capacidades e necessidades da criança.

O programa foi aplicado quatro vezes por semana, sempre à mesma hora, das 9h às 10h, durante os meses de fevereiro e março. É de salientar que durante o tempo de aplicação, houve a interrupção letiva do Carnaval, durante três dias, porém foi retomada a aplicação do mesmo logo no dia a seguir com a mesma periodicidade até à última sessão que ocorreu já última semana de aulas do segundo período, do atual ano letivo.

### **3.4- Procedimentos éticos e legais**

Primeiramente foram realizados os vários contatos informais aos Agrupamentos (AEA e AEB) e, posteriormente, fizemos o contacto formal com as respetivas Direções de cada um desses

Agrupamentos de Escolas, solicitando a autorização para a recolha dos dados e explicando o trabalho que se pretende realizar (protocolo).

Após essa autorização da Direcção do Agrupamento, foram efetuados os contactos com os respetivos Professores Titulares de turma e os pais/ Encarregados de Educação das duas crianças, com o intuito de lhes explicar os objetivos do presente estudo de investigação (termo de Consentimento e Livre Aceitação). Dado o consentimento de cada um deles, foram aplicadas as técnicas e os instrumentos de recolha de dados (observação, análise documental, aplicação do pré-teste, do programa de intervenção, do pós-teste e das entrevistas aos professores e pais/ Encarregados de Educação que acompanhem os sujeitos do estudo).

Quer no Protocolo legal de formalização aos Agrupamentos de Escola (direção), quer aos professores e pais/encarregados de educação foi garantido o anonimato, confidencialidade e privacidade das informações e dados recolhidos pelos respondentes e observados e, ainda que o destino dos mesmos é para a realização do presente Trabalho de Projeto (v.d. Apêndice X). Desta forma estamos a tratar a questão legal, nunca esquecendo a questão ética da investigação e os procedimentos legais.

### **3.5 - Caracterização dos sujeitos do estudo**

A presente investigação decorrerá em dois Agrupamentos de Escolas do Primeiro Ciclo - AECA e AECB, cujos participantes serão dois alunos, respetivos professores da turma e respetivos pais/ Encarregados de Educação.

Os participantes são dois alunos que frequentam o 1º Ciclo da Educação Básica naqueles Agrupamentos de Escolas. Estes alunos têm 8 anos de idade e ambos possuem um diagnóstico de PHDA, porém a Criança A é do sexo feminino e a Criança B é do sexo masculino.

É importante referir que a caracterização que se segue das duas crianças foi feita com base nas informações recolhidas na análise de conteúdo efetuada aos processos dos alunos, de acordo com a grelha que se encontra no **Apêndice III**.

#### **3.5.1 - Criança A - Grupo Experimental**

A criança A vive numa freguesia suburbana ao Agrupamento de Escolas - AECA, nome fictício. Este Agrupamento, no que diz respeito aos recursos humanos tem aproximadamente cerca de 1800 alunos; no que refere ao grupo docente, este ronda aproximadamente os 184 professores e, finalmente, existem cerca de 51 elementos no grupo do pessoal docente.

O estabelecimento de ensino que a criança A frequenta fica situado no próprio local de residência. É um edifício de r/c e 1º andar, composto por quatro salas de aula e seis turmas. Sendo assim, o horário cumprido por estas turmas é o Duplo da Manhã (8h às 13h) e o Duplo da Tarde (13h15m às 18h15m). De manhã, estão quatro turmas a frequentar o edifício e de tarde estão as duas turmas restantes.

É de salientar que este estabelecimento de ensino mudou as suas instalações para o novo Centro Escolar desta freguesia, na interrupção letiva do Carnaval, pois as obras do mesmo ficaram concluídas nesta altura. O horário das turmas e o restante funcionamento das mesmas manteve-se inalterado, sendo a única mudança a registar na localização e infraestruturas do

edifício. Pois, até ao final do presente ano letivo somente esta escola e o Jardim-de-Infância desta freguesia sofreram estas alterações.

Esta criança A está matriculada e inserida numa turma do 3ºano de escolaridade, embora o seu nível de aprendizagem esteja ao nível de um 1º ano de escolaridade. A turma é composta por vinte alunos: quinze do sexo masculino e cinco do sexo feminino com idades compreendidas entre os 8 e os 9 anos de idade. Desta turma fazem parte três alunos com Necessidades Educativas Especiais e, por isso, estão abrangidos pelo Decreto-Lei nº3/ 2008, nas alíneas a) Apoio Pedagógico Personalizado; b) Adequações Curriculares e d) Adequações no Processo de Avaliação.

De uma forma geral, é importante destacar que esta turma é considerada problemática, existem alguns alunos que evidenciam problemas comportamentais. Muitas vezes, esses problemas originam conflitos entre alguns alunos da turma, na hora do recreio, e acabam por se repercutir não só na aprendizagem desses alunos mas também na aprendizagem global da turma. A maioria dos alunos revela muita dificuldade em cumprir as regras e possui poucos hábitos de trabalho.

O professor titular de turma possui o curso do Magistério, da Escola do Magistério Primário, tem 48 anos e já exerce a sua profissão há 27 anos. É professor da turma desde o 1º ano de escolaridade e, segundo ele, a turma foi sempre assim: conflituosa e pouco trabalhadora.

#### **a)-Percurso escolar da Criança A**

A criança A frequentou a creche/ infantário desde os quatro meses até aos cinco anos de idade. Entrou para o primeiro ano de escolaridade ainda com cinco anos de idade, pois como nasceu em novembro, foi considerada uma matrícula condicional. Frequenta o mesmo estabelecimento de ensino desde então até à presente data, no qual está inserida numa turma de 3º ano. Esta criança começou a revelar dificuldades em atingir as competências previstas para o seu grau de ensino no 2º ano de escolaridade, tendo sido encaminhada para observação em Psicologia e em Terapia da Fala.

No presente ano letivo, está matriculada no terceiro ano de escolaridade mas não está a conseguir acompanhar o programa desse ano, pois o seu nível de aprendizagem situa-se num final do primeiro ano, início do segundo ano de escolaridade; uma vez que ainda não adquiriu totalmente as suas competências de leitura e escrita. É uma criança que está abrangida pelo Dec.-Lei nº3/2008, de 7 de janeiro, nas alíneas a) Apoio pedagógico personalizado, b) Adequações Curriculares Individuais e d) Adequações no processo de Avaliação desde o ano letivo 2010-2011, altura em que se encontrava a frequentar o 2º ano de escolaridade. É importante referir que apesar das suas imensas dificuldades de aprendizagem demonstradas desde o primeiro ano de escolaridade, esta criança nunca ficou retida.

No início, quando começamos a observar a Criança A no contexto escolar descrevemos o seu comportamento numa grelha de observação que se encontra no Apêndice XI. Nessas observações concluímos que o Comportamento desta criança fica muito aquém do esperado no que diz respeito ao verdadeiro nível de ensino em que se encontra e à sua capacidade de

atenção/ concentração e à sua autonomia, pois, dentro da sala, ela até era das que se portava melhor porque a turma era muito barulhenta. Na Relação com o Outro, quer dentro da sala quer no exterior, parece existir um grande distanciamento afetivo não só do professor mas também dos colegas e auxiliares. No recreio, só a vimos contente quando jogava futebol; quando tal não acontecia ficava a um canto, sozinha ou perto de uma “amiga” mas mesmo assim sem existir grande interação entre elas.

#### **b) História Familiar**

Segundo a mãe, a criança A vive com os seus pais e os seus dois irmãos; é fruto da primeira gravidez de três. Por volta dos dois anos de idade, começou a ter alguns comportamentos desajustados revelando ansiedade, autoagressão e hiperatividade. Mantém uma má relação com os seus irmãos, sendo pior com o irmão do meio. Inclusivamente, há dois anos espetou um garfo nesse irmão num momento de briga entre os dois. Depois, ficou muito preocupada mas na altura atua por impulsividade sem pensar. Nos relatos da mãe (v.d. Apêndice I-Notas de campo), este foi o acontecimento mais penoso. A mãe referiu também que existe um primo paterno também com o diagnóstico de PHDA. O ambiente familiar desta criança, segundo os relatos do professor e o que observámos, parece ser um pouco disfuncional, pois nem sempre toma a medicação atempadamente, sempre que se fala com a mãe ela prontifica-se sempre a modificar mas prevalece sempre a mesma atitude. Inclusivamente, quando se falou com a mãe no final da aplicação do programa, a mesma não mostrou interesse nem em saber algo do que foi feito nem como foi o comportamento da criança durante as trinta sessões. A única preocupação que houve foi em “culpar” o marido por esta criança ser assim, pois quando estava grávida dela o marido teve um “grande acidente” e ela ficou muito assustada. Para a mãe, esta é a origem da PHDA na sua filha, visto que os outros filhos não têm nenhum problema. Quando lhe foi dito que tal poderia não ser assim, visto que ainda não existe conhecimento científico sobre a origem desta problemática, a mãe não gostou e já não ouviu mais nada do que lhe foi dito nesse dia.

#### **c) História Desenvolvimental / Clínica**

Após a análise dos documentos que constam do processo individual da criança A, sabemos que esta criança nasceu de trinta e oito semanas com a ajuda de ventosas. Começou a falar por volta do ano e a andar por volta dos dezoito meses. Aos dois anos começou a ter comportamentos desajustados e aos três anos foi encaminhada para consulta de psicologia. Começou então a ser acompanhada nos serviços do Hospital Distrital do concelho limítrofe. Entretanto, foi encaminhada para a consulta de Pedopsiquiatria de um outro Hospital de outro concelho limítrofe, tendo-lhe sido diagnosticado PHDA, em junho de 2009. Porém só em novembro de 2010 foi medicada com Ritalina. Segundo a mãe, esta criança teve grandes melhorias ao nível do comportamento e da atenção logo assim que iniciou a terapêutica, no entanto com a continuação tal deixou de se verificar (notas de campo da entrevista).

No decorrer do segundo ano de escolaridade, esta criança foi encaminhada para efetuar uma avaliação em Terapia da Fala e em Psicologia devido às suas dificuldades em conseguir atingir as competências previstas para o ano de escolaridade em que se encontrava.

Sendo assim, em janeiro de 2011, de acordo com as informações recolhidas do seu PEI de 2011-2012, foi avaliada em Terapia da Fala, por apresentar o diagnóstico de PHDA e dificuldades gerais na aprendizagem e, particularmente, na aquisição das competências da leitura e da escrita. O diagnóstico Terapêutico desta avaliação foi: *Atraso de Linguagem grave... e Dificuldades Específicas de Aprendizagem da Leitura e Escrita graves*. O mesmo relatório conclui que esta criança *apresenta dificuldades de Linguagem, consciência fonológica e leitura e escrita que justificam a necessidade de acompanhamento em Terapia da Fala*. Sugere também que *possa usufruir de apoio da Educação Especial dada a gravidade das suas dificuldades*. Em março de 2011, no mesmo ano de escolaridade, esta criança também foi novamente avaliada em Psicologia, devido às dificuldades supra mencionadas. O relatório desta avaliação conclui que as suas competências intelectuais estão *situadas no Nível Inferior nas diversas áreas do funcionamento intelectual. Apresenta grande dificuldade de abstração verbal e de organização da informação verbal em classes. Apresenta dificuldades acentuadas em tarefas de natureza prática, que exigem raciocínio lógico-abstrato, organização perceptiva, orientação espacial e atenção/ concentração (PEI 211-2012 da Criança A)*. O mesmo relatório conclui ainda que o *desempenho intelectual está a ser afetado pela interferência de fatores emocionais, com tendência ao desinvestimento das tarefas, que poderão estar a funcionar como um bloqueio nas suas aprendizagens*.

Segundo o Encarregado de Educação, a criança A não toma a medicação com regularidade. Inicialmente tomava a Ritalina mas atualmente toma o Concerta. É de salientar que este tratamento é realizado de forma irregular.

### **3.5.2 - Caracterização da Criança B - Grupo de Controlo**

A criança B vive numa freguesia suburbana ao Agrupamento de Escolas - AECB, nome fictício. Quanto aos recursos humanos deste agrupamento, a totalidade dos discentes situa-se entre os 500 e os 550, aproximadamente. De acordo com a variabilidade do número de alunos e de turmas estará o número de professores a exercer funções neste agrupamento. Este grupo de docentes é constituído por educadores de infância, professores do 1º ciclo, professores do 2º ciclo e professores do 3º ciclo e do ensino secundário. Os educadores de infância, professores do 1º ciclo e todos os docentes dos 2º e 3º ciclos e ensino secundário, estão integrados em departamentos curriculares tendo em conta o seu grupo de recrutamento.

Quanto ao pessoal não docente, este está distribuído de acordo com as suas competências/funções: assistentes operacionais, assistentes técnicos e pessoal cedido pela autarquia.

O estabelecimento de ensino que a criança B frequenta é um edifício de r/c e 1º andar, composto por quatro salas de aula mas apenas duas turmas estão a funcionar. As suas instalações continuam a ser no edifício da antiga “Escola Primária”. O horário cumprido por estas turmas é o horário Normal (9h/12h- 13h30/15h30m) com o prolongamento das Atividades Extracurriculares (15h45m às 17h30m).

A criança B encontra-se a frequentar o 3ºano de escolaridade do 1º Ciclo e está inserida numa turma que possui três anos de escolaridade: 1º, 2º e 3º anos. Acompanha o programa, embora esteja a revelar alguma dificuldade na aquisição das aprendizagens, pois tem vindo a regredir quer nas atitudes quer no comportamento.

A turma é composta por catorze alunos: sete do sexo masculino e sete do sexo feminino com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos de idade. Estes alunos estão distribuídos pelos três anos de escolaridade da seguinte maneira: dez alunos estão matriculados no 1º ano; um aluno está matriculado no 2º ano e três alunos estão matriculados no 3º ano. É de salientar que, efetivamente, apenas estão a ser lecionados dois anos de escolaridade, pois o aluno que está matriculado no segundo ano encontra-se ao nível do primeiro ano de escolaridade e, como tal, está a acompanhar o programa desse ano.

Desta turma fazem parte dois alunos com Necessidades Educativas Especiais e, por isso, estão abrangidos pelo Decreto-Lei nº3/ 2008, nas alíneas a) Apoio Pedagógico Personalizado; b) Adequações Curriculares e d) Adequações no Processo de Avaliação.

É importante destacar que nesta turma também existem muitos alunos que evidenciam problemas comportamentais, pois a maioria dos alunos revela muita dificuldade em cumprir as regras da sala de aula o que se repercute no acompanhamento da planificação estabelecida para os referidos anos de escolaridade.

É de salientar ainda, que nesta turma existe um número significativo de famílias com nível económico médio-baixo e com dificuldades socioeconómicas. As famílias são pouco numerosas e destaca-se o elevado número de separações matrimoniais, onde a figura do pai ou da mãe não está presente no dia-a-dia. Nalguns casos, encontra-se substituída pelos avós e/ ou pela madrinha.

A professora titular de turma possui o curso do Magistério, da Escola do Magistério Primário e já exerce a sua profissão há quase trinta anos. É professora de alguns elementos da turma desde o 1º ano de escolaridade e, segundo ela, tem havido algumas melhorias no comportamento desde então.

#### **a) Percurso Escolar**

A criança B frequentou pouco tempo o Pré-Escolar, menos de um ano.

Em setembro de 2009 entrou para o 1º ano de escolaridade, dando início ao 1ºCiclo. No início deste ano foi muito complicado, pois na sala de aula a criança tinha o comportamento que a seguir é descrito: gritava, cantava, destruía o seu material e o dos outros, não conseguia estar sentado mais de dois minutos. Por vezes, destruía os trabalhos dos colegas quando já estavam quase concluídos.

O mais grave acontecia quando estava no recreio, pois esta criança comia terra, lama, migalhas que estivessem no chão e, por vezes, até a saliva que um ou outro aluno expelia. Este tipo de comportamento comprometia a sua saúde física. Para além disso, andava constantemente à procura de pastilhas elásticas nos caixotes do lixo, chegou a roer apagadores e mastigava papel crepe só para ficar com a boca pintada. A professora da turma justifica este tipo de comportamento devido ao fato de ser uma criança vítima de falta de afeto e dos cuidados básicos que deveriam ter existido na sua formação até aos cinco anos.

Tal situação perdurou cerca de dois meses, pois entretanto foi encaminhada para uma consulta de Pedopsiquiatria e, após o diagnóstico de PHDA tipo combinado e Perturbação de Oposição, e o início da medicação com *Concerta*, houve grandes progressos no seu comportamento que favoreceram a sua aprendizagem.

Em fevereiro, do mesmo ano, a aprendizagem deste aluno ficou mais comprometida, pois houve alguns retrocessos no seu comportamento. No entanto, a criança conseguiu superar e conseguiu concluir com sucesso o 1º ano e o 2º ano de escolaridade.

Atualmente, encontra-se a frequentar um 3º ano de escolaridade e está a revelar dificuldade em acompanhar a planificação estabelecida, pois o seu comportamento desadequado influencia, de forma negativa, o desenvolvimento da sua aprendizagem. Evidencia muita dificuldade em realizar trabalho autónomo e a sua caligrafia é disforme em relação à que possuía anteriormente.

É uma criança que está abrangida pelo Dec.-Lei nº3/2008, de 7 de janeiro, nas alíneas a) Apoio pedagógico personalizado, b) Adequações Curriculares Individuais e d) Adequações no processo de Avaliação desde o presente ano letivo 2011-2012. É importante referir que estas dificuldades de aprendizagem estão mais acentuadas no presente ano letivo, daí a professora da turma achar que será mais benéfico para esta criança, se ficar retida este ano.

No início, quando começamos a observar a Criança B no contexto escolar descrevemos o seu comportamento numa grelha de observação que se encontra no Apêndice II. Nessas observações concluímos que o Comportamento desta criança é mais desajustado quanto à sua agitação motora, alguma falta de atenção/ concentração e muita conversa com os colegas que estão próximo, no entanto sempre que é chamado à atenção obedece. No que diz respeito ao nível de ensino em que se encontra revelou apenas alguma dificuldade em acompanhar alguns conteúdos programáticos do ano em que está matriculado. É de salientar que possui uma boa leitura e, segundo a sua professora, adquiriu bem as competências de leitura e escrita.

Na Relação com o Outro, quer dentro da sala quer no exterior, parece existir grande cumplicidade com o professor, com os colegas e até com a auxiliar. No recreio, foi observado a brincar “aos pais e aos filhos”, a conversar com os colegas e a “jogar à macaca”.

#### **b) História Familiar**

Após a análise dos documentos que constam no processo individual desta criança, tivemos conhecimento que ela até aos 5 anos foi criada na rua, sem regras e sem os cuidados alimentares e de higiene que qualquer criança necessita. Enquanto o pai se ausentava para trabalhar, a mãe passava os dias fora de casa, deixando a criança entregue a si própria e à mercê da caridade dos vizinhos.

Entretanto os pais divorciaram-se e o poder paternal foi entregue ao pai. Nesta altura, a criança vive com o seu pai e a sua madrinha, pois devido ao seu difícil comportamento da criança o pai procurou a ajuda da sua madrinha. A qual tenta, diariamente, inculcar-lhe regras, mantê-lo bem nutrido e com os cuidados de higiene necessários. O pai é um pai presente, ajuda-o na realização dos trabalhos de casa e está a par da sua aprendizagem.

É importante referir que esta criança tem um irmão com 10 anos, é bom aluno e bem-educado que também vive com eles.

A mãe, apesar de revelar poucas capacidades maternais para a educar, é para ela, o seu principal ponto de referência, em termos afetivos. Era com ela que a criança B gostaria de viver, desculpando todas as atitudes menos próprias que ela possa praticar. Contudo, segundo a professora da turma, só será possível um desenvolvimento saudável desta criança, se continuar a usufruir do apoio do seu pai e da sua madrinha. Pois, o apoio efetivo e diário que esta criança beneficia nas atividades escolares é deles.

Nos relatos da professora (**Apêndice I-Notas de campo**), apesar desta criança ter começado a viver num ambiente familiar totalmente desestruturado, atualmente tal não se verifica e tem existido alguns progressos/ melhorias desde que esta criança está a viver com o pai, a madrinha e o irmão, longe da mãe. Pois, o ambiente familiar é estável e bem estruturado, o que tem ajudado muito às melhorias observáveis no comportamento desta criança.

### **c) História Desenvolvimental / Clínica**

Esta criança foi avaliada várias vezes em consultas de Pedopsiquiatria, em 2009, 2010 e 2011. A primeira vez, foi observada, em novembro de 2009, num Centro de Desenvolvimento Infantil, altura em que lhe foi diagnosticada uma PHDA tipo combinado e uma Perturbação de Oposição/ Perturbação da Conduta. Para os quais foi sugerido um plano de intervenção nas dimensões: educativas-desenvolvimentistas; médica e psicossocial. Nesta altura, iniciou tratamento com *Concerta* e foram notórias as alterações do comportamento em muitos aspetos: aceitação das regras, concentração/ atenção mas sobretudo foi ao nível dos comportamentos anti-sociais que houve grandes progressos.

Porém, segundo um relatório da professora da turma, datado de fevereiro de 2010, ao fim de 4 meses, esta criança começou a regredir ao nível da atenção/ concentração ficando mais ansioso e conflituoso com os colegas, inclusivamente recomeçou a remexer nos caixotes do lixo. É uma criança extremamente generosa, amiga de partilhar o seu material mas, simultaneamente, amigo de estragar o que é seu e dos outros. Revela bom desenvolvimento cognitivo mas vive um conflito emocional muito grande entre os seus progenitores.

É importante salientar que esta criança continua a ser acompanhada com alguma regularidade nas consultas de Pedopsiquiatria e a medicação, por norma, é feita com a regularidade e ajustamento necessário, seguindo sempre as indicações do médico.

De seguida, proceder-se-á à comparação dos resultados obtidos ao longo da intervenção da Criança A com os de outro aluno diagnosticado com PHDA mas que não foi sujeito à aplicação do referido programa de intervenção, a Criança B. A Criança A, encontra-se matriculada num 3º ano de escolaridade mas está ao nível do primeiro ano, vive num ambiente um pouco desestruturado e a medicação é feita de forma irregular. A Criança B está matriculada no 3º ano, a acompanhar com dificuldade a planificação estabelecida, vive num ambiente estruturado e faz a medicação de acordo com a prescrição médica.

## CAPÍTULO IV - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Em trabalhos de investigação deste género, após a recolha de dados deve-se passar à etapa de tratamento da informação. Assim, segundo Guerra (2008;62) “ deve-se fazer o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido” de forma a responder à pergunta de partida.

Wolcott (citado por Vale, 2004) revela três momentos fundamentais durante a fase de análise de dados: descrição, análise e interpretação. A descrição corresponde à escrita de textos resultantes dos dados originais registados pelo investigador. A análise é um processo de organização de dados, onde se devem salientar os aspetos essenciais e identificar fatores chave. Por último, a interpretação diz respeito ao processo de obtenção de significados e ilações a partir dos dados obtidos.

Na mesma ordem de ideias, Miles e Huberman (citados por Vale, 2004) propõem um modelo de análise na investigação qualitativa que consiste em três momentos: a redução dos dados, a apresentação dos dados e as conclusões e verificação.

Tomando como referência os três momentos referidos por Wolcott e, adequando-os ao presente estudo de investigação, pode-se referir que a descrição corresponderá à escrita de textos resultantes das observações das atitudes e reações dos alunos durante os períodos de observação, a análise correspondeu ao resumo e/ou estruturação das notas de campo, da análise documental e da análise de conteúdo aos documentos que constavam nos processos dos alunos e às entrevistas.

Por sua vez, a interpretação conjunta dos resultados será obtida de forma qualitativa, através de resumos finais em quadros comparativos entre os dois alunos, baseados na análise dos dados já efetuada.

### 4.1. A análise ao programa

Após os procedimentos legais e éticos estarem tratados com os Agrupamentos de Escolas, as Escolas, os professores das turmas e os pais/ Encarregados de Educação das crianças em estudo, deu-se início ao plano de ação da presente investigação com os respetivos procedimentos de aplicação. No **Apêndice IX** encontra-se o Protocolo da Aplicação do Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental da Dr<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar.

Numa primeira fase, procedeu-se à observação naturalista das duas crianças em estudo, dentro da sala de aula e no recreio. Esta observação ocorreu na penúltima semana do mês de janeiro. Em seguida, foram aplicados os critérios do DSM - IV e as respetivas Escalas de Conners

(reduzida) aos pais e professores das turmas das Crianças A e B. Esta primeira fase denomina-se de pré-teste e ocorreu no final do mês de janeiro. A fase seguinte, destina-se então à implementação do programa de intervenção à Criança A. Esta fase ocorreu desde o início do mês de fevereiro até ao dia 22 de março, o qual coincidiu com o final das aulas do 2º período letivo. Durante este tempo, foram aplicadas uma ou duas sessões diárias, com a duração de uma hora, consoante o ritmo e a disposição da criança, numa sala à parte, salvo orientação em contrário no programa, nos dias em que as sessões foram realizadas na turma.

É de salientar que durante a fase de implementação do referido programa, a Escola que a criança A frequenta mudou as suas instalações para um novo edifício, pois como foi inaugurado um novo Centro Escolar, as instalações da antiga escola desta criança deixaram de funcionar aí. Logo após o término da implementação do programa, foram aplicados novamente os critérios do DSM - IV e as respetivas Escalas de Conners (reduzida) aos pais e professores das turmas das Crianças A e B. Esta fase denomina-se de pós-teste e ocorreu no dia 23 de março. Sucedeu-se ainda a fase das entrevistas ao professor da turma e encarregado de educação da Criança A, tendo como objetivo recolher os últimos dados relativos a esta investigação.

A apresentação e análise dos resultados do programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental estão relacionadas com a fase da planificação e desenvolvimento da intervenção. Por isso, no ponto a seguir será relatado de forma descritiva e sintetizada o chamado plano de ação do Programa.

#### **4.1.1 - Planificação e Desenvolvimento da Intervenção**

Nesta parte do trabalho vamos explicar como decorreram as sessões de aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental de Isabel Orjales Villar. Estes dados foram registados na grelha de Observação Naturalista (durante a aplicação do programa) que se encontra no **Apêndice XI** e nas notas de campo que se encontram resumidas no **Apêndice I**.

Com o objetivo de motivar a Criança A foi elaborado um mapa de Avaliação do Comportamento nas sessões, no qual foi desenhada um caminho a percorrer até chegar à META. Esse percurso foi dividido pelas trinta sessões e foram atribuídas três cores a cada tipo de comportamento: verde- Bom, laranja-Regular e cinzento- Mau. Ao fim de 7, 14 e 28 verdes, a Criança A recebia um diploma de Bom Comportamento.

É de salientar que apenas conseguiu ganhar dois diplomas, conforme se pode comprovar no **Apêndice X**, na fotografia do referido Mapa de Avaliação do Comportamento nas Sessões. Em seguida, será feita uma breve descrição das 30 sessões do referido programa que se encontram devidamente planificadas no **Apêndice IX**, *Protocolo da Aplicação do Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental da Dr<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar*.

Por último, importa acrescentar que foi aplicada uma ficha de autoavaliação da sessão, no final de quase todas as sessões, desde a sessão nº4 até ao final, conforme se pode comprovar no Tabela nº2. Resta-nos informar que foram registadas algumas observações, as mais pertinentes, durante as sessões de aplicação do programa na grelha que se encontra no **Apêndice XI**.

De seguida, iremos explicar e/ ou resumir como decorreram as trinta sessões.

- **1ª Sessão**

Esta primeira sessão teve como principal objetivo tomar contato, ou melhor, estabelecer uma relação com a criança A para que se conseguisse iniciar a auto-observação de forma a ajudá-la a ter mais consciência dos seus problemas e das suas consequências.

Como tal, iniciou-se a sessão pedindo à criança que realizasse um desenho livre. O que foi realizado conforme foi solicitado. Fomos conversando sobre o que estava a desenhar (registo de notas de campo). Inicialmente, disse não saber o que iria desenhar. Ao fim de algum tempo, desenhou a sua família pela seguinte ordem: irmão, irmã, pai, mãe e ela. Quando se ia desenhar a si própria, logo a seguir ao pai, referiu “*Eu sou sempre a última!*” mas não era porque ainda faltava a sua mãe. Logo que percebeu, desenhou a mãe, corrigiu o que disse e desenhou-se do lado oposto perto do irmão. Sorriu quando lhe disse que era parecida com a mãe no desenho.

Durante a realização do desenho, foi mantido um diálogo onde foram explicadas as razões da nossa presença ali, as quais consistiam essencialmente em ensinar-lhe uns truques para a ensinar a pensar e a decidir sobre como resolver alguns dos seus problemas, tal como me tinham ensinado a mim, há já algum tempo. Desta forma, tentou-se que a criança A se identificasse comigo desde o início.

Em seguida, procedeu-se à elaboração da lista de coisas boas que fazia bem e que fazia mal para se conseguir preencher uma Ficha de Registo da 1ª Sessão de Autoavaliação. É de salientar que a criança não conseguiu identificar em primeiro lugar nenhuma característica para a lista de coisas boas, sendo assim tivemos que começar pelas coisas que fazia mal. Em seguida, completámos as duas listas e o que faltava na referida ficha de registo desta sessão.

É importante relatar que demorámos muito tempo nesta última atividade mas que mesmo assim conseguimos terminar e concluir a sessão com um bom comportamento.

- **2ª Sessão**

Nesta sessão introduziram-se as autoinstruções com o jogo da Memória, esclarecendo que o seu conteúdo se refere aos cinco passos que o nosso cérebro deve executar sempre ou quase sempre para solucionar o problema e/ou resolver qualquer tipo de exercício, de forma correta.

Dedicou-se algum tempo, ao treino das cinco fases para aprender as autoinstruções e em seguida, procedeu-se à realização das atividades previstas para o resto da sessão. As quais decorreram dentro da normalidade, à exceção da leitura dos enunciados das fichas, pois a criança encontra-se ao nível de um 1º ano de escolaridade, no que concerne ao seu nível de aprendizagem, embora esteja matriculada e se encontre a frequentar um 3º ano de escolaridade, revela muitas dificuldades na leitura e escrita. Outro aspeto a salientar, foi o facto da criança se ter recusado, no final, a pintar o cartaz das autoinstruções, porém quando lhe perguntei se achava que aquelas lhe iriam ser úteis, respondeu que sim e ao fim de um bocado começou a pintar o cartaz.

De uma forma geral, nesta sessão, a criança A:

- ✓ Gostou muito do **jogo da Memória**;

✓ Conseguiu identificar oralmente todas as autoinstruções, mas quando as estava a aplicar: tinha mais dificuldade em cumprir o 2º passo (não dizia que não tinha compreendido o que estava a ser pedido) e esquecia-se com frequência do 3º passo (estar com atenção) e do 5º passo (felicitar ou tentar perceber onde errou para melhorar).

- **3ª Sessão**

Esta sessão foi iniciada com uma revisão da sessão anterior, na qual a aluna se mostrou atenta e participativa. Contudo, necessitou de alguma orientação nas estratégias para a resolução da ficha 2.

Não houve mais nada a relatar, à exceção que, segundo a aluna, neste dia tinha tomado a medicação. De fato, notou-se alguma tranquilidade ao longo da sessão que contrastou com a recusa que houve no final da última sessão.

- **4ª Sessão**

A criança traduziu oralmente todas as autoinstruções, à exceção da 2ª. Enquanto as aplicou, manifestou ter mais dificuldade em efetuar a 3ª e esqueceu-se quase sempre da 5ª autoinstrução. Demorou muito tempo na realização da primeira e segunda atividade, mas mesmo assim conseguiu terminar a terceira atividade planificada.

Foi efetuado um pedido por escrito ao professor da turma, no qual se fazia a proposta para a mudança de lugar na sala de aula e o nome de uma colega que a iria ajudar. Essa escolha do nome da colega aconteceu antes do intervalo e durante esse tempo as duas crianças aceitaram cumprir as suas partes e estabeleceram uma espécie de um contrato entre elas e o professor.

Foi aplicada a ficha de autoavaliação da sessão à criança e esta assinalou em duas atividades, que correu Bem (3) e noutra atividade que foi Aceitável (3) em todas as atividades realizadas.

- **5ª Sessão (na aula)**

Esta sessão ocorreu na sala de aula e consistiu em primeiro lugar em verificar se a criança A tinha mudado de lugar, conforme o que tinha sido acordado na sessão anterior com a colega e o professor da turma. O que tinha acontecido.

De seguida, introduziu-se a atividade do “Protagonista da Semana” com a turma. Nesta sessão foi dado a conhecer quem será o eleito para a próxima semana e foi-lhe entregue a carta de apresentação da atividade para dar conhecimento aos pais.

De uma forma geral, esta atividade foi bem aceite não só por todos os alunos da turma mas também pelo seu professor.

Apesar da atividade da técnica do “Autorreforço Positivo”, também ter sido bem aceite pela turma, originou alguma confusão na aula, pois todos queriam escrever muitos objetivos a atingir e não colocavam um registo de pontos para cada um dos objetivos. O cartaz ficou afixado na sala de aula, num local de fácil acesso por parte dos alunos.

É de salientar que o comportamento da criança A, na sala de aula, em frente aos colegas, foi muito diferente do que até aqui tinha demonstrado. Esteve a maior parte do tempo distraída

e sem manifestar interesse pelas atividades que se estavam a realizar embora tivesse participado na realização das mesmas. Foi ela que explicou aos colegas, com alguma ajuda da minha parte, as autoinstruções que se encontravam no cartaz do “Autorreforço Positivo”. No final da sessão, quando foi questionada sobre essa modificação do comportamento e sobre a importância das autoinstruções na realização e conclusão do seu trabalho diário, a criança limitou-se a encolher os ombros e a sorrir. Então, foi novamente alertada para a importância das mesmas e que, desta forma, como não estava a colaborar comigo eu sozinha não a podia ajudar conforme o que tinha ficado acordado entre nós na primeira sessão. Quando chegou a altura de marcar a cor do comportamento, foi-lhe dada uma oportunidade e pode pintar de verde (bom) com a condição de melhorar no próximo dia. Caso tal não acontecesse, seria laranja ou cinzento de acordo com as cores atribuídas por ela a cada tipo de comportamento manifestado durante o tempo das sessões.

Foi aplicada a ficha de autoavaliação da sessão e a criança assinalou todas as atividades com Bem (3).

- **6ª Sessão**

Esta sessão foi constituída por dois momentos: dentro e fora da sala de aula.

Na sala de aula

Todos os alunos da turma adoraram a atividade do “Protagonista da Semana”. Nesta sessão, o protagonista foi o aluno mais bem aceite da turma. O aluno trouxe um búzio e uma fotografia sua.

É de salientar que nesta sessão já não estava a ser cumprido o que tinha sido acordado na 5ª sessão com a colega e o professor da turma, pois a criança A já não estava sentada no mesmo lugar da sessão anterior e estava agora sentada mais para o final da sala, rodeada dos alunos mais barulhentos e com mais dificuldades. Então, o professor foi alertado para a importância da aluna estar sentada à frente, perto do quadro e próxima da colega que tinha sido escolhida. O professor disse que iria tentar resolver o assunto mas que eram eles que escolhiam onde se queriam sentar.

Relativamente ao cartaz do “Autorreforço Positivo”, este encontrava-se tal como eu o tinha deixado na 5ª sessão, o que significa que ainda nenhum aluno tinha colocado alguma estrela num dos objetivos a que se propuseram atingir. Então foi realizada novamente uma sensibilização à turma para a importância da aplicação das autoinstruções em qualquer exercício ou aprendizagem que gostassem de realizar.

Foi aplicada a ficha de autoavaliação da sessão e a criança assinalou as quatro atividades com Muito Bem (4).

Fora da sala de aula

Nesta sessão, fora da sala de aula, introduziu-se o sistema de contingências de reforço para as autoinstruções e a criança A teve comportamento laranja (regular) devido ao fato de estar desatenta e ter sido chamada com frequência à atenção para ouvir o colega que estava a

explicar o porquê da sua fotografia e do seu búzio serem importante para ele durante a atividade do “Protagonista da Semana”.

- **7ª Sessão**

A partir desta sessão, a criança A começa a aplicar as autoinstruções em “sussurro” em duas fichas diferentes e introduziu-se o treino atribucional com a seleção de dois itens corretos e dois itens incorretos das tarefas cognitivas realizadas anteriormente.

É de salientar que a criança A revelou maior dificuldade em se concentrar e, por isso, necessitou de mais tempo na resolução do exercício da ficha 12, no qual tinha que marcar cinco sílabas com diferentes símbolos.

Nesta sessão ganhou apenas um ponto e teve comportamento laranja (regular), mesmo assim quando lhe foi dada a ficha de autoavaliação da sessão, a criança assinalou as quatro atividades com Muito Bem (4).

- **8ª Sessão**

A criança esteve muito participativa e colaboradora, pois foram aplicadas as autoinstruções em duas tarefas cognitivas que lhe agradaram muito (FICHA 14 e FICHA 18). Mesmo com os critérios modificados para a atribuição de pontos, a criança conseguiu mais dois pontos nesta sessão.

Passou também a conceder-se pontos extra se a criança A mencionar duas situações em que poderia ter aplicado as autoinstruções.

Foi aplicada a ficha de autoavaliação da sessão e a criança assinalou uma atividade com Muito Bem (4) e outra com Genial (5).

- **9ª Sessão**

Nesta sessão, a criança manifestou mais dificuldade não só em aplicar as autoinstruções na ficha 24 como em resolvê-la com sucesso devido às suas dificuldades de atenção e concentração “perdeu-se” nalgumas instruções e necessitou de alguma ajuda.

Ela própria assinalou na ficha de autoavaliação, nesta atividade, que correu mal (1). Então foi questionada do porquê, ao que respondeu “Estou a ter dificuldade em concentrar-me! É o passo 3, não é professora?” Ao ter dito isto, julgo que revelou algum conhecimento ou interiorização do que tem vindo a ser trabalhado durante as sessões. Voltou a referir o mesmo na altura do treino atribucional para os itens incorretos e para os itens corretos escolheu a ficha 22 (encontrar diferenças) e o jogo da Memória, os quais justificou que correu bem porque são atividades de que gosta e é mais fácil.

Nesta sessão ganhou apenas um ponto mas recebeu o 1º Diploma de Bom Comportamento, pois obteve 7 sessões de cor verde no Mapa do Comportamento.

Foi aplicada a ficha de autoavaliação da sessão e a criança assinalou duas atividades com Bem (3) e outra com Correu mal (1).

- **10ª Sessão**

Esta sessão foi constituída por dois momentos: dentro e fora da sala de aula.

Na aula

Deu-se início à sessão, na aula, com a recolha do cartaz do “Protagonista da Semana” e com a entrega da carta ao próximo aluno que viria a ser o próximo “Protagonista da Semana”. Esta atividade é sempre recebida com muito entusiasmo pelos alunos da turma. Desta vez, o aluno “selecionado” foi o aluno menos bem aceite da turma, o que originou alguns comentários desagradáveis da parte da maioria dos colegas, e.g. :”Ele não tem nada bom!”; “O que é que ele tem de bom?”; “Anda sempre a bater aos outros e a arranjar confusões...”. Posto isto, foi necessário chamar à atenção que todos nós temos coisas boas e agradáveis e esse seria o desafio da semana, quem seria aquele que encontraria mais coisas boas ou agradáveis sobre o aluno escolhido.

Passou-se então, novamente à explicação do cartaz das autoinstruções para as crianças perceberem em que consistem os passos e para que servem.

Fora da sala de aula

A criança A, resolveu as atividades propostas de forma interessada e até com algum empenho. Porém, manifestou dificuldade em aplicar as autoinstruções na **ficha 26** e em resolvê-la com sucesso, pois devido às suas dificuldades de atenção e concentração confundiu alguns modelos e necessitou de alguma ajuda para os encontrar de forma correta.

É de salientar que a criança avaliou a sessão com Muito Bem (4) em todas as atividades realizadas.

Nesta sessão ganhou apenas um ponto.

- **11ª Sessão**

Julgo que esta sessão foi a mais difícil de concretizar para a criança A, pois demorou três dias, com sessões de 1 hora, para a conseguir resolver o exercício da ficha 32 (tarefa de conexão de pontos do *Projeto de Enriquecimento Instrumental de Feuerstein*) e mesmo assim, necessitou de muita ajuda.

Mesmo após a descoberta das várias estratégias que deveria aplicar, a criança sentia muita confusão em conseguir seguir sozinha e aplicar as estratégias sugeridas, necessitando de orientação até à 3ª fila. Raramente conseguiu aplicar as autoinstruções sozinha, teve sempre que ser lembrada.

Nesta sessão não ganhou pontos e assinalou na ficha de autoavaliação, nas duas atividades, que correu mal (1), embora tenha gostado de recortar e colar as estratégias debaixo do 2º passo, “Como vou fazer?”, do cartaz dos desenhos das autoinstruções.

- **12ª Sessão**

Neste dia, a aluna parecia mais calma e resolveu a atividade programada da ficha 35 com gosto e interesse na primeira parte da atividade: aplicar as autoinstruções até ao recorte, porém

quando percebeu que não estava a ordenar de forma correta a história começou a ficar desmotivada. Entretanto, voltámos a observar e a descrever, com ajuda, todas as imagens e revimos/ definimos, em conjunto, as estratégias a utilizar para conseguir ordenar, colar e contar a história de forma correta.

É de salientar que manifestou algum gosto em voltar atrás e rever as diferentes estratégias utilizadas em cada uma das fichas trabalhadas nas sessões anteriores.

Nesta sessão não ganhou pontos. Porém, efetuou de forma correta o treino atribucional, pois como itens corretos identificou: só conseguiu seguir as estratégias e contar bem a história quando ficou com atenção; enquanto que para os itens incorretos identificou: não ordenava bem a história e não a contava bem porque a cabeça não estava a pensar e acrescentou: *Ás vezes, a minha cabeça anda maluca!*

Foi aplicada a ficha de autoavaliação da sessão e a criança assinalou todas as atividades com Aceitável (2).

- **13ª Sessão**

Esta sessão e a próxima dedicam-se à aplicação das autoinstruções ao TANGRAM, então as figuras existentes no programa foram distribuídas da seguinte maneira: 5 figuras para esta sessão e 2 figuras para a próxima sessão.

É de destacar que a criança A revelou grande dificuldade em construir as 5 figuras simples. Só conseguiu concluir a construção de algumas figuras com êxito, após várias tentativas, colocando as peças em cima do modelo com as soluções, de forma a seguir a orientação correta das peças. Para além desta dificuldade, a criança também confundiu com alguma frequência a autoinstrução nº 1 com a autoinstrução nº 2 ao longo da realização desta atividade.

Nesta sessão não ganhou pontos e assinalou na ficha de autoavaliação, nas duas atividades, que correu mal (1) porque não consegue concentrar-se, disse: *Esforcei-me mas não consegui.*

- **14ª Sessão**

Concluiu-se a aplicação das autoinstruções ao TANGRAM, com a construção das últimas figuras (6 e 7). Neste exercício, a criança aplicou as autoinstruções de forma correta e, sozinha, reconheceu um erro, uma peça não estava colocada na posição correta. Resolveu iniciar uma 2ª tentativa, fez bem e aplicou de forma correta, novamente, as autoinstruções.

Em seguida, procedeu-se à escolha do co-terapeuta e à recordação das autoinstruções para a criança A lhe ensinar. Tarefa que foi realizada com sucesso.

Nesta sessão ganhou apenas um ponto.

É importante referir que a criança A não ganhou pontos extra porque diz que nunca aplica as autoinstruções na sala de aula. Da mesma forma que é importante destacar que a criança A não se sente interessada em ensinar aos outros o que aprende nestas sessões porque diz que *“...eles não precisam, pois sabem tudo”*.

Foi aplicada a ficha de autoavaliação da sessão e a criança assinalou a maioria das atividades com Bem (3).

- **15ª Sessão**

Esta sessão foi constituída por dois momentos: dentro e fora da sala de aula.

Na aula

Iniciámos a sessão com a recolha do cartaz do “Protagonista da Semana” e a entrega da carta para os pais do próximo aluno eleito para esta atividade: a criança A.

Fora da aula

Neste dia, a criança A pareceu mais motivada, talvez devido à notícia que seria a próxima “Protagonista da Semana” ou pela descoberta de um novo jogo: o jogo das Damas. A primeira atividade consistiu em explicar no que consiste o jogo e em como se joga. Depois começamos a aplicar as autoinstruções ao jogo das Damas.

Nesta sessão ganhou três pontos, pois o treino foi realizado com pontos. Continuou a dizer que não aplica as autoinstruções na aula porque não consegue fazer nada mesmo assim.

Começa a revelar dificuldade em efetuar o treino atribucional, pois respondeu sempre o mesmo das sessões anteriores ou fica calada.

Foi aplicada a ficha de autoavaliação da sessão e a criança assinalou a maioria das atividades com Bem (3).

- **16ª Sessão**

Esta sessão foi constituída por dois momentos: dentro e fora da sala de aula.

Na aula

Nesta sessão, a criança A foi a “Protagonista da Semana” e revelou alguma insegurança e/ou dificuldade enquanto explicou aos colegas a fotografia que levou para o cartaz, necessitando sempre de um reforço positivo da parte do professor aplicador.

Fora da aula

Ficou mais descontraída quando saímos da sala e continuámos a aplicação das autoinstruções ao jogo das Damas, o qual tinha sido iniciado na sessão anterior.

A aluna ganhou um ponto e assinalou na ficha de autoavaliação, nas duas atividades, que correu Bem (3). Neste dia também recebeu o 2º Diploma de Bom Comportamento, pois alcançou 14 sessões de cor verde no Mapa do Comportamento.

- **17ª Sessão (na aula)**

Esta sessão teve como principal objetivo, aplicar uma atividade para controlar o comportamento agressivo perante a frustração pela execução das tarefas e nos conflitos com os pares: a “Técnica da Tartaruga”.

Sendo assim, foi lida, recontada oralmente e dramatizada a “História da Tartaruga”. Desta história, retirou-se uma técnica que a tartaruga passou a utilizar e pretendia-se que todos os alunos da turma tentassem aplicá-la, tal como ela, naqueles momentos em que demonstrem vontade de resolver uma situação agressiva ou sintam uma raiva enorme.

Para motivar a aplicação desta técnica, foi proposto aos alunos um **reforço coletivo** (uma tartaruguinha de verdade). Este prémio seria atribuído no momento em que cada um dos alunos

conseguisse seis tartarugas de papel, em forma de pontos. O prémio só se conseguirá se todos os alunos atingissem o número estipulado. Para ser mais fácil, foi sugerido que se avisassem uns aos outros nos momentos mais críticos em que acreditassem que pudesse ser útil aplicar a tartaruga.

Foi elaborado, para esta atividade, um cartaz intitulado “Técnica da Tartaruga”, com os nomes de todos os alunos e com um envelope com várias tartarugas desenhadas que foi afixado na parede da sala de aula. De cada vez que uma criança conseguisse uma tartaruga deveria colá-la, por baixo do seu nome, neste cartaz.

É de salientar que esta atividade também foi muito bem recebida por todos os alunos, inclusive, a criança A mostrou-se mais participativa e mais empenhada ao longo da realização das atividades desenvolvidas na sala de aula. Na ficha de autoavaliação, assinalou que correu Bem (3).

- **18ª Sessão**

Foi selecionado um problema de matemática, de 2º ano, adequado ao nível de aprendizagem da criança. Aplicaram-se as autoinstruções atribuindo maior importância no ensino de estratégias de aplicação geral, na autoinstrução nº 2.

Nesta sessão, a criança A apenas conseguiu resolver o problema através do desenho. Necessitou de ajuda para a compreensão do enunciado e na definição de algumas estratégias. Porém, na ficha de autoavaliação, assinalou que correu Bem (3). Nesta sessão ganhou apenas um ponto.

- **19ª Sessão**

Nesta sessão, a criança A concluiu a resolução do problema através do cálculo, registando a operação a que foi necessário recorrer para encontrarmos a resposta correta. Também nesta sessão continuou a necessitar de ajuda para encontrar a resposta correta. No entanto, continuou a assinalar na ficha de autoavaliação, que correu Bem (3). Nesta sessão também ganhou apenas um ponto

- **20ª Sessão**

Foi realizado um trabalho de Língua Portuguesa, no qual a criança revela dificuldades, com leitura e interpretação de um pequeno texto de consolidação do caso “bra, bre, bri, bro, bru”. A criança revelou interesse e empenho na realização desta atividade, porém necessitou de um reforço positivo constante, e.g. :”Vês que consegues! Basta concentrar-te e aplicares as autoinstruções em cada exercício!”.

Nesta sessão ganhou apenas um ponto e na ficha de autoavaliação da sessão classificou todas as atividades com Bem (3).

- **21ª Sessão**

Nesta sessão deu-se início a um novo bloco de treino, o qual incide no autocontrolo corporal e relaxamento. Começámos por fazer uma lista de situações para ela stressantes, suas consequências e possíveis soluções.

É de salientar que a aluna demorou muito tempo a conseguir identificar as situações que a deixam nervosa. Necessitou sempre de ajuda, recorrendo a exemplos de outros colegas e até dos

“meus”. Só aí, consegui falar sobre uma situação muito complicada, que aconteceu com o irmão do meio há um ou dois anos atrás: *Espetei um garfo na cabeça do meu irmão porque ele não me dava o computador.*

Após este desabafo conseguiu-se completar a lista das situações que a deixam nervosa com as consequências do seu mau comportamento. Em seguida, dramatizaram-se algumas dessas situações e suas consequências. Finalmente, foram apresentadas algumas soluções possíveis que assentavam quase sempre que possível no truque: “Se descobrir como **evitar** situações stressantes posso poupar alguns problemas”.

Nesta sessão ganhou apenas um ponto e na ficha de autoavaliação da sessão classificou todas as atividades com: Bem (3).

- **22ª Sessão**

Nesta sessão foi explicado o objetivo das próximas sessões, o qual incide na forma como controlar o nosso corpo quando estamos em situações que nos põem nervosos, pois nem sempre conseguimos evitar que essas situações aconteçam. Por isso, introduziu-se o relaxamento; distinguiu-se o que são músculos e o que são ossos; verificou-se o que é um músculo em tensão e o que é um músculo em relaxação e contraíram-se diferentes músculos sem contrair outros. Tudo isto foi praticado através de vários exercícios.

Esses exercícios também tiveram como objetivo verificar as diferenças entre ativar e inibir o movimento através da corrida seguindo diferentes instruções através de um código. Deu-se especial ênfase à dificuldade em inibir o movimento / controlar o corpo e repetimos contrações e distensões com as diferentes partes do corpo com a criança em frente a um espelho.

É de salientar que no início da sessão a criança estava muito nervosa e agitada, pois tinha estado a realizar a ficha de avaliação mensal, de Língua Portuguesa, na sala de aula. Demorou muito tempo a sentir-se mais tranquila e a participar de forma colaborativa nas atividades propostas para esta sessão. Parecia estar sempre na “defensiva”, porém a seguir à primeira atividade (corrida - ativar e inibir o movimento) voltou a sorrir e a colaborar de forma positiva.

Nesta sessão ganhou apenas um ponto, pois só conseguiu apontar as seguintes situações que nos põem nervosos: “Realizar as fichas de avaliação”, “Conhecer alguém pela primeira vez”, “Quando tenho que ler em voz alta, na sala”.

Na ficha de autoavaliação da sessão classificou todas as atividades com: Bem (3).

- **23ª Sessão**

Iniciou-se a sessão com a conclusão da lista das situações que nos põem nervosos/ nos provocam stress, iniciada na 21ª sessão e lembrámos a sessão anterior. Em seguida, explorou-se a função da respiração no relaxamento para que pudéssemos dar início ao controlo da respiração, antes e depois de correr, através de alguns exercícios. Verificou-se ainda a expressão facial de uma pessoa zangada com a cara tensa e com a cara relaxada: qual seria a mais real? É claro que a criança disse que seria a cara tensa.

É de salientar que inicialmente, durante aproximadamente 20 minutos a criança mostrou alguma relutância em querer realizar as atividades da sessão. Afirmava que não queria fazer nada e que não sabia nenhuma das autoinstruções, que não se lembrava. Então, decidiu-se falar com ela sobre o motivo de estar assim e disse “Não tomei o comprimido!”. Então recordou-se a sessão anterior, na qual se tinha abordado a forma como nós podemos controlar o nosso corpo e como tínhamos verificado que, na corrida, era mais fácil inibir o movimento do que ativá-lo. Então, se ela quisesse colaborar, tinha que fazer um esforço maior para o conseguir mas que tal não era impossível. Só dependia dela.

Ao fim de pouco tempo, começou a manifestar interesse pelas atividades da sessão, mas houve alturas em que ficava demasiado excitada e não seguia as instruções de acordo como estavam a ser dadas, necessitando, por isso, de ser chamada várias vezes à atenção. Quando tal acontecia, respondia “Então, hoje não tomei o comprimido!”.

Nesta sessão ganhou dois pontos mas teve comportamento laranja (regular). Na ficha de autoavaliação da sessão classificou todas as atividades com Muito Bem (4).

- **24ª Sessão**

Esta sessão consistiu em perceber e experimentar como influencia a música no relaxamento através da prática de uma sessão de relaxamento sentada numa cadeira.

De uma forma geral, a sessão correu mesmo muito bem, apenas no início a criança revelou alguma desconfiança e dificuldade em fechar os olhos mas depois conseguiu concentrar-se e relaxar.

A criança levou para casa um cd com músicas de relaxamento, do seu gosto, para ouvir em casa.

Nesta sessão, a criança ganhou um ponto e na ficha de autoavaliação da sessão classificou todas as atividades com: Genial (5). Como tal, podemos afirmar que do ponto de vista da criança e do aplicador esta foi a sessão que mais agradou à criança e que, talvez por isso, tenha corrido melhor.

- **25ª Sessão**

Nesta sessão, o objetivo principal foi pôr em prática o que foi aprendido sobre o relaxamento nas sessões anteriores.

Conversou-se sobre como tinha sido com o cd que levou para casa e respondeu que o tinha ouvido no seu quarto, deitada na sua cama, antes de dormir. De seguida, colocámos música apropriada para relaxar todo o corpo e realizámos vários exercícios de relaxamento deitados no chão, sentados, de olhos abertos e a andar devagar. Este último, apesar de, por vezes, alternarmos com música mais mexida. Foram também dramatizadas situações em que poderemos necessitar de relaxar.

Dos exercícios realizados neste dia, a criança revelou mais dificuldade em controlar o corpo, no andar devagar, quando mudava para o estilo de música mais rápido. Após três tentativas, foi lembrada que estava a ser testada e conseguiu realizar bem o exercício, então ganhou um ponto extra.

Tratou-se de uma sessão muito importante para a criança conseguir perceber que não é preciso estarmos deitados para nos relaxarmos. Podemos nos relaxar em qualquer momento, em qualquer lugar e quando o desejarmos. Porém, é preciso praticar ainda mais.

Nesta sessão ganhou dois pontos e na ficha de autoavaliação da sessão também classificou todas as atividades com: Genial (5), tal como na sessão anterior. O que vem confirmar que as sessões deste bloco de treino do programa são as que mais têm agradado à criança, pelo menos até aqui.

- **26ª Sessão**

Nesta sessão dá-se início à abordagem dos problemas sociais da criança com PHDA. O primeiro passo consiste em saber se a criança consegue diferenciar e identificar corretamente as várias expressões faciais correspondentes aos diferentes tipos de emoções.

Para esta sessão foi construído um jogo da memória com expressões faciais, que se encontram no manual do programa. O 1º passo foi identificar cada uma das expressões, tentar reproduzi-las em frente ao espelho e desenhar aquelas em que a criança tem mais dificuldade em identificar. Em seguida, realizámos o jogo da memória com as expressões faciais, trabalhadas anteriormente, de duas formas diferentes, seguindo as orientações do programa.

A importância desta sessão prende-se com o fato de, inicialmente, quando olhamos para as caras, em muitas ocasiões, parecem iguais mas depois, observadas com mais atenção percebemos como a mudança de uma sobrancelha pode alterar uma expressão ou outra. Inclusive, nos seus desenhos, a criança pode desenhar as suas personagens com diferentes emoções sem necessitar de recorrer à escrita.

As expressões faciais que trocou mais vezes foram: triste/ espanto/ assustado, medo. Por isso, desenhou essas expressões.

Nesta sessão ganhou dois pontos e na ficha de autoavaliação da sessão classificou todas as atividades com: Bem (3).

- **27ª Sessão**

Continuámos a praticar a identificação de sentimentos através do jogo da memória com as expressões faciais da sessão anterior.

Após a leitura da história nº 9, adaptada, do Quadro 13, do manual, pois foi substituído o nome de “Sérgio” pelo nome de “Ana”: “A Ana estudou muito para o exame de Língua Portuguesa. Quando recebe o exame, vê que teve um satisfaz e o seu colega de carteira teve um Excelente e gaba-se em frente de todos. O que sente a Ana?” (Vilar, 2001), a criança disse que a Ana ficou triste porque ele teve boa nota e ela teve má nota. Em seguida, tentou colocar-se no lugar do outro e escolheu cara triste para a personagem principal e cara contente para o colega porque “Ela ficou triste porque teve má nota e ele ficou contente porque teve boas notas”.

Nesta sessão ganhou apenas um ponto pois continua sem receber pontos extra porque não identifica: três situações em que conseguiu aplicar as autoinstruções; nem identifica situações

em que tentou relaxar-se. Na ficha de autoavaliação da sessão classificou todas as atividades com: Muito Bem (4).

- **28ª Sessão**

Nesta sessão introduz-se o novo bloco de treino, o qual consiste em: treinar a criança na solução de problemas sociais; aumentar o número de estratégias possíveis para solucionar um único problema; aumentar as estratégias para solucionar o mesmo problema, de forma a prever as suas consequências em diferentes contextos, e tomar consciência de quais são as estratégias mais adequadas para cada situação.

Começou-se por ler o problema nº 1 do Questionário sobre Estratégias de Interação Social (Quadro 14), do manual; depois, a criança fez a sua representação num desenho e em seguida elaboramos uma lista com possíveis soluções que possam surgir. Para ajudar a criança a perceber melhor o problema, o aplicador ajudou-a a dramatizar a situação de forma que a solução ocorresse mais facilmente. As soluções que ocorreram à criança foram registadas por baixo do desenho correspondente e, em seguida, o aplicador apresentou outras alternativas, sugeridas por outras crianças da sua idade, as quais estão referenciadas no Quadro 15 do manual (Villar et Polaino-Lorente, 2001).

O mesmo procedimento foi efetuado para trabalhar o problema nº 2 e o problema nº 3.

É de salientar que as soluções apresentadas pela criança tiveram uma ajuda constante do aplicador, pois a criança respondia constantemente “Não sei!”, de forma desinteressada. No problema 2, a criança começou a desinteressar-se e a dizer que batia ao menino, ou que não fazia nada, apenas chamava outro menino.

No problema 3, esteve sempre desatenta e respondia coisas totalmente descabidas, fora de contexto, e.g. “Levava o escorrega” ...” Sim, o escorrega porque não tenho nenhum”.

Nesta sessão, ganhou um ponto e uma borracha com a forma de uma mola cor de rosa, a qual estragou ainda durante a sessão. Na ficha de autoavaliação da sessão classificou todas as atividades com: **Correu mal (1)**.

- **29ª Sessão**

Nesta sessão deu-se continuidade à sessão anterior. Por isso, foi efetuado o mesmo tipo de procedimentos para analisar os problemas nº 4, nº5 e o nº6.

É de salientar que o desinteresse da aluna também continuou, pois esteve sempre muito agitada e sem querer trabalhar.

Nesta sessão ganhou apenas um ponto e teve comportamento laranja (regular).

Na ficha de autoavaliação da sessão classificou todas as atividades com Bem (3).

- **30ª Sessão**

Esta sessão iniciou-se com a conclusão da análise dos problemas nº 7 e nº 8, tal como nas duas sessões anteriores. Em seguida, concluiu-se que quase todas as soluções, de uma forma geral, apesar de estarem formuladas de maneira diferente, referem-se ao mesmo: intercâmbio (troca), pedir ajuda a um adulto, etc. Elaborou-se também um quadro de dupla entrada, com as estratégias mais representativas, onde se tentou explicar à criança quais as estratégias que

funcionam ou não e quais as estratégias que podemos utilizar para que os outros fiquem nossos amigos ou não.

Em seguida, tentou-se realizar uma autoavaliação de todo o tratamento. Por isso, voltámos ao quadro de autoavaliação que se começou a completar na primeira sessão e fomos observar os problemas resolvidos e quais foram as estratégias empregues.

É de salientar que durante a análise do referido quadro, a criança comentou várias vezes, várias situações de briga com o seu irmão do meio, porém quando questionada sobre as consequências, o final foi sempre recorrente à mentira, pois nunca coincidia com nenhuma das versões anteriores.

Após a análise do referido quadro de autoavaliação, a criança afirmou o seguinte “ Foi mais fácil perceber o que tenho que fazer!” Em seguida, o aplicador acrescentou que agora ela já possui uma grande variedade de pequenos “truques” para utilizar quando precisar. *É só querer e eles aparecem, porém tens que querer mesmo!*

Nesta sessão ganhou dois pontos e na ficha de autoavaliação da sessão classificou todas as atividades com: Bem (3).

No final da sessão, numa conversa tranquila a criança destacou três aspetos acerca deste programa que julgo ser importante destacar:

O que mais gostou: O Relaxamento;

O que é mais importante: O Relaxamento;

O que pode ajudar mais: A Técnica da Tartaruga.

Assim termina a apresentação dos registos obtidos durante a implementação do programa cognitivo- comportamental à criança A, sessão a sessão. Posteriormente, foram dados a conhecer estes dados ao professor da turma e ao Encarregado de Educação da referida criança.

De uma forma geral, podemos afirmar que a criança gostou mais das atividades onde sentiu mais facilidade e gostou menos das atividades onde sentiu mais dificuldade na sua resolução. Onde sentiu mais dificuldade foi em conseguir aplicar, sozinha, as autoinstruções de forma correta e onde sentiu mais facilidade foi no bloco do relaxamento e autocontrolo corporal, em especial no relaxamento com música.

Gostou também do jogo da Memória (2ªsessão), da atividade do Protagonista da Semana (na 10ª e 15ªsessão), do jogo das Damas (16ªsessão) e da Técnica da Tartaruga (17ªsessão).

É de salientar que a criança, a partir da 15ªsessão (quando foi eleita a Protagonista da Semana), ficou mais motivada e mais empenhada na aplicação das autoinstruções nas atividades do programa. No entanto, quando questionada se as aplicava também na sala de aula, conforme tínhamos combinado, dizia que não as aplicava na sala de aula porque não conseguia fazer na mesma os exercícios pretendidos. Na 17ª sessão, na sala de aula, mostrou-se mais participativa e empenhada nas atividades realizadas com a turma o que não era muito perceptível nas outras sessões na aula. Porém, houve uma quebra na motivação e interesse da criança A desde o início do último bloco de treino na resolução de problemas sociais.

Em seguida, serão analisados os resultados das fichas de autoavaliação aplicadas no final de cada sessão e que comprovam a avaliação desta intervenção feita pela criança. Os resultados globais destas fichas encontram-se registados na Tabela 3.

Tabela 3- Classificação Global das Fichas de Autoavaliação de cada Sessão

Classificação	Sessões N°	Total de Sessões	Observações
Correu Mal (1)	11, 13, 28	3	Blocos: autoinstruções (11 e 13) e Estratégias de Interação Social (28).
Aceitável (2)	12	1	Blocos: autoinstruções e treino atribucional.
Bem (3)	4, 5, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 29, 30	15	- Sessões de todos os blocos de treino.
Muito Bem (4)	6, 7, 8, 10, 23, 27,	6	Blocos: autoinstruções, treino atribucional, relaxamento e Estratégias de Interação Social.
Genial (5)	24, 25	2	Ambas pertencem ao bloco do relaxamento.

Após a análise da Tabela 3 facilmente percebemos que, de uma forma global, a Criança A gostou do programa que lhe foi aplicado, pois avaliou a maior parte das sessões de forma positiva. Podemos verificar que 15 sessões, pertencentes a todos os blocos de treino que constam do programa, foram avaliadas com Bem (3); 6 sessões, pertencentes aos blocos de treino das autoinstruções, do treino atribucional, relaxamento e estratégias de interação social, foram avaliadas com Muito Bem (4); três sessões, pertencentes aos blocos das autoinstruções e estratégias de interação social, foram avaliadas com Correu Mal (1); duas sessões, pertencentes aos blocos do relaxamento, foram avaliadas com Genial (5) e apenas uma sessão, pertencente ao bloco das autoinstruções e treino atribucional, foi avaliada com Aceitável (2). Deste modo, esta tabela veio confirmar que a criança gostou mais das atividades onde sentiu mais facilidade - como foi o caso do bloco do relaxamento e autocontrolo corporal, em especial no relaxamento com música - e gostou menos das atividades onde sentiu mais dificuldade na sua resolução - o que aconteceu no bloco das autoinstruções, quando tinha de as aplicar sozinha, de forma correta. Também sentia alguma dificuldade em conseguir realizar sozinha a atividade do bloco do treino atribucional, chegou a uma altura em que a justificação era quase sempre igual em todas as sessões.

No próximo ponto, iremos avaliar este programa com a análise aos resultados do pré e pós-teste das Escalas de Conners e dos Critérios de Diagnóstico da PHDA referenciados no DSM-IV-TR.

## 4.1.2. Avaliação do Programa de Intervenção

### 4.1.2.1. Resultados do pré e pós-teste (Conners)

Através da observação, da experimentação e da comparação entre os comportamentos dos alunos e das indicações dos seus professores procurámos ter uma atitude reflexiva sobre os objetivos a que nos propusemos no início da nossa investigação.

Seguem-se, sob a forma de tabelas e gráficos a síntese avaliativa da intervenção que foi implementada na Criança A e a qual foi comparada com a Criança B.

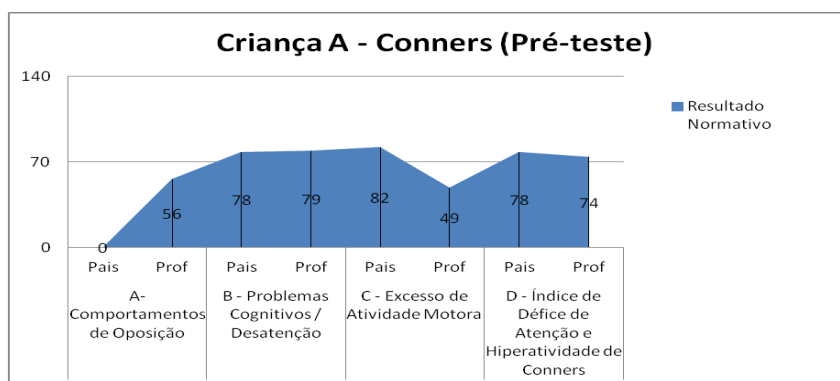
Damos início à nossa avaliação com os resultados obtidos na aplicação da Escala de Conners à Criança A, num pré-teste e num pós-teste, compilados na Tabela nº3, na qual facilmente se pode verificar as únicas alterações que, podemos comprovar que ocorreram, na Escala C- Excesso de Atividade Motora e na Escala D- Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade de Conners, nos resultados obtidos pelo professor.

Tabela 4- Síntese - Escalas Conners - Criança A

CRIANÇA A								
Designação da Escala	Aplicada	Resultado Bruto		Resultado Normativo		Percentil		Observação
		Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	
A- Comportamentos de Oposição	Pais	11	11	---	---	---	---	---
	Prof	3	3	56	56	56-60	56-60	Ligeiramente Atípico
B - Problemas Cognitivos / Desatenção	Pais	13	13	78	78	98+	98+	Marcadamente Atípico
	Prof	13	12	79	76	98+	98+	Marcadamente Atípico
C - Excesso de Atividade Motora	Pais	16	15	82	80	98+	98+	Marcadamente Atípico
	Prof	5	1	49	42	27-73	16-26	Média (Res. Típico) / Ligeiramente Atípico
D - Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade de Conners	Pais	29	25	78	72	98+	98+	Marcadamente Atípico
	Prof	24	20	74	69	98+	95-98	Marcadamente Atípico / Moderadamente Atípico

De seguida, apresentamos os resultados em gráficos separados pelas duas fases em que foram aplicados (pré e pós-teste) às duas crianças com PHDA (Criança A e Criança B).

Gráfico 1- Resultados Conners (pré-teste) - Criança A



Neste gráfico, são apresentados os resultados obtidos na aplicação da Escala de Conners, na forma de pré-teste, à Criança A. No qual, podemos destacar as escalas que estão acima do eixo (70), no resultado normativo, pois são estes os resultados que levantam maior preocupação.

Como tal, podemos verificar que a Escala B- Problemas Cognitivos/ Desatenção (78-Pais / 79-Prof.) e a Escala D- Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners (78-Pais / 74-Prof.) são as têm maior concordância em termos de resultado final no enfoque dos Pais e do Professor da turma.

É de salientar que a Escala C- Excesso de Atividade Motora, apenas revela maiores valores (82) no enfoque dos pais, pois no enfoque do professor a mesma escala obteve um valor muito menor (49), este é quase metade do resultado anterior. Tal significa que existe uma grande discrepância entre os dois resultados desta escala.

De acordo com as Linhas Orientadoras para a Interpretação dos Scores T e Percentis, do Conners Rating Scales - Revised (1997), segundo a tradução e adaptação de Ana Rodrigues (1999), no Anexo II, podemos construir as tabelas de interpretação dos resultados obtidos na aplicação do pré e pós-teste.

Tabela 5- Síntese -Interpretação dos resultados das E. Conners - Criança A (pré-teste)

A-Comportamentos de Oposição		B - Problemas Cognitivos/Desatenção		C - Excesso de Atividade Motora		D - Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners	
Pais	Prof	Pais	Prof	Pais	Prof	Pais	Prof
-	Lig. Atípico	Marcad. Atípico	Marcad. Atípico	Marcad. Atípico	Média	Marcad. Atípico	Marcad. Atípico

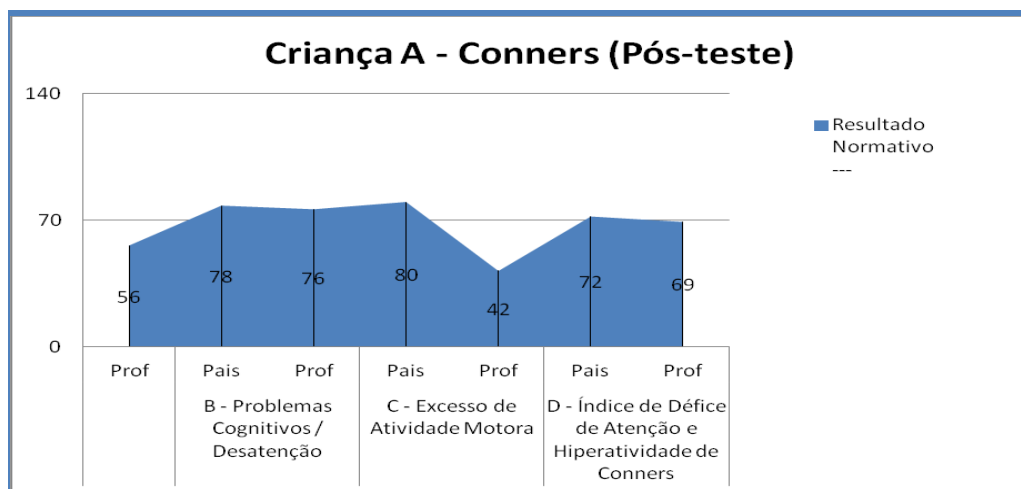
Sendo assim, na Tabela 5, anteriormente apresentada, podemos interpretar os resultados da Escala B- Problemas Cognitivos/ Desatenção e da Escala D- Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners como sendo Marcadamente Atípicos.

Este tipo de resultado indica que existe um problema significativo na Criança A.

No que diz respeito à Escala C- Excesso de Atividade Motora, podemos interpretar que, segundo os valores obtidos no enfoque dos pais, também é Marcadamente Atípico, porém

segundo os valores obtidos no enfoque do professor, é uma criança que tem um resultado típico, pois situa-se na Média.

Gráfico 2- Resultados Conners (pós-teste) - Criança A



O gráfico 2, apresenta-nos os resultados obtidos na aplicação da Escala de Conners mas, desta vez, na forma de pós-teste.

Ao observarmos o gráfico, facilmente percebemos quais as Escalas que continuam a manifestar maior concordância entre os pais e o professor da Criança A. São elas, as Escalas B- Problemas Cognitivos/ Desatenção (78-Pais / 76-Prof.) e a Escala D- Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade de Conners (72-Pais / 69-Prof.).

É importante referir que a Escala C- Excesso de Atividade Motora, continua a revelar disparidade nos resultados obtidos entre a aplicação feita aos pais e ao professor. Esta escala continua a apresentar maiores valores (80) no enfoque dos pais, enquanto que no enfoque do professor obteve um valor muito menor (42), o último resultado continua a ser quase metade do resultado anterior. Tal significa que continua a existir uma grande discrepância entre os dois resultados desta escala, talvez devido ao facto da Criança A revelar mais problemas em casa com os pais e os irmãos do que na escola, mais concretamente na sala de aula. Outra justificação possível, poderá ter a ver com o efeito da medicação. Isto é, é possível que em casa os pais sintam sempre a mesma dificuldade, pois, mesmo nos dias em que a medicação é efetuada de forma adequada, quando a criança chega a casa já passou o efeito da mesma, e, por isso, na escola existam momentos de mais tranquilidade. Num dos dias em que a criança foi observada, ficou registado que, mesmo quando os colegas da turma ficam a conversar uns com os outros e se levantam do lugar, esta criança limitava-se a olhar para eles e continuava sentada no seu lugar a sorrir.

Tabela 6- Síntese -Interpretação dos resultados das E. Conners - Criança A (pós-teste)

A- Comportamentos de Oposição		B - Problemas Cognitivos /Desatenção		C - Excesso de Atividade Motora		D - Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners	
Pais	Prof	Pais	Prof	Pais	Prof	Pais	Prof
---	Lig. Atípico	Marcad. Atípico	Marcad. Atípico	Marcad. Atípico	Lig. Atípico	Marcad. Atípico	Moderad. Atípico

Sendo assim, ao analisarmos a Tabela 6, verificamos, em primeiro lugar, que a Escala B- Problemas Cognitivos/ Desatenção obteve concordância nos resultados dos pais e do professor, pois considerou ambos como sendo Marcadamente Atípicos. Este tipo de resultado continua a indicar que existe um problema significativo na Criança A

Em segundo lugar, verificamos que já existe uma pequena diferença, no pós-teste, nos resultados obtidos na Escala D- Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners, no enfoque dos pais, cuja classificação continua a ser igual à anterior (Marcadamente Atípico) mas que no enfoque do professor, a classificação obtida considera que é Moderadamente Atípico. Tal aconteceu porque houve realmente uma pequena descida nos valores obtidos nesta escala, quer da parte dos pais quer da parte do professor, porém os resultados do professor são os que se percebem mais facilmente. No entanto, apesar desta pequena alteração, ambos os resultados significam que existe um problema significativo na Criança A.

No que diz respeito à Escala C- Excesso de Atividade Motora, podemos interpretar que, segundo os valores obtidos também houve uma ligeira descida quer no enfoque dos pais, quer no enfoque do professor. Contudo, os resultados dos pais, mantêm que o comportamento é Marcadamente Atípico, porém segundo os valores obtidos no enfoque do professor, é uma criança que apresenta um comportamento Ligeiramente Atípico. Este último comportamento deve preocupar, pois situa-se na Borderline.

De seguida, passaremos a apresentar na Tabela 7, os resultados obtidos na aplicação da Escala de Conners, no pré e pós-teste, à Criança B.

Tabela 7 - Síntese - Escalas Conners - Criança B

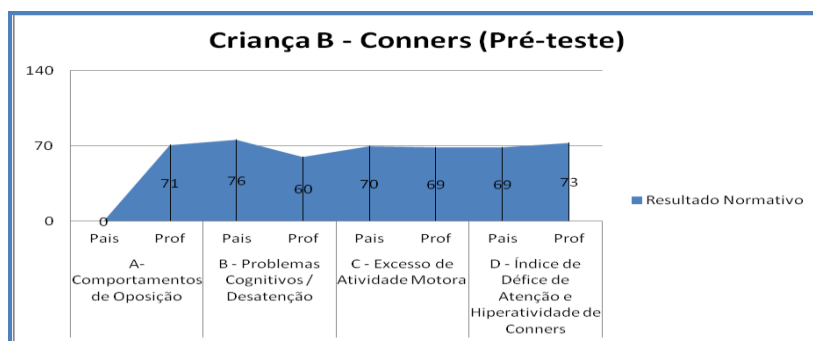
CRIANÇA B								
Designação da Escala	Aplicada	Resultado Bruto		Resultado Normativo		Percentil		Observação
		Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	
A- Comportamentos de Oposição	Pais	8	7	---	---	---	---	---
	Prof	10	11	71	74	98+	98+	Marcadamente Atípico
B - Problemas Cognitivos / Desatenção	Pais	14	11	76	68	98+	95-98	Marcadamente Atípico / Moderadamente Atípico
	Prof	8	4	60	49	74-85	27-73	Ligeiramente Atípico
C - Excesso de Atividade Motora	Pais	14	11	70	63	95-98	86-94	Moderadamente Atípico / Medianamente Atípico
	Prof	16	20	69	76	95-98	98+	Moderadamente Atípico / Marcadamente Atípico
D - Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade de Conners	Pais	27	23	69	64	95-98	86-94	Moderadamente Atípico / Medianamente Atípico
	Prof	33	36	73	76	98+	98+	Marcadamente Atípico

Ao observarmos a Tabela 7, facilmente percebemos que ocorreram alterações nos resultados obtidos nas duas fases de aplicação deste instrumento, dando especial atenção à Escala C- Excesso de Atividade Motora. Nesta escala ocorreu alteração nos resultados obtidos no enfoque dos pais e do professor.

Também se observa que houve alterações nos resultados obtidos, apenas no enfoque dos pais, nas seguintes escalas: Escala C- Excesso de Atividade Motora e Escala D- Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade de Conners.

Iremos continuar a apresentação e avaliação dos resultados com a análise dos Gráficos 3 e 4 que estão a representar os resultados obtidos no pré e no pós-teste. Da mesma forma que também iremos analisar as respetivas tabelas de interpretação dos valores obtidos nas duas fases de aplicação do referido instrumento.

Gráfico 3- Resultados Conners (pré-teste) - Criança B



No gráfico 3, estão representados os resultados obtidos na aplicação da Escala de Conners, na forma de pré-teste, à Criança B. No qual, podemos verificar que todas as escalas apresentam valores que estão muito próximos ou acima do eixo (70), no resultado normativo.

Segundo o enfoque do professor, a Escala A- Comportamentos de Oposição (Não se aplica-Pais / 71-Prof.) e a Escala D- Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners (69-Pais / 73-Prof.) apresentam um valor acima do eixo.

Porém, a Escala B- Problemas Cognitivos/ Desatenção (76-Pais / 60-Prof.) apresentam valores diferentes no que se refere à localização do eixo, pois enquanto no enfoque dos pais o eixo é ultrapassado, sendo o resultado que fica mais acima; no enfoque do professor, é o resultado que fica mais abaixo do eixo, das escalas aferidas.

É de salientar que a Escala C- Excesso de Atividade Motora (70-Pais / 69-Prof.) é a escala que apresenta maior proximidade de resultados, o que significa concordância entre os resultados obtidos no enfoque dos pais e no enfoque do professor.

Por último, a Escala D- Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners (69-Pais / 73-Prof) apresenta, tal como a Escala B- Problemas Cognitivos/ Desatenção, valores diferentes em relação ao eixo. Desta vez, é o enfoque do professor que ultrapassa o eixo, sendo o resultado que fica mais acima, enquanto no enfoque dos pais, é o resultado que fica mais abaixo do eixo, das escalas aferidas.

Tabela 8 Síntese -Interpretação dos resultados das E. Conners - Criança B (pré-teste)

A- Comportamentos de Oposição		B - Problemas Cognitivos / Desatenção		C - Excesso de Atividade Motora		D - Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners	
Pais	Prof	Pais	Prof	Pais	Prof	Pais	Prof
---	Marcad. Atípico	Marcad. Atípico	Lig. Atípico	Moderad. Atípico	Moderad. Atípico	Moderad. Atípico	Marcad. Atípico

Ao analisarmos a Tabela 8, percebemos que a única escala onde existe concordância entre os resultados obtidos, quer dos pais quer do professor, é na Escala C- Excesso de Atividade Motora. Nesta escala, os resultados obtidos indicam que o comportamento da Criança B é Moderadamente Atípico, tal significa que existe indicação de um problema significativo.

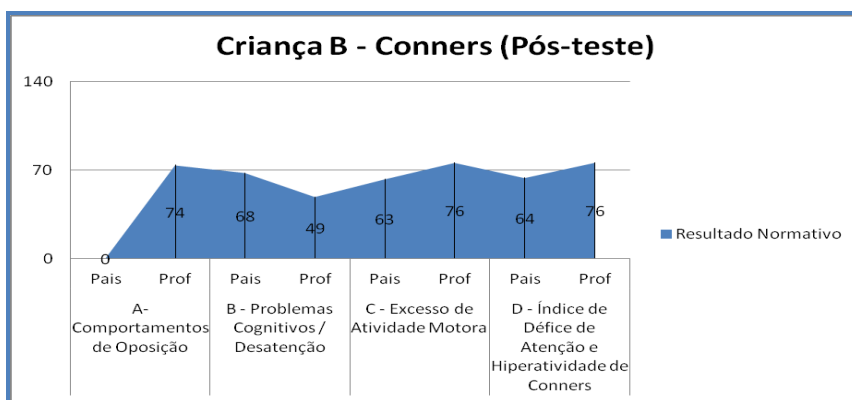
Apesar da Escala D- Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners ter obtido resultados e interpretações diferentes no enfoque dos pais (Moderadamente Atípico) e no

enfoque do professor (Marcadamente Atípico), a interpretação final a fazer é a mesma, pois ambos sugerem que há indicação de problema significativo na Criança B.

Importa destacar que a Escala B- Problemas Cognitivos/ Desatenção originou grande discrepância na análise e interpretação dos resultados obtidos no enfoque dos pais e no enfoque do professor. No enfoque dos pais, sugere que o comportamento é Marcadamente Atípico, o que significa que há indicação de problema significativo; enquanto no enfoque do professor, sugere que o comportamento é Ligeiramente Atípico, o que significa que está no Borderline e que, por isso, deve preocupar.

Finalmente, falta referir a Escala A- Comportamentos de Oposição, a qual não podemos comparar os dois tipos de enfoque (pais e professor) visto esta escala só ainda estar adaptada em Portugal na versão para professores. Sendo assim, é importante salientar que nesta escala, os resultados obtidos sugerem que o comportamento é Marcadamente Atípico, o que significa que há indicação de problema significativo. É importante referir este resultado, na medida em que vai ao encontro do diagnóstico clínico que esta criança possui.

Gráfico 4- Resultados Conners (pós-teste) - Criança B



No gráfico 4, estão representados os resultados obtidos na aplicação da Escala de Conners, na forma de pós-teste, à Criança B.

Podemos verificar que as escalas que apresentam valores acima do eixo (70), no resultado normativo, no enfoque do professor, são as seguintes escalas: a Escala A- Comportamentos de Oposição (74), a Escala C- Excesso de Atividade Motora (76) e a Escala D- Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners (76).

Enquanto que as escalas que se situam abaixo do eixo, no enfoque dos pais, são a Escala B- Problemas Cognitivos/ Desatenção (68), a Escala C- Excesso de Atividade Motora (63) e a Escala D- Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners (64).

Tal significa que existe muita divergência entre os resultados obtidos nas escalas aferidas no enfoque dos pais e no enfoque do professor.

É importante destacar os valores obtidos na Escala B- Problemas Cognitivos/ Desatenção (68-Pais / 49-Prof.), pois os mesmos continuam a ser muito diferentes. Isto é, nesta escala, o valor obtido, é o resultado que se encontra mais acima do eixo, no enfoque dos pais, enquanto

que no enfoque do professor, este é o resultado que fica mais abaixo do eixo, das escalas aferidas.

Tabela 9- Síntese -Interpretação dos resultados das E. Conners - Criança B (pós-teste)

A- Comportamentos de Oposição		B - Problemas Cognitivos/ Desatenção		C - Excesso de Atividade Motora		D - Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners	
Pais	Prof	Pais	Prof	Pais	Prof	Pais	Prof
---	Marcad. Atípico	Moderad. Atípico	Ligeir. Atípico	Med. Atípico	Marcad. Atípico	Med. Atípico	Marcad. Atípico

Após a análise e interpretação da Tabela 9, importa destacar que nenhuma escala permite assumir a concordância entre os resultados obtidos no enfoque dos pais e no enfoque do professor.

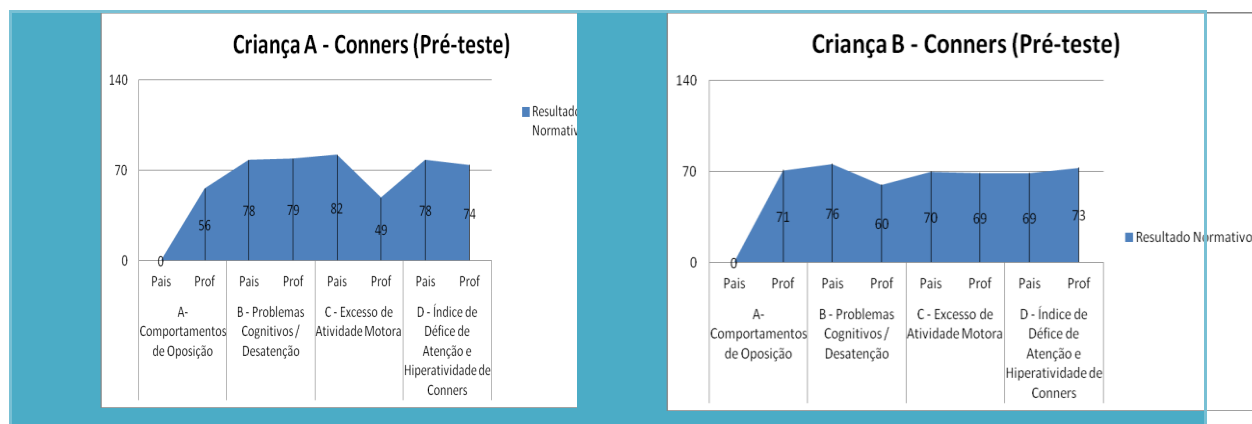
Sendo assim, vamos proceder à junção e análise do mesmo tipo de resultados. Começamos pelos que indicam que o comportamento da Criança B é Marcadamente Atípico e que, por isso, existe a indicação de um problema significativo. Tal ocorre apenas no enfoque do professor nas seguintes escalas: na Escala A- Comportamentos de Oposição, na Escala C- Excesso de Atividade Motor e na Escala D- Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners.

É de salientar que, no enfoque do professor, aparece ainda o comportamento Ligeiramente Atípico, na Escala B- Problemas Cognitivos/ Desatenção, o qual indica que a criança está no Borderline e que, por isso, deve preocupar. No enfoque dos pais, os resultados indicam que o comportamento da criança é Moderadamente Atípico, e que, por isso, existe a indicação de um problema significativo.

Finalmente, passaremos a analisar os resultados que indicam que o comportamento da criança é Medianamente Atípico, pois existe a possibilidade de um problema significativo. Tal aparece somente no enfoque dos pais nas seguintes escalas: na Escala C- Excesso de Atividade Motor e na Escala D- Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners.

Em seguida iremos comparar os resultados das Crianças A e B, obtidos na Escala de Conners (pré-teste e pós-teste), os quais estão representados na Tabela 10 e na Tabela 11.

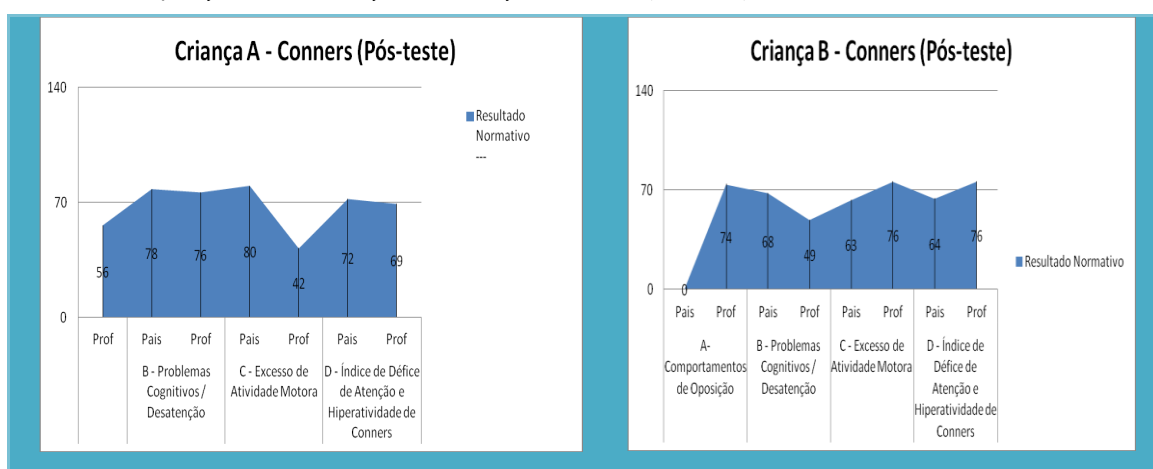
Tabela 10- Comparação entre a Criança A e a Criança B - Conners (Pré-teste)



Conforme podemos observar na Tabela 10, a Criança A apresenta resultados superiores à Criança B em quase todas as escalas, à exceção da escala A (Comportamentos de Oposição) e da escala C (Excesso de Atividade Motora) no enfoque do professor. Porém, na última escala referenciada, no enfoque dos Pais, a Criança A continua a obter resultados superiores à Criança B. Na escala B (Problemas Cognitivos/ Desatenção), no enfoque dos pais, as duas crianças têm resultados similares, contudo no enfoque dos respetivos professores, a Criança A continua a obter resultados superiores à Criança B.

Quando comparamos o pré-teste da Criança A com o da Criança B, verificamos que a Criança A apresenta mais escalas com valores que ultrapassam o valor normativo (70), o que indica que existe um problema significativo.

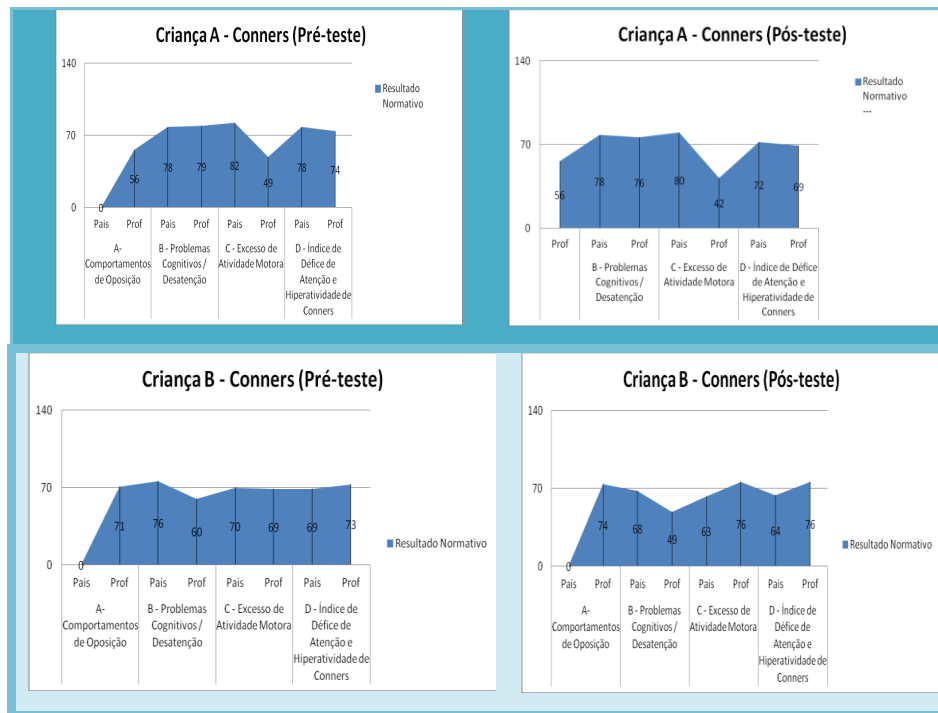
Tabela 11- Comparação entre a Criança A e a Criança B - Conners (Pós-teste)



De acordo com a Tabela 11, podemos facilmente verificar que a Criança A continua a apresentar resultados superiores à Criança B, nomeadamente na escala B (Problemas Cognitivos/ Desatenção), no enfoque dos pais e dos respetivos professores, as duas crianças têm resultados bem diferentes. De uma forma geral, a Criança A continua a obter resultados superiores à Criança B, em quase todas as escalas. É de referir que tal não se verifica, segundo o enfoque do professor na escala A (Comportamentos de Oposição), escala C (Excesso de Atividade Motora) e D (Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade de Conners).

Quando comparamos o pós-teste da Criança A com o da Criança B, verificamos que a Criança A continua a apresentar mais escalas com valores que ultrapassam o valor normativo (70) o que significa que existe um problema significativo.

Tabela 12 - Comparação entre Pré e Pós-teste das Crianças A e B - Conners



Após a análise da Tabela 12, foi mais fácil concluir que houve algumas melhorias nos resultados obtidos da Criança A, pois os resultados desceram um pouco em todas as escalas. No entanto, continuam mais altos nas subescalas B (Problemas Cognitivos/ Desatenção) e D (Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners). Porém, apesar da Criança B ter sempre apresentado valores inferiores à Criança A, verificou-se uma ligeira subida dos valores apresentados na subescala A (Comportamentos de Oposição) e na subescala C (Excesso de Atividade Motora), segundo o enfoque do professor.

#### 4.1.2.2. Resultados do Pré e Pós-Teste (DSM-IV-TR)

De acordo com os resultados obtidos na aplicação dos critérios do DSM-IV-TR, no pré-teste e no pós-teste, (v.d. Apêndice VIII) é fácil perceber que ocorreram poucas alterações quando comparadas as duas fases.

Numa primeira fase, no pré-teste, a Criança A, no enfoque do professor, evidencia maior número de critérios assinalados, de forma positiva, na parte da Falta de Atenção. Enquanto no enfoque do Encarregado de Educação, foram assinalados quase todos os critérios de forma positiva.

Na 2ª aplicação, no pós-teste, verificaram-se as pequenas alterações que estão registadas nas Tabelas 13 e 14.

**Tabela 13-** Alterações Verificadas nos Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), Professor da Criança A

Tabela 13	Pré-teste		Pós-teste	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<b>2. Hiperatividade</b>				
b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;	X			X
<b>3. Impulsividade</b>				
h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;	X			X
(i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).	X			X

De acordo com os critérios assinalados pelo professor da turma, a Criança A revelou pequenas melhorias ao nível da Hiperatividade e da Impulsividade após a implementação do programa de intervenção, na fase do pós-teste.

**Tabela 14 -** Alterações Verificadas nos Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (PHDA), Enc. De Educação da Criança A

Tabela 14	Pré-teste		Pós-teste	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<b>1. Falta de Atenção</b>				
<b>2. Hiperatividade</b>				
a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;	X			X
c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);	X			X
d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;	X			X
<b>3. Impulsividade</b>				

Porém, de acordo com os critérios assinalados pelo Encarregado de Educação, a Criança A revelou algumas melhorias somente ao nível da Hiperatividade, após a implementação do programa de intervenção, na fase do pós-teste.

**Tabela 15-** Alterações Verificadas nos Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (PHDA), Professor da Criança B

Tabela 15	Pré-teste		Pós-teste	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<b>1. Falta de Atenção</b>				
<b>2. Hiperatividade</b>				
e) com frequência "anda" ou só atua como se estivesse "ligado a um motor";	X			X
<b>3. Impulsividade</b>				

Ao analisarmos a Tabela 15, concluímos que a única alteração que ocorreu na Criança B, segundo os critérios assinalados pelo professor, foi a alínea e) da Hiperatividade, a qual mostrou uma pequena evolução.

**Tabela 16** - Alterações Verificadas nos Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (PHDA), Enc. De Educação da Criança B

Tabela 16	Pré-teste		Pós-teste	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Falta de Atenção				
2. Hiperatividade				
c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);		X	X	
e) com frequência "anda" ou só atua como se estivesse "ligado a um motor";	X			X
3. Impulsividade				
g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;		X	X	

Porém, ao analisarmos os critérios assinalados pelo Encarregado de Educação da mesma criança, verificamos que este assinalou dois critérios da Hiperatividade e um critério da Impulsividade de forma diferente no pré e no pós-teste.

Percebemos então que, ao nível da Hiperatividade, a criança retrocedeu na alínea c) mas evoluiu na alínea e). É de salientar que os resultados da alínea e) vão ao encontro do que foi assinalado pelo professor da criança. No que diz respeito, ao nível da Impulsividade, a criança também retrocedeu na alínea g).

Desta forma, podemos então sintetizar que os resultados obtidos, no pré e pós-teste, dos critérios de Diagnóstico para a PHDA, do DSM-IV-TR, aplicados às duas crianças, estão de acordo com os resultados obtidos nas Escalas de Conners, no pré e pós-teste: houve pequenas melhorias na Criança A e na Criança B, porém também houve pequenos retrocessos na Criança B. Da mesma maneira que, por vezes, se verificou algum desacordo entre o enfoque dos professores e o enfoque dos pais, o que também já era de esperar visto os contextos também serem diferentes.

#### 4.1.2.3. Análise das Entrevistas

Ao efetuarmos a análise de conteúdo às entrevistas realizadas ao professor da turma e ao encarregado de educação da criança A foi fácil percebermos que ambos estão de acordo nalguns parâmetros ou, melhor, nalgumas categorias. Porém, ao analisarmos as notas de campo, (v.d. **Apêndice I**) também percebemos que ambos também estão em desacordo nalguns pontos.

Começamos então por comentar a análise de conteúdo realizada à entrevista dada pelo professor da turma. O professor da turma é do sexo masculino, tem 48 anos, tirou o curso do

Magistério Primário, e leciona há 27 anos. Na categoria do tipo de dificuldades com que se tem deparado, no contexto escolar, em geral, identificou que as maiores dificuldades são ao nível do comportamento dos alunos e deu como exemplo, a indisciplina, a hiperatividade e a falta de afetividade com que muitos alunos se deparam no contexto familiar, que leva a alguns

casos de mau comportamento. Identificou também que outra das suas grandes dificuldades encontra-se ao nível da retenção, pois nem sempre consegue a aprovação necessária para reter determinado aluno.

Quanto ao tipo de apoio que tem usufruído, o professor refere que ao longo destes anos tem usufruído de apoio educativo e de apoio da Educação Especial. No entanto, menciona também que tem conhecimento sobre a problemática da PHDA, e, em relação a estas crianças, o caso não é diferente. Apenas beneficia do apoio da professora de Educação Especial, duas vezes por semana, e que mesmo assim não se notam alterações neste caso em concreto.

No que diz respeito às condições (humanas e materiais) que existem nas escolas do 1º ciclo, o professor salienta que na Escola não existem respostas e o que acontece é que se vai “acudindo aos que estão à nossa frente”. Tal significa que, cada professor tenta fazer o melhor que sabe com o pouco que tem, tentando ajudar aqueles que mais necessitam, pois nem sempre se consegue chegar a todos.

Nas estratégias para melhorar o comportamento e a aprendizagem na sala de aula, do 1º Ciclo, o professor mencionou que a questão do Ensino Individualizado deveria ser feita, o quanto antes, na proporção de um professor para um aluno, porém reconhece que não tem como avaliar esses procedimentos. Outra estratégia apontada foi a existência de uma “Escola para Pais” como forma de sensibilização para melhorar o comportamento e a aprendizagem na sala de aula.

Na relação das crianças com PHDA com o Outro, o professor indicou que a intervenção mais adequada para melhorar este tipo de relação seria a sensibilização do grupo/turma para esta problemática; que se estudassem as emoções que são desencadeadas nesta problemática, de forma a tentar melhorar a sua autoestima. O que nos leva a pressupor que, talvez assim, estas crianças se sentissem compreendidas.

Por último, no que diz respeito ao programa de intervenção cognitivo-comportamental para alunos com PHDA, o professor disse que não conhecia esta forma de intervenção nesta problemática e que não notou resultados/ diferença, quer a nível comportamental quer a nível cognitivo na criança A. Quanto à importância deste tipo de programas, referiu que “Todas as ajudas e técnicas são boas. Pena que esta metodologia não tenha dado frutos”.

Em seguida, passaremos a comentar a análise de conteúdo feita à entrevista dada pelo Encarregado de Educação (E.E.) da Criança A. O E.E. é do sexo feminino, tem 31 anos, e, atualmente, é trabalhadora de serviços gerais (auxiliar de cozinha). Na categoria do contexto familiar, referiu que o agregado familiar é composto por cinco pessoas: pai, mãe e três filhos.

Quanto à classificação do tipo de dificuldades que tem encontrado, esta categoria foi dividida em duas subcategorias: no contexto familiar (enquanto mãe) e no contexto escolar (enquanto E.E.), pois é importante tentar perceber a situação em dois contextos diferentes. No contexto familiar, o E.E. relatou que tem “muita dificuldade em controlar o seu comportamento no seu dia-a-dia” e que a Criança A dá-se mal com os irmãos. É muito difícil conseguir pô-la a fazer os trabalhos de casa ou qualquer tipo de exercício em casa. O E.E. referiu que as dificuldades, em controlar o comportamento, começaram a surgir por volta dos 3 anos e que se acentuaram por volta dos 6 anos, quando entrou para o primeiro ano, do 1º Ciclo do Ensino

Básico. No contexto escolar, o E. E. informou que sente muitas dificuldades na Escola, entre as quais salienta que não consegue ter uma boa relação com o professor da turma, “pois ele não me ouve e sinto que não consigo ajudar a minha filha a superar as suas dificuldades dentro da sala de aula. Ela está a trabalhar o mesmo que os do 3º ano quando deveria estar a fazer trabalhos de 1º ano ou 2º ano. Ela tem muitas dificuldades na leitura e na escrita... na Língua Portuguesa e na Matemática.” O E. E. destaca ainda que quando a criança A “... leva trabalhos que a prof. de educação especial lhe manda ela faz - porque são coisas que ela consegue fazer- quando leva trabalhos que o professor da turma manda ou não faz ou somos nós que temos que fazer e ela copia. Então agora prefiro que ela não faça mas ganho as mesmas porque o professor continua a mandar os mesmos trabalhos até que apareçam feitos.” Por tudo o que foi referido anteriormente, o E. E. continua a dizer que estas dificuldades “Ficaram mais acentuadas quando entrou para a 1ª classe e agora estão cada vez piores...”.

Quanto ao tipo de apoio que tem usufruído desde que diagnosticaram PHDA à sua educanda, esta categoria também foi dividida em duas subcategorias: no contexto familiar (enquanto mãe) e no contexto escolar (enquanto E.E.). No contexto familiar, já teve acompanhamento psicológico e necessitou de tomar antidepressivos, pois tem tido uma depressão. Quando vai à consulta de pedopsiquiatria com a sua educanda também fala com esta médica. No contexto escolar, apenas fala com os professores da sua educanda.

O E. E. menciona que tem conhecimento sobre a problemática da PHDA e que a única intervenção recomendada à sua educanda foi a intervenção farmacológica, pois “Começou pela *Ritalina* e agora está a tomar *Concerta*, 36mg. Só tomou medicação mais nada...”.

Sobre as condições (humanas e materiais) que existem nas escolas do 1º ciclo, pelo menos naquelas que conhece, o E.E. calcula que não exista mais nenhum tipo de apoio a não ser o apoio da professora da Educação Especial.

Na relação das crianças com PHDA com o Outro, o E.E. menciona que deveria existir “uma professora especializada para estar a tempo inteiro com estas crianças para conseguir trabalhar as várias áreas”. Compreende-se que as áreas referidas não sejam só as áreas curriculares mas também a área que diz respeito à parte social/ interação social.

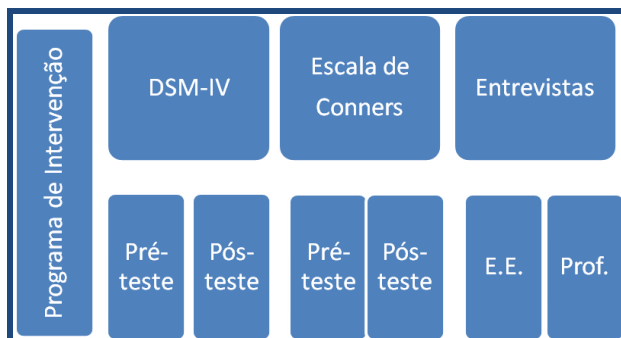
Por último, no que diz respeito ao programa de intervenção cognitivo-comportamental para alunos com PHDA, o E. E. indica que conhecia esta forma de intervenção nesta problemática e que também não notou resultados/ diferença, quer a nível comportamental quer a nível cognitivo na criança A. Porém, relatou um episódio que aconteceu nas férias da Páscoa: “...sem ninguém lhe dizer nada, ela foi buscar os livros do 2º ano e começou a fazer alguns exercícios que não estavam feitos. Isso nunca aconteceu até aqui.” Após a análise desta informação, é importante referir que a aplicação do programa ficou concluída na última semana de aulas do 2º período.

Quanto à importância deste tipo de programas, o E. E. salientou que os professores deveriam dar mais atenção a crianças com esta problemática e deveriam tentar ajudá-las mais, por isso “este programa veio ajudar muito nesse sentido. É pena que não seja para continuar”. Tal significa que considera este tipo de programas muito importante.

### 4.1.3. Avaliação Global da Intervenção

Após a análise individual de cada um dos instrumentos utilizados na presente investigação, conforme estão representados na Tabela nº 16, a seguir apresentada, compete-nos efetuar uma análise global de cada um dos referidos instrumentos aplicados à Criança A, tendo sempre como base os registos efetuados nas notas de campo.

Tabela 17- Síntese dos instrumentos utilizados na investigação



Começamos então por analisar os resultados obtidos ao longo da aplicação do programa de intervenção. Podemos afirmar que a Criança A gostou do programa que lhe foi aplicado, pois avaliou a maior parte das sessões de forma positiva. Gostou mais das atividades onde sentiu mais facilidade e gostou menos das atividades onde sentiu mais dificuldade na sua resolução. Onde sentiu mais dificuldade foi em conseguir aplicar, sozinha, as autoinstruções de forma correta e onde sentiu mais facilidade foi no bloco de treino do relaxamento e autocontrolo corporal, em especial no relaxamento com música.

De acordo com os resultados obtidos com a aplicação dos critérios do DSM-IV-TR, para o Diagnóstico da PHDA, no pré e pós-teste, segundo o professor, a Criança A mostrou pequenos progressos, nomeadamente ao nível da Hiperatividade e da Impulsividade, nas alíneas h) e i). Porém, para o E.E., apenas surgiram algumas melhorias ao nível da Hiperatividade. Enquanto a Criança B, de uma forma geral, também mostrou algumas evoluções ao nível da Hiperatividade e da Impulsividade. Segundo o enfoque do E.E., evoluiu nalguns itens da Hiperatividade e retrocedeu noutros da Impulsividade; segundo o enfoque do professor, apenas evoluiu num item da Hiperatividade.

Depois de analisados os resultados da escala de Conners, podemos concluir que houve algumas melhorias nos resultados obtidos da Criança A, pois os resultados desceram um pouco em todas as escalas. Porém, apesar da Criança B ter sempre apresentado valores inferiores à Criança A, verificou-se uma ligeira subida dos valores apresentados na escala A (Comportamentos de Oposição) e na escala C (Excesso de Atividade Motora), segundo o enfoque do professor.

Desta forma, podemos então sintetizar que os resultados obtidos, no pré e pós-teste, dos critérios de Diagnóstico para a PHDA, do DSM-IV-Tr, aplicados às duas crianças, estão de acordo com os resultados obtidos nas Escalas de Conners, no pré e pós-teste: houve pequenas melhorias na Criança A e na Criança B, porém também houve pequenos retrocessos na Criança B. Da mesma maneira que, por vezes, se verificou algum desacordo entre o enfoque dos professores e o enfoque dos pais, o que também já era de esperar visto os contextos também serem diferentes.

Tabela 18- Síntese global das entrevistas realizadas ao E.E. e ao Prof. da Criança A

PHDA: Dificuldades		PHDA: Apoio que tem usufruído	Condições Humanas e materiais (escola)	Estratégias pelo Prof. para melhorar o Comp. e a Aprendiz. dos alunos com PHDA, na sala de aula	Programa de intervenção Cognitivo-Comportamental			
Ambos (E.E. e Prof.) concordam : Comportamento; Aprendizagem; Socialização		<b>Contexto Escolar:</b> - Sente muitas dificuldades (não tem uma boa relação com o prof. e não consegue ajudar a sua educanda, a qual deveria estar a realizar atividades de 1º ou 2º ano); - As dificuldades acentuaram-se com a entrada para o 1º ano; <b>Mãe:</b> <b>Contexto Familiar:</b> - Muitas dificuldades, desde os 3 anos mas ficou pior aos 6 anos, quando entrou para o 1º ano; - Não a consegue fazer os trabalhos de casa, à exceção dos da prof. Educ. Esp. (porque são adequados ao seu nível de aprendizagem); - Dá-se mal com os irmãos...	<b>E. E. :</b> Antidepressivos; - Psic.; - Fala com prof. Educ. Especial  <b>Prof:</b> - Apenas o apoio da prof. Educ. Especial	<b>E.E. e Prof. :</b> Não existem as condições necessárias para as escolas poderem dar a resposta adequada às necessidades de cada problemática que as crianças apresentam. - Apenas existe o apoio da prof. da Educação Especial (2x por semana)	- Criação de uma "Escola para Pais"; - Estudo das emoções destas crianças; - Sensibilização do grupo/ turma para esta problemática ; - Aumento da autoestima destas crianças.	<b>E.E.:</b> - Já conhecia; - Não notou resultados quer a nível comportamental quer a nível cognitivo (porém relatou um episódio de motivação e autonomia, que nunca tinha acontecido, na realização de exercícios no livro de 2º ano que não estavam feitos, durante a interrupção letiva da Páscoa).	<b>Prof.:</b> - Não conhecia este tipo de intervenção em crianças com PHDA; - Não notou resultados quer a nível comportamental quer a nível cognitivo.	Ambos (E.E. e Prof.) concordam que é muito importante para crianças com esta problemática, pois assim conseguem ter mais atenção e mais ajuda.

Por último, resta-nos efetuar a comparação dos resultados obtidos nas entrevistas feitas ao E.E. e ao professor da turma, os quais se encontram sintetizados de forma global na Tabela 18. De uma geral, os dados recolhidos com a aplicação das entrevistas vão ao encontro do que se passa na realidade familiar e escolar da Criança A. Em 1º lugar, percebemos que o E.E. e o prof. estão de acordo quanto às dificuldades encontradas diariamente com crianças com PHDA diagnosticada, pois referem-se essencialmente ao comportamento, aprendizagem e socialização. Ambos referem que não possuem uma boa relação e que as condições (humanas e materiais) que existem nas escolas do 1º ciclo, de uma forma geral, não oferecem uma resposta adequada às necessidades dos alunos que apresentam esta problemática, pois apenas possuem o apoio da professora da Educação Especial, duas vezes por semana. O professor apontou como possível estratégia estudar as emoções destas crianças; sensibilizar o grupo/ turma para esta problemática e a elevar a sua autoestima e, apontou também a criação de uma “Escola para Pais” como forma de sensibilização para se tentar melhorar o comportamento e a aprendizagem dos alunos na sala de aula.

No que diz respeito ao programa de intervenção cognitivo-comportamental para alunos com PHDA, o professor disse que não conhecia este tipo de intervenção nesta problemática e que não notou resultados/ diferença, quer a nível comportamental quer a nível cognitivo na criança A. Enquanto o E. E. indica que já conhecia este tipo de intervenção nesta problemática e que também não notou resultados/ diferença, quer a nível comportamental quer a nível cognitivo na criança A. Porém, relatou um episódio que aconteceu nas férias da Páscoa, e após a análise desta informação depreendemos que houve algum progresso, pois é importante referir que a

aplicação do programa ficou concluída na última semana de aulas do 2º período. Também é importante salientar que a medicação nem sempre é feita diariamente nem é ajustada desde que houve mudança no tratamento, pois primeiro a Criança A começou a tomar *Ritalina* e, atualmente toma o *Concerta*, 36mg.

Quanto à importância deste tipo de programas, ambos salientam que é muito importante para crianças com esta problemática, pois desta forma conseguem ter mais atenção e mais ajuda.

Após análise de todos estes instrumentos, compete-nos fazer uma reflexão sobre a eficácia do programa intervenção cognitivo-comportamental. Deste modo, julgamos que, apesar de existirem muitas contrariedades no contexto familiar e no contexto escolar da Criança A, o programa provou ser um bom instrumento para tentarmos melhorar as principais dificuldades que as crianças com PHDA apresentam no seu dia-a-dia, são elas ao nível do comportamento, aprendizagem e socialização. É importante referir que estas mesmas dificuldades foram identificadas pelo E. E. e pelo professor da turma da Criança A. Também é importante salientar que apesar das contrariedades já referidas a Criança A conseguiu melhorar nalguns itens e não retrocedeu em nenhum, o que já não aconteceu com a Criança B. A Criança A continua a ter resultados mais elevados na subescala B (Problemas Cognitivos/ Desatenção) e na subescala D (Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade de Conners). No entanto, apesar dos resultados da Criança B serem mais baixos, quando comparados com os da Criança A, houve uma ligeira subida nos valores apresentados noutras subescalas, em especial na subescala A (Comportamento da Oposição) e na subescala C (Excesso de Atividade Motora).

#### **4.2. Triangulação dos dados e verificação das questões de investigação**

Por fim, chegamos à triangulação dos dados e à verificação das questões de investigação. Após se observar toda a informação compactada, elaboraram-se quadros síntese da informação que são comentados, estabelecendo assim, as conclusões fundamentadas em forma de narrativa que se pretende que seja compreensível e esclarecedora para todos nós.

Onde também se pode referir que a análise dos dados esteve sempre relacionada com as questões levantadas e estabelecidas no início do estudo.

Ao analisarmos e compararmos as características das duas crianças, com os resultados obtidos nos diferentes instrumentos aplicados para a recolha de dados, facilmente nos apercebemos que houve pequenas alterações no comportamento da Criança A. No entanto, também percebemos que estas melhorias não são perceptíveis na prática pelo professor da turma nem pelo seu E.E., porém o E.E. reconheceu que houve uma pequena melhoria mas que não a associou ao fato de lhe ter sido aplicado o referido programa de intervenção.

Não nos podemos esquecer que existem muitas diferenças entre as duas crianças da presente investigação quer no contexto familiar, quer no contexto escolar e até no contexto desenvolvimental/clínico. Pois, enquanto a Criança A vive num ambiente desestruturado; está inserida numa turma de 3º ano, e a efetuar atividades relacionadas com os conteúdos programáticos deste ano de escolaridade, quando os seus conhecimentos estão ao nível do 1º ano

e não toma a medicação com a regularidade e ajustamentos necessários; a Criança B vive, atualmente, num ambiente familiar bem estruturado; está inserida numa turma de 3º ano, de acordo com os seus conhecimentos, e toma a medicação com a regularidade e ajustamentos que são necessários para que possa existir um bom desenvolvimento desta Criança ao nível pessoal, escolar e social.

Em seguida, é apresentada, na Tabela 19, uma síntese global da informação recolhida ao longo da investigação, de forma a realizarmos a triangulação dos dados para, posteriormente, respondermos às questões de investigação.

Tabela 19 - Síntese Global da Informação Recolhida ao longo da investigação

Categorias	Instrumentos			
	Programa	Conners e DSM-IV-TR	Entrevistas	Notas de Campo
Comportamento	A Criança gostou da maior parte das atividades, em especial dos blocos de treino do relaxamento e do autocontrolo corporal.	Só houve progressos na Criança A. Na Criança B houve ligeiros progressos e alguns retrocessos na subescala A (Comp. De Oposição).	Na opinião dos entrevistados não houve melhorias.	Porém, segundo a criança tentou fazer: - treino do relaxamento em casa, sozinha no quarto; - Técnica da Tartaruga na escola (mas o prof. não viu)
Aprendizagem	A Criança identificou que as autoinstruções seriam um bom “truque” para a ajudar a aprender melhor;	Não revelou nada em concreto, apesar dos valores terem descido ligeiramente em todas as sub-escalas.	Na opinião dos entrevistados não houve melhorias.	Porém, o E.E. relatou um episódio em que a criança teria ido, por sua vontade, realizar exercícios no livro do 2º ano, logo a seguir à aplicação do programa ter sido concluída, nas férias da Páscoa e que tal nunca tinha acontecido.
Relação com o Outro	Não gostou muito desta parte do programa que retratava alguns problemas de Interações Sociais, para os quais tinha que encontrar estratégias.	Nada a referenciar.	Na opinião dos entrevistados não houve melhorias: - em casa, continuou a dar-se mal com os irmãos; - na Escola, continuou a dar-se mal com os colegas.	- Em casa, não podemos argumentar, pois tal não foi observável; - Na Escola, pareceu estar mais integrada com os colegas, pois, no recreio, passava mais vezes a jogar futebol do que sentada a um canto.
Resultados da aplicação do PICC na Criança A	A Criança A: .assinhou a maior parte das atividades com correu Bem (3) e com Genial (5) duas sessões que pertenciam ao bloco do relaxamento e autocontrolo corporal; .afirmou que “agora é mais fácil perceber o que tenho de fazer”.	Os resultados obtidos apresentaram ligeiras melhorias.	Apesar de considerarem que é um tipo de intervenção muito importante, consideram que não trouxe os resultados esperados.	Porém, para a mãe esta é uma forma destas crianças obterem mais atenção e mais ajuda em todas as áreas da sua vida, pois atualmente, na escola, só conta com o apoio da prof. de Educ. Especial.

Na Tabela 19 está representada, pelo menos, uma tentativa de alcançar a triangulação dos dados obtidos através da recolha de dados feita pelos diferentes tipos de instrumentos aplicados e analisados durante a presente investigação. Nesta tabela, estamos a relacionar os dados já referidos, com as principais dificuldades identificadas não só pelo E.E. e pelo professor da Criança A mas também por diversos autores, assim como com os resultados do PICC. Deste modo,

podemos identificar e concordar com Vieira (2009) porque é um dos autores que afirma que as crianças com PHDA apresentam problemas no rendimento escolar, isto é, de aprendizagem; problemas no comportamento e problemas na inter-relação com os colegas. Logo, esta afirmação vai ao encontro do que foi referido pelos entrevistados, em relação às principais dificuldades com que se deparam diariamente.

Podemos também concordar com Polaino-Lorente & Ávila (2004) e com Moreira (2009), quando referem que as dificuldades de aprendizagem da criança com PHDA são, principalmente, na aquisição e na utilização da leitura, da escrita e do cálculo. Concordamos com estes autores porque as dificuldades de aprendizagem que a Criança A apresenta são precisamente as que eles referenciam. Da mesma forma, recomendam que, como a criança adquire mal as aprendizagens básicas da leitura, escrita e cálculo, é necessário que ela se esforce mais do que os restantes alunos porque lhe vão faltando os conhecimentos básicos e as capacidades necessárias para realizar as aprendizagens desse ano. Como estes alunos, nem sempre conseguem colmatar as lacunas que existem na sua aprendizagem, muitas vezes é aí que começa a surgir a desmotivação por não conseguirem realizar esse esforço sozinhos. Quando essa desmotivação aparece, se não for ultrapassada atempadamente, correm o risco de começarem a aumentar os problemas de desatenção e/ ou de excessiva atividade motora que leva muitas vezes a ser interpretada como mau comportamento, má educação e/ ou indisciplina.

Quanto aos resultados obtidos pelo Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental (PICC) aplicado à Criança A, estes mostraram ligeiras melhorias em termos de valores no resultado normativo em todas as subescalas da Escala de Connors, no pós-teste. Porém, na prática o E. E. e o professor não identificaram nenhuma melhoria, a não ser o episódio relatado pelo E.E. que aconteceu nas férias da Páscoa.

Em nossa opinião, julgamos que poderá existir uma justificação para o fato de não se terem verificado grandes melhorias observáveis na realidade diária desta criança, pois se ela está a frequentar e a realizar atividades correspondentes ao 3º ano de escolaridade é normal que ela continue desmotivada e sem evoluir na sua aprendizagem, uma vez que o seu nível de aprendizagem/ de conhecimentos se situa ao nível de final de 1º ano ou início de 2º ano do 1º Ciclo. Não nos podemos esquecer que esta criança apresenta muita dificuldade na aquisição e utilização da leitura, da escrita e do cálculo. Sendo assim, faltam-lhe quase todos os “alicerces” para que consiga construir com sucesso e com motivação o seu percurso de aprendizagem. Por isso, a Dr<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar defende que as características da PHDA são incompatíveis com o rendimento escolar, dificultam o comportamento na aula e favorecem a perda de informação, originando assim a falta de bases académica. A juntar a tudo isto, não nos podemos esquecer das consequências da toma irregular e desfasada da medicação que foi prescrita pelo médico mas que não é seguida nem tomada com o rigor necessário, para conseguir dar uma estabilidade a esta criança.

De seguida, iremos responder às questões colocadas no início da nossa investigação.

## **QUE 1: Como melhorar o comportamento e a aprendizagem dos alunos com PHDA, na sala de aula do 1º Ciclo?**

Atualmente, de acordo com Despacho nº 5106-A/ 2012, de 12 de abril, no próximo ano letivo, aumenta o número de crianças que vai passar a existir em cada turma. Desta forma, torna-se ainda mais difícil conseguir dar o apoio necessário que cada uma carece. No entanto, compete-nos a nós, professores, tentar zelar pelos direitos de todas as crianças, especialmente, pelo direito à aprendizagem de todas as crianças. Deste modo, se o número de alunos aumenta, logo diminui o tempo que o professor tem para responder, de forma individualizada, às necessidades e capacidades dos seus alunos, em especial aos que apresentam maiores dificuldades.

Por isso, evidenciamos o exemplo de Ribeiro (2011), o qual revela que uma sala “bem-estruturada”, poderá ser bastante “informal”. Mas engloba uma série de pistas e instrumentos que poderão ajudar as crianças a organizar o seu trabalho e a conseguirem estar concentradas. Por exemplo, o professor poderá colocar calendários, horários, e tarefas afixadas num quadro e referir-se a eles com frequência. As crianças poderão ter um local dentro da sala de aula para a realização de determinados trabalhos. Fichas de trabalho e exercícios poderão ser elaborados no mesmo canto onde está o quadro. Os Materiais deverão estar bem organizados, por exemplo, materiais de plástico estarão sempre no mesmo armário. O Dicionário estará colocado sempre no mesmo sítio da secretária do professor. No enquadramento teórico da nossa investigação, encontram-se referenciadas mais estratégias a adotar para um percurso de sucesso com as crianças que apresentam PHDA e ainda algumas estratégias para melhorar o comportamento e o rendimento escolar destas crianças na sala de aula, sugeridas pela Equipa de Orientação Educativa e Psicopedagógica de Badajoz.

Sendo assim, já que não podemos mudar as leis que temos de cumprir, podemos então descobrir e implementar novas estratégias que consigam dar resposta a todos os alunos, mas em especial devemos pensar naqueles que têm maiores dificuldades, pois se resultarem com estes alunos de certeza que também irão resultar com todos os outros.

## **QUE 2: Qual o conhecimento que o professor destas crianças tem sobre a sua problemática?**

Selikowitz (2010) defende que é fundamental conhecer a problemática para conseguirmos compreender e ajudar as crianças que apresentam determinado tipo de problemática. O mesmo autor defende que assim que se determinar que as dificuldades da criança são originadas pela PHDA, temos de olhar para ela como se olhássemos para alguém cujo comportamento e insuficiências de aprendizagem se ficam a dever a uma incapacidade oculta que não é provocada pelos pais. Deste modo, os professores têm um papel muito importante, pois devem ser compreensivos com estas crianças; só assim é possível conseguir ajudá-las.

Para J. Delors et al. (1998), quando o meio familiar falha ou é deficiente, é à escola que compete fornecer, as potencialidades de aprendizagem. Quando as crianças têm necessidades específicas que não podem ser diagnosticadas ou satisfeitas no seio da família, é à escola que compete fornecer ajuda e orientação especializadas de modo a que possam desenvolver os seus

talentos, apesar das dificuldades de aprendizagem e das deficiências físicas. Porém para que tal possa acontecer é indispensável que o professor conheça a sua problemática e tenha consciência da importância do seu papel na vida dos seus alunos.

Sabemos que isso nem sempre acontece, mas resta-nos a esperança que esta consciência venha a crescer cada vez mais em todos nós e, desta forma, o grau de responsabilidade que temos para com os nossos alunos seja cumprido. Não obstante a existência de variados estudos que apontam estas diretrizes de ação, a literatura aponta também para a existência de algum desconhecimento por parte dos professores sobre a PHDA, o que condiciona a resposta às necessidades destas crianças (Shapiro & DuPaul, 1993, cit. Sciutto e tal., 2000, cit. Ribeiro, 2011).

Alguns estudos referem que os professores resistem à implementação de novas estratégias, preferindo aquelas em que se sentem mais à vontade e nas quais acreditam, evocando, em simultâneo, a falta de informação, de conhecimentos, de tempo e o acréscimo de trabalho (Minke, 1996, in Figueira, 2010).

**QUE 3: Será que o professor do 1º Ciclo consegue, ou não, adequar o seu papel/perfil e a prática pedagógica aos alunos com PHDA?**

Em nossa opinião, a resposta a esta questão de investigação é como se fosse a continuação da resposta anterior. Para que qualquer professor adeque o seu papel/ perfil e a prática pedagógica aos alunos com PHDA é necessário que esteja consciente da importância do seu papel na vida dos seus alunos. Se assim acontecer, julgamos que existe a responsabilidade necessária para adequar o seu papel/ perfil e a sua prática pedagógica não só aos alunos com PHDA mas a todos os alunos que dependem dele. Pois,

No seu relatório, J. Delors et al. (1998) apontam, que no conceito de Educação existe não só uma necessidade imediata de reciclagem profissional como também existe uma necessidade de renovação cultural, pois vivemos numa sociedade em constante transformação. Por isso, recomendam que o conceito de Educação deve estar relacionado com a ideia de “educação ao longo de toda a vida”.

Outro aspeto a salientar, ainda pelo mesmo autor, tem que ver com a forte relação que deve existir entre o professor e o aluno, pois esta é o cerne de todo o processo pedagógico. Afirmção com a qual nós concordamos, pois quando gostamos da nossa profissão gostamos dos nossos alunos e, como tal, só queremos que estejam bem. Desta forma, todos ficam a ganhar, por isso consideramos que para tal possa acontecer é fundamental que se crie uma boa relação entre o professor e os seus alunos. Porém, para os professores poderem fazer um bom trabalho devem não só ser profissionais qualificados mas também beneficiar-se de apoios suficientes, o que atualmente não acontece nas nossas Escolas, visto existir não só a falta de recursos humanos mas também a falta de recursos físicos e materiais.

**QUE 4: Como o professor pode contribuir para melhorar a relação dos alunos com diagnóstico de PHDA, com o Outro (prof., colegas, auxiliares...)?**

O bem-estar emocional é muito importante para todos nós. Só quando estamos bem emocionalmente é que conseguimos melhorar não só o comportamento mas também a aprendizagem de todos os nossos alunos e, especialmente, das crianças diagnosticadas com PHDA. Concordamos com Vieira (2009) quando afirma que os problemas na inter-relação com os colegas surgem devido à impulsividade e à hiperatividade de uma criança com PHDA. Estes dois fatores poderão condicionar as suas relações com os pares, dificultando a sua integração social, ou porque respondem antecipadamente, ou porque (re) agem impulsivamente podendo magoar-se a si ou aos outros em atividades lúdicas, por exemplo.

**QUE 5: No contexto escolar do 1º Ciclo da Educação Básica, existem diferenças no comportamento da criança com PHDA que se submeteu à aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental?**

Chegamos finalmente à pergunta fundamental do presente estudo. Onde salientamos que em Portugal, a intervenção mais aconselhada e praticada, continua a ser a intervenção farmacológica. No entanto, num dos Relatórios Médicos constantes no processo individual da Criança B, já estava referenciada/ aconselhada a necessidade da intervenção psicossocial, através da elaboração de um programa estruturado para o treino de competências sociais, com a criança; programa parental, com os pais e a família; programa estruturado para agentes educativos. Sendo assim, os blocos de treino que constituem o programa de intervenção cognitivo-comportamental vão ao encontro do que a criança precisa para desenvolver as estratégias compensatórias.

A abordagem cognitivo-comportamental conjuga as técnicas comportamentais com técnicas de resolução de problemas, de Automonitorização, o treino de autoinstrução e a autorregulação do comportamento. Os resultados alcançados com estas técnicas parecem ser difíceis de ser generalizados a diferentes contextos e implementados espontaneamente. Embora se pense que as técnicas cognitivo-comportamentais possam melhorar a competência de autocontrolo, não existe bibliografia que o comprovem. A combinação da Terapia cognitivo-comportamental com terapia farmacológica parece não apresentar resultados superiores aos encontrados com a utilização exclusiva desta última abordagem (Fonagy, Target, Cottrell, Philips & Kurtz, 2005, in Malaca, 2007/2008).

Deste modo, após a análise dos dados obtidos na nossa investigação, podemos afirmar que houve ligeiras melhorias em todos os valores das subescalas representadas na Escala de Conners da Criança A, embora não sejam muito significativos, é muito importante referir que não houve retrocessos. Com a Criança B, também houve algumas melhorias mas também houve retrocessos na subescala A (Comportamentos de Oposição) e na subescala C (Excesso de Atividade Motora).

É importante referir que o mesmo programa de intervenção cognitivo-comportamental e as referidas Escalas de Conners - versão para pais e versão para professores (versão reduzida)

também estão a ser instrumento de estudo em mais duas investigações: uma em Portugal e a outra em Espanha. Essas investigações estão ainda em curso, mas as suas autoras já nos facultaram os dados obtidos na sua investigação quanto à análise de dados da Escala de Conners-pais e professores, na subescala D - Índice de Hiperatividade e Hiperatividade de Conners. Deste modo, foram elaboradas Tabelas 20 e 21, onde estão resumidos os resultados normativos, percentis e respetivas observações utilizadas para elaborar o diagnóstico das crianças com PHDA.

Tabela 20 - Síntese Global dos resultados normativos/percentis obtidos nas 3 investigações ao nível do Índice Hiperatividade e Hiperatividade de Conners - Pais

Tabela 20 Subescala	Amostra - Pais					
	Criança A		Criança Port.		Criança Espanhola	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
D- Índice de Hiperatividade e Hiperatividade de Conners	78/ 98+	72/ 98+	78/ 98+	73/ 98+	67/ 95-98	57/ 74-85
Observações	Marcad. Atípico	Marcad. Atípico	Marcad. Atípico	Marcad. Atípico	Moderad. Atípico	Lig. Atípico

Ao

observarmos a Tabela 20, constatamos que na subescala D - Índice de Hiperatividade e Hiperatividade de Conners, no enfoque dos pais, das três crianças em estudo, existem resultados similares entre as duas crianças portuguesas quer no pré-teste quer no pós-teste. Esses resultados mostram que houve ligeiras descidas nos valores após a aplicação do programa de intervenção. No entanto, é de salientar que os resultados da criança espanhola apresentam uma descida mais significativa, passando inclusivamente para o percentil anterior.

Tabela 21 - Síntese Global dos resultados normativos/percentis obtidos nas 3 investigações ao nível do Índice Hiperatividade e Hiperatividade de Conners - Professores

Tabela 21 Subescala	Amostra- Prof.					
	Criança A		Criança Port.		Criança Espanhola	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
D- Índice de Hiperatividade e Hiperatividade de Conners	74/ 98+	69/ 95-98	66/ 95-98	63/ 86-94	63/ 86-94	60/ 74-85
Observações	Marcad. Atípico	Mod. Atípico	Mod. Atípico	Med. Atípico	Med. Atípico	Lig. Atípico

Ao observarmos a Tabela 21, verificamos que na subescala D - Índice de Hiperatividade e Hiperatividade de Conners, no enfoque dos professores, das três crianças em estudo, foi a Criança A, da nossa investigação que apresentou uma maior descida nos resultados normativos, passando para o percentil anterior após a aplicação do programa de intervenção.

No entanto, é de salientar que, no enfoque dos professores, os resultados similares acontecem, desta vez, entre as outras duas crianças das referidas investigações (a Criança

Portuguesa e a Criança Espanhola) quer no pré-teste quer no pós-teste. Esses resultados mostram que houve ligeiras descidas nos valores após a aplicação do programa de intervenção, passando também para o percentil anterior.

Podemos então concluir que segundo a investigação desenvolvida por Candeias (2012) a criança do grupo experimental apresentou uma evolução positiva na maioria das escalas avaliadas, entre os resultados da avaliação inicial e os resultados obtidos depois da intervenção, porém os valores obtidos junto da família continuam a ser preocupantes e mais graves que no contexto escolar. No entanto, segundo a investigação desenvolvida por De Celis (2012) confirmaram-se a maioria das hipóteses definidas para a sua investigação, pois na primeira hipótese confirmou-se que os valores dos pais na Escala de Conners são mais altos antes da aplicação do Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental (2001) para crianças com PHDA; confirmou-se a segunda hipótese, na qual as pontuações dos professores são inferiores na Escala de Conners depois da aplicação do referido programa; confirmou-se a terceira hipótese, onde se disse que ambas as professoras mostram uma pontuação similar; e também se confirmaram as restantes hipóteses onde se disse que não existe relação entre as pontuações obtidas pelos professores e pelos pais na Escala de Conners, no pré e pós-teste.

Após esta comparação dos resultados obtidos nas três investigações podemos responder de forma afirmativa à QUE 5 da nossa investigação, pois existem sempre algumas diferenças no comportamento das crianças com PHDA que se submeteram à aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental, no contexto escolar do 1º Ciclo da Educação Básica em Portugal e em Espanha. O que significa que segundo a nossa investigação este Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental (2001) beneficia a criança com PHDA, uma vez que no momento da avaliação final constata-se sempre ligeiras melhorias no sujeito em que lhe é aplicado o programa e os resultados são comprovados tanto pela Escala de Conners (1997) como pela aplicação dos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), no pré-teste e no pós-teste.

De uma forma geral, as ideias globais que ressaltam da triangulação dos dados dizem respeito ao comportamento, aprendizagem, relação com o Outro e resultados do PCCI. Quanto ao comportamento, temos a salientar que apesar de não existirem grandes resultados que possam ser observáveis no quotidiano da Criança A, existe uma tentativa desta criança para melhorar, pois, segundo ela, realizou a técnica do relaxamento, à noite, e aplicou a técnica da Tartaruga na sala. Em relação à aprendizagem, a Criança A afirmou que as autoinstruções eram um bom truque para ajudar a aprender melhor e no final do programa afirmou “agora é mais fácil perceber o que tenho de fazer”. Isto significa que também aqui o programa já teve êxito, pois não só conseguiu motivar a Criança A como também levá-la a perceber como o nosso cérebro funciona, de forma a conseguirmos aprender. No que diz respeito à Relação com o Outro, este bloco do programa foi o que a criança menos gostou e talvez aquele que menos resultados favoráveis obteve, pois também está diretamente relacionado com as suas principais dificuldades diárias, especialmente em casa com os irmãos e na escola com os colegas. No entanto, na escola durante o intervalo passou a estar mais vezes a jogar com os colegas do sentada a um canto sozinha. Por último, resta-nos avaliar o PCCI, o qual em nossa opinião teve sucesso, embora não sejam já grandes melhoras observáveis na prática revela que a Criança A foi tendo a perceção de como poderia ultrapassar as suas dificuldades e mostrava vontade em

querer fazê-lo à exceção do bloco das interações sociais. Em nossa opinião, este PCCI deveria voltar a ser aplicado a esta criança facultando mais tempo a esse bloco para que pudéssemos obter mais alguns resultados, e poderíamos motivá-la fazendo também alguns exercícios do bloco do relaxamento visto ter sido aquele que a Criança A mais gostou. Outro aspeto a ter em conta, seria o fato desta criança necessitar de estar a trabalhar diariamente, na sala de aula, conteúdos que correspondessem ao seu nível real de aprendizagem para que não se desmotivasse e conseguisse aplicar o que lhe estava a ser aplicado nas sessões do PCCI.

## CONCLUSÕES DO ESTUDO

A PHDA é uma perturbação do comportamento que afeta a vida de um grande número de crianças nos vários contextos em que se encontra: escolar, familiar e social. As principais dificuldades identificadas no enquadramento teórico por alguns autores, como é o caso de Vieira (2009), vão ao encontro das dificuldades identificadas pelo E.E. e professor da turma da Criança A. Essas dificuldades existem ao nível do comportamento, da aprendizagem e do relacionamento social, na inter-relação com os seus colegas e com o Outro, em geral. A sua identificação precoce, o diagnóstico preciso das diferentes situações associadas e a intervenção eficaz e abrangente são essenciais para um melhor prognóstico a longo prazo. Ao longo deste trabalho procurámos fazer uma clarificação conceptual da problemática da PHDA bem como da sua etiologia, diagnóstico e intervenção.

Tentámos ainda “dar um novo olhar” a esta problemática para que estas crianças possam ser verdadeiramente ajudadas, pois sabemos que atualmente as crianças com PHDA são “rotuladas” nas nossas escolas como preguiçosas, mal-educadas, mimadas, indisciplinadas, etc...

É certo que faltam muitos apoios e recursos (humanos, físicos, materiais, financeiros...) nos diferentes contextos escolares, mais nuns do que noutros, é verdade. Mas também é verdade que quando o ambiente familiar falha é à escola e a todos os intervenientes no processo educativo (pais, professores, técnicos de saúde e de intervenção social e comunidade) que compete, então, criar condições para que no futuro estas crianças venham a ser, tanto quanto possível, jovens autónomos e respeitadores das regras sociais, capazes de se adaptarem à escola e às exigências da vida social. Deste modo, a educação inclusiva pressupõe escolas abertas para todos e que todo o ato educativo deve centrar-se na “diferenciação curricular inclusiva”, de forma a criar práticas educativas que contemplem verdadeiramente as metodologias diferenciadas adequadas, não só aos ritmos e estilos de aprendizagens dos alunos como também às suas características, interesses e necessidades.

Todos nós temos o dever de ajudar os nossos alunos, porém para o conseguirmos fazer é necessário que se conheça a problemática que os acompanha e/ ou perturba diariamente; esse “bicho-papão” que muitas vezes assusta tanto os professores como as crianças que têm que conviver diariamente com ela e não conseguem entender porque têm determinado comportamento, embora reconheçam que não é o mais correto, a sua impulsividade muitas vezes, não as deixa pensar antes de agir. É como se o seu pensamento estivesse ligado diretamente com a ação, o que elas estão a pensar já o estão a praticar.

Neste sentido, e uma vez que os alunos diagnosticados com esta patologia manifestam frequentemente problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem, facultamos algumas orientações aos professores, com estratégias de intervenção em contextos escolares.

Todas as informações que recolhemos junto dos professores e dos pais das crianças avaliadas estão de acordo com a literatura especializada, quando referem que as crianças com PHDA podem manifestar uma grande variedade de problemas comportamentais, tais como falta de atenção, dificuldade em seguir regras, incapacidade de concluir tarefas, défice de autocontrolo, entre outras, prejudicando o seu aproveitamento escolar. Por outro lado, as suas

interações sociais são marcadas por comportamentos disruptivos, impulsividade, provocação e agressividade.

Outro dos aspetos a salientar tem que ver com o fato da criança hiperativa adquirir mal as aprendizagens básicas da leitura, da escrita e do cálculo (Polaino-Lorente & Ávila, 2004), o que acontece com a Criança A, que foi sujeita à aplicação do já referido PICC, devido à sua problemática está abrangida pela Educação Especial, usufrui de um P.E.I. com as seguintes medidas educativas a)apoio pedagógico personalizado; b) com adaptações curriculares individuais e c) adaptações no processo de avaliação. No entanto, tal só é cumprido quando a professora de Educação Especial lhe dá apoio, o que acontece duas vezes por semana, num período de 45 minutos cada. O que acaba por ser muito pouco para as necessidades desta e de outras crianças que devem estar nas mesmas condições.

Com a entrada em vigor do Dec. Lei 3/2008, de 7 de janeiro, a legislação atual que rege a Educação Especial, foi decretada a inclusão de todos os alunos com NEE no sistema regular de ensino, prevendo a sua mudança das instituições de Educação Especial para as escolas regulares. Assim sendo, pretende-se que a Educação Especial, uma educação paralela ao sistema de Educação Regular, dê lugar a práticas educativas inclusivas usando metodologias de diferenciação inclusiva e de aprendizagem cooperativa, possam gerar o sucesso de todos.

Esta ideia vem ao encontro do que é defendido por J. Delors et al. (1998). Segundo este autor, o conceito de Educação exige não só uma necessidade imediata de reciclagem profissional como também exige uma necessidade de renovação cultural, pois vivemos numa sociedade que está em constante mutação. Por isso, o conceito de Educação deve estar relacionado com a ideia de “educação ao longo de toda a vida”, pois só assim podemos estar preparados para receber as mudanças que vão ocorrendo no sistema de ensino. Outro aspeto a salientar, ainda pelo mesmo autor, tem que ver com a forte relação que deve existir entre o professor e o aluno, pois esta é o cerne de todo o processo pedagógico.

Nós concordamos, com esta afirmação, pois quando gostamos da nossa profissão gostamos dos nossos alunos e, como tal, só queremos que eles estejam bem. Desta forma, todos ficam a ganhar, por isso consideramos que para tal possa acontecer é fundamental que se crie uma boa relação entre o professor e os seus alunos.

Infelizmente, temos noção o sistema de ensino regular está pouco preparado para receber estes alunos com estas necessidades educativas especiais, porém se pensarmos que é na escola que estas crianças passam a maior parte do tempo, compreenderemos melhor a necessidade de uma intervenção atempada e eficaz. Em que medida a escola portuguesa atual é inclusiva e responde às diferenças individuais de cada um dos seus alunos é uma questão pertinente e que não podemos deixar de colocar. Por outro lado, será que os professores estão preparados para uma nova forma de trabalhar, em cooperação para encontrar respostas adequadas e eficazes às necessidades individuais dos alunos independentemente de serem ou não NEE. Em primeiro lugar, têm de pensar que o que resulta com uma criança que tem NEE resulta com as outras crianças, por isso, é mais fácil concretizar esta ideia e aplicá-la à nossa prática pedagógica.

É possível que exista uma desadaptação pedagógica por parte de alguns docentes às sucessivas exigências das crianças atuais, visto que se até a “tradição já não é o que era”, é possível que o que costumava resultar com algumas crianças é bem possível que atualmente já não resulte assim tão bem. Pois, tal como afirmou J. Delors et al. (1998) o conceito de educação tem que estar ligado à “educação ao longo da vida” porque se a sociedade está em constante mutação a escola também tem que fazer um esforço para tentar acompanhá-la, de forma a conseguir manter o entusiasmo, motivação e a disciplina sem que as crianças percam o gosto pela escola e pela descoberta da aprendizagem.

Sendo assim, esperamos que o programa de intervenção cognitivo-comportamental de Isabel Orjales Villar tenha vindo dar um novo olhar, sob a forma de um contributo muito grande para trabalhar e compreender as crianças com PHDA e as suas dificuldades. Esta experiência foi, sem dúvida, muito enriquecedora e gratificante para mim, pois foi muito bom sentir que estava a ajudar uma criança que realmente precisava de um voto de confiança de alguém, visto estar perdida entre dificuldades de aprendizagem na escola; dificuldades no comportamento em casa e dificuldades de inter-relação com o Outro em casa e na escola.

Por outro lado, foi muito angustiante, sentir que não podia fazer muito mais para a ajudar, visto perceber o que se passava no contexto escolar, em relação ao nível de ensino em que se encontrava e os conhecimentos que possuía, da mesma forma que no contexto familiar nem sempre tudo corria bem. É um sentimento de impotência misturado com uma sensação de injustiça perante o que está a acontecer diariamente à autoestima desta criança quando se vê confrontada a toda a hora com atividades que não consegue resolver, simplesmente porque o seu nível de conhecimento ainda não está preparado para tal.

No entanto, quanto às conclusões finais do estudo é de salientar que o programa mostrou algum sucesso, pois apesar de não ser muita a diferença dos resultados obtidos na fase de pré e pós-teste, verificou-se que houve descidas na maioria das subescalas avaliadas, inclusivamente no índice de défice de atenção e hiperatividade de Conners. Devemos também salientar que os resultados do nosso estudo foram comparados com mais duas investigações que estão a decorrer sobre a aplicação do mesmo programa e que as três investigações comprovam as melhorias já apresentadas. Desta forma podemos concluir que o programa de intervenção cognitivo-comportamental obteve êxito, pois podemos comprovar a sua eficácia.

Consideramos que temos que apostar na modificação do nosso quotidiano escolar e nas práticas pedagógicas para promover ambientes favoráveis à aprendizagem, tornando a escola um local mais motivante e mais ligado ao quotidiano dos nossos alunos. Temos que estar mais atentos e desportos para a necessidade de intervir atempadamente, com a ajuda de técnicos especializados para que estas crianças se possam equilibrar emocionalmente e seguir em frente. É muito importante a aceitação da criança com PHDA na sala de aula quer pelos colegas quer pelo professor da turma, caso contrário não se consegue criar uma boa relação entre todos e a parte emocional vai dar gerar mais insegurança do que confiança. Por isso, é muito importante que se trabalhe a inteligência emocional de todos os intervenientes no processo educativo dos nossos alunos.

Finalmente, esperamos que o nosso trabalho tenha conseguido atingir os nossos objetivos e que venha a contribuir no esclarecimento do problema inicial da nossa investigação, o qual se

prendia com as dificuldades sentidas diariamente pelos professores e os pais/ E.E. de crianças com PHDA, no contexto escolar do 1º Ciclo da Educação Básica. Não nos podemos esquecer que estas crianças e as suas famílias se confrontam com estas dificuldades desde muito cedo ainda antes de iniciarem o seu percurso escolar e que, em muitos casos, se agravam com o início do mesmo.

Este trabalho revelou-se extremamente enriquecedor quer ao nível profissional quer ao nível pessoal, na medida em que conseguimos fazer algo mais para tentar compreender e ajudar as crianças com PHDA; no sentido, de lhes conseguir dar alguns “truques” e de lhes tentar proporcionar um ambiente favorável ao seu desenvolvimento não só enquanto alunos mas essencialmente enquanto pessoas. Deste modo, Zêzere (2002, in Gonçalves, 2009) refere que existe uma grande disparidade entre a legislação em vigor e o que efetivamente se pratica na maioria das nossas escolas.

Por vezes, ouvimos dizer que em termos de legislação Portugal é perfeito mas como não há fiscalização muito fica por fazer e, neste âmbito, quem perde são os alunos e somos todos nós. Não nos podemos esquecer que as crianças de hoje são o “futuro de amanhã” e que nós estamos a ser cúmplices do que lhes está a acontecer na realidade escolar, seja bom ou mau. Diariamente, verificamos que o enfoque para lidar com a diferença e com as deficiências é colocado no apoio, especializado ou não, prestado pelas equipas de Educação Especial e que criam uma espécie de educação paralela, dos alunos ditos diferentes, apresentando-se nalguns casos como mais uma forma de segregação e de exclusão (Correia, 2003, idem).

O presente estudo tem as **seguintes limitações**: 1) o desconhecimento e/ ou dificuldade em conseguir aplicar várias estratégias em contexto escolar, mais concretamente no 1º Ciclo, devido ao enorme número de alunos que atualmente existem nas turmas; 2) o desconhecimento em Portugal do Programa de intervenção que foi aplicado; 3) não podemos generalizar os nossos resultados mas seria interessante dar continuidade a esta investigação.

Para **possíveis investigações** seria interessante aprofundar o tema da PHDA, em contexto escolar, familiar e terapêutico dando continuidade a esta investigação.

Perante a análise do caso da Criança A podemos colocar uma questão: será que os docentes trabalham com estratégias adequadas às problemáticas dos seus alunos, dando especial atenção neste caso, à problemática da PHDA na sala de aula? Mesmo que os docentes estivessem predispostos a tal, será que o conseguiriam fazer atendendo ao elevado número de alunos que já existem e que ainda vão passar a existir mais? Não nos podemos esquecer que os grupos são todos heterogêneos e se o número de alunos aumenta cada vez mais, então é impensável conseguir-se dar o apoio e a atenção que cada criança realmente necessita.

Como **proposta para a Criança A**, em nossa opinião, julgamos que seria benéfico passar a integrar uma turma de segundo ano de escolaridade; ou se tal não fosse possível, ficaria retida este ano no 3º ano de escolaridade; seria proposta para usufruir da medida educativa, relativa aos conteúdos intermédios e ficaria dois anos na prática a fazer o 3º ano. Isto para quê, para que no próximo ano teria que aprender os conteúdos programáticos do 2º ano, de forma a adquirir as competências da leitura, da escrita e do cálculo. Nesse ano não chumba e no ano a seguir faria

então a aquisição dos conteúdos programáticos do 3º ano de escolaridade da Educação Básica. Esta seria a nossa proposta, visto que até aqui tem vindo a ser aplicada uma pedagogia subtrativa e tal não pode acontecer. Todas as crianças que têm dificuldades precisam é de uma pedagogia aditiva, isto é, precisam de mais tempo, de mais materiais, de mais recursos, de mais estratégias, de mais exercícios, etc. Não nos podemos esquecer que o conceito de Educação faz parte da ideia "escola ao longo da vida", deste modo é nosso dever e obrigação mantermo-nos atualizados para conseguirmos identificar, compreender e ajudar todos os nossos alunos.

Desta forma, esperamos não só ter conseguido contribuir com conhecimentos que permitam a melhoria da capacidade de compreensão da PHDA, mas também ter adquirido algumas aptidões que nos habilitem, ao longo da vida, a contribuir para a melhoria da Educação e, em especial, na área da Educação Especial. Seria interessante dar continuidade a esta investigação, porém aplicando este PCCI a um número maior de sujeitos em Portugal de forma a conseguirmos comprovar cientificamente a eficácia deste programa.

Concluimos então a nossa investigação com a esperança que este PCCI venha dar não só "Um novo olhar...à PHDA na sala de aula do 1º Ciclo" mas também a todas as salas onde existem crianças com esta problemática.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA, (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Brophy, J. (1996). *Teaching Problem Students*. New York: Guilford Press.
- Cardo, E., & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 40 (Supl. 1), S11-S15.
- Candeias, N. (2012). *Estudo comparativo sobre a Educação Especial em Portugal-Extremadura: Aplicação de um Programa de Intervenção*. Tese de Mestrado em Educação Especial-Domínio Cognitivo-Motor, Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco. (Trabalho em curso).
- Cardo, E., & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 40 (Supl. 1), S11-S15.
- Consejería de Educación Ciencia Y Tecnología. (2003-2004). *Hiperactividad*. Equipos de Atención Temprana. Mérida: Dirección Provincial de Badajoz.
- Consejería de Educación. (2006-2011a). *Estrategias Para La Mejora de La Conducta Y el Rendimiento Escolar del Niño con TDHA en el Aula*. Equipa de Orientación Educativa Y Psicopedagógica. Badajoz: Junta de Extremadura.
- Consejería de Educación.(2006-2011b).*Orientaciones Generales para los Padres de Niño con TDA-H* . Equipa de Orientación Educativa Y Psicopedagógica. Badajoz: Junta de Extremadura.
- De Celis, A. (2012). *Análisis de la eficacia de un programa cognitivo-conductual en el tratamiento de una alumna con TDAH*. Trabajo Fin de Máster en Ciencias Sociales y Jurídicas: Especialidad de Psicología, Facultad de Educación de Badajoz, Universidad de Extremadura, Badajoz. (Trabajo en curso).
- Dominguez, M. C. A.; Figares C. F.; Perales, F.J.G.; et al. (2008). *Manual de Atención Al Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo Derivadas de Trastornos Graves de Conducta (4)*. Sevilla: Junta de Andalucía, C. E., D.G.P.I.E. .
- Falardeau, G. (1999). *As Crianças Hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.
- Fernandes, D.(1991). *Notas sobre os paradigmas da Investigação em Educação*. Noesis, 18, 64-66.
- García, I. (2001). *Hiperatividade: Prevenção Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: Editora McGraw-Hill.
- Guba, E. C., & Lincoln, (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research*. (p 105-117). Thousand Oaks: CA: Sage.
- Guerra, I. S. (2008). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo- sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia Editora.
- Lincoln, Y. & Guba, E.(1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lopes, J. (2003). *A Hiperactividade*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Ludke, M. & André M. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.
- Martins, E.C. (1996). *Sínteses de Investigação Qualitativa*. Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco.
- Merriam, S..(1988). *Case study research in education: A qualitative approach*. San Francisco, CA. Jossey-Bass.
- Millichap, J.G. (2008). Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, pp.121-358.
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades educativas Especiais na sala de aula - Um guia para professores*. Porto: Porto Editora.
- Ponte, J. P. (1994). *O Projecto Minerva - Introduzindo as NTI na Educação em Portugal*. Lisboa: DEPEGEF.
- Polaino-Lorente, A.; Ávila C. (2004). *Como viver com uma criança hiperactiva, Comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Lisboa: Edições Asa.
- Quivy, R. & Campenhoudt. L. (1998), *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa. Gradiva.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vale, I. (2000). *Didáctica da Matemática e Formação Inicial de Professores num Contexto de Resolução de Problemas e de Materiais Manipuláveis*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Vale, I. (2004). *Algumas notas sobre Investigação Qualitativa em Educação Matemática: O Estudo de Caso*. Vol.5. Viana do Castelo. Escola Superior de Educação de Viana do Castelo.171-202.
- Villar, I. O. et Polaino-Lorente, A. (2001). *Programas de Intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad (DDAH)*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

### Legislação

- Decreto-lei nº3/ 2008 (7 de janeiro). Nº 4. I Série. Ministério da Educação e Ciência: Diário da República.
- Despacho nº 5106-A/ 2012.(12 de abril). Nº 73. 2º Suplemento. II Série. Ministério da Educação e Ciência. Diário da República.

### Web - Grafia

- Ballone, G.J. (2008) - Neurônios e Neurotransmissores - in. PsiqWeb, Acedido em 25 de maio, 2012, de [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br).

- Baptista, M.G.F. (2010). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção Em Contexto Escolar: Estudo Exploratório das Percepções dos Professores sobre o Impacto Comportamental de Crianças com PHDA em Escolas do 1ºCiclo. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa. Recuperado em 10 de outubro, 2011, de <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3072/1/Tese%20Luis%20-DEFINITIVA.pdf>.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. (2nd Ed) New Guilford Press. Acedido em 14, janeiro, 2012, em [http://books.google.pt/books?id=cOQrEtwSr5QC&pg=PA332&dq=%E2%80%A2%09Barkley,+R.A.+%281998%29.+Attention+Deficit+Hyperactivity+Disorder.+A+handbook+for+diagnosis+and+treatment.+%282nd+Ed%29+New+Guilford+Press.&source=bl&ots=RhULT06uhx&sig=jEWWQJa4bY2H-4ewwTjHKvHxnDI&hl=pt-PT&sa=X&ei=dUtzT-u0EMPc8qO89vRY&redir\\_esc=y#v=onepage&q=%E2%80%A2%09Barkley%2C%20R.A.%20%281998%29.%20Attention%20Deficit%20Hyperactivity%20Disorder.%20A%20handbook%20for%20diagnosis%20and%20treatment.%20%282nd%20Ed%29%20New%20Guilford%20Press.&f=false](http://books.google.pt/books?id=cOQrEtwSr5QC&pg=PA332&dq=%E2%80%A2%09Barkley,+R.A.+%281998%29.+Attention+Deficit+Hyperactivity+Disorder.+A+handbook+for+diagnosis+and+treatment.+%282nd+Ed%29+New+Guilford+Press.&source=bl&ots=RhULT06uhx&sig=jEWWQJa4bY2H-4ewwTjHKvHxnDI&hl=pt-PT&sa=X&ei=dUtzT-u0EMPc8qO89vRY&redir_esc=y#v=onepage&q=%E2%80%A2%09Barkley%2C%20R.A.%20%281998%29.%20Attention%20Deficit%20Hyperactivity%20Disorder.%20A%20handbook%20for%20diagnosis%20and%20treatment.%20%282nd%20Ed%29%20New%20Guilford%20Press.&f=false).
- Bruzina, G. S. et al. (2007). Indexação Automática e Semântica: estudo da análise do conteúdo de teses e dissertações. In VIII ENANCIB-Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação. 28 a 31 outubro. Brasil. Acedido em 22 de maio, 2012, de <http://www.enancib.ppgci.ufba.br/artigos/GT2--117.pdf>.
- Cabeleira, L. C. J. (2009). As Dificuldades de Leitura em Alunos com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA). Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Recuperado em 10 de outubro, 2011, de [http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1566/3/dm\\_luisacabeleira.pdf](http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1566/3/dm_luisacabeleira.pdf).
- Delors, J. et al. (1998). Educação-Um Tesouro a Descobrir: Um Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. MEC-Ministério da Educação e do Desporto, UNESCO. São Paulo-SP: Cortez Editora. Recuperado em 22 de maio, 2012, de <http://ftp.infoeuropa.euclid.pt/database/000046001-000047000/000046258.pdf>.
- Espada, C.S.F. (2011). Atitude dos Professores do 1ºCiclo face à Inclusão de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).Dissertação de Mestrado em Ensino Especial, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa. Acedido em 17 de março, 2012, de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1671>.
- Gonçalves, C. A. M. (2009). Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção - Projeto de Intervenção. Dissertação de Mestrado em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Recuperado em 31 de março, 2012, de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1370>.
- Grevet, E. H. (2005). Heterogeneidade Genética e Fenotípica no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Adultos. Tese de Doutoramento do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Acedido em 23 maio, 2012, de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8246/000572127.pdf?sequence=1>.
- Ferreira, I. M. D. M. (2011). Uma Criança com Perturbação do Espectro do Autismo: Um Estudo de Caso. Trabalho de Projeto de Mestrado em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor, E.S.E, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco. Recuperado em 20 de Abril, 2012, de <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1235/1/Tese.pdf>.
- Filipe, M. (2011). Práticas/Estratégias Educativas na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação- Educação Especial. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa. Recuperado em 28 maio, 2012, de [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1494/Final\\_%20Di...pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1494/Final_%20Di...pdf?sequence=1).
- Figueira, S.S.V. (2010). Contributo para o estudo da Perturbação de Hiperatividade e défice de atenção no sexo feminino: Estudo comparativo das percepções dos professores de crianças em idade escolar. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa. Recuperado em 22 de maio, 2012, de [http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3444/1/Tese\\_Sara\\_Figueira.pdf](http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3444/1/Tese_Sara_Figueira.pdf).
- Gomes, S.F.M. (2012). Vivências Escolares: Modelos Organizativos de resposta a alunos com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação- Educação Especial. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto. Recuperado em 30 maio, 2012, de [http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/584/TM\\_EE\\_SANDRAGOMES\\_2012.pdf?sequence=1](http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/584/TM_EE_SANDRAGOMES_2012.pdf?sequence=1)
- Jorge, M. S.S., (2007), A Organização Narrativa em Crianças com DHDA: Estudo Exploratório sobre o Impacto da Medicação Psico-estimulante na Matriz Narrativa. Tese de Mestrado em Psicologia, Psicologia Clínica, Universidade do Minho, Minho. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8134/1/Tese%20final.pdf>, em 14 de janeiro, 2012.
- Landskron, L. M. F. & Sperb, T. M. (2007, janeiro/junho). *Narrativas de professoras sobre o TDA, um estudo de caso coletivo: Narrativas de Professoras sobre TDAH*. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE),12 (1), 153-167. Recuperado em 31 de março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/pee/v12n1/v12n1a11.pdf>.
- Lourenço, M. I. S. R. (2009). Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa. Recuperado em 12 de Junho, 2011, de <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1443/1/Hiperatividade%20e%20D%C3%A9fice%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20em%20Contexto%20Escolar%20%20ISABEL%20LOUREN%C3%87O%20-202009.pdf>.
- Malaca, I. M. M. (2007/2008). Hiperatividade com Défice de Atenção: Que Soluções? Proposta de Construção de um Programa de Formação de Pais. Trabalho de Mestrado Integrado em Psicologia- Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado em 15 de março, 2012, de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/736/1/17394\\_Hiperatividade\\_Isabel\\_Malaca.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/736/1/17394_Hiperatividade_Isabel_Malaca.pdf).
- Moura, O. (s/d). O hiperactivo desatento. Acedido em 11 de Junho, 2011 em <http://saude.sapo.pt/saude-medicina/medicacao-doencas/hiperactividade-2.html?pagina=2>.
- Moura, O. (2008, julho/set.). *Avaliação Psicológica de Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção*. Diversidades - À Velocidade da Luz, (21), 4-9. Acedido em 14 de janeiro, 2012, de [http://www.madeira-edu.pt/Portals/7/pdf/revista\\_diversidades/revistadiversidades\\_21.pdf](http://www.madeira-edu.pt/Portals/7/pdf/revista_diversidades/revistadiversidades_21.pdf).
- Moya, J.R. (s.d.). Algunas Consideraciones sobre la Atención Educativa al Alumnado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividade (TDA-H). Trabalho do módulo de Conducta y Superdotación. Navarra: CREENA.

Recuperado em 14 de janeiro, 2012, de <http://centros.educacion.navarra.es/creena/002conductuales/PDFs/tdahinstrucciones.pdf>.

- Oliveira, R.M. (2010). Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Departamento de Ciências da Educação e do Património, Universidade Portucalense do Porto, Porto. Acedido em 12 de junho, 2011, de <http://repositorio.uportu.pt/dspace/handle/123456789/262>.
- Pereira, G.M. (2008, abril). PHDA: *Do Diagnóstico à Terapêutica*. Recuperado em 23 maio, 2012, de <http://www.slideshare.net/lidia76/phda>.
- Pinho, A., Mendes, L., Pereira, M.. (2007) Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção: *Um problema Negligenciado*. Universidade Lusíada, Lisboa. Recuperado em 28 de dezembro, 2011, de: <http://www.profala.com/arthiper9.htm>
- Ramalho, J. M. F., García-Señorán, M. M. & González, S. G., (2009). *Mecanismos de Atención Selectiva na Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atención*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (3), 370-376. de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722009000300007&script=sci\\_arttext\\_em\\_14](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722009000300007&script=sci_arttext_em_14) de janeiro, 2012.
- Ribeiro, I. C. M., (2011) . Hiperactividade e Défice de Atenção. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa. Recuperado em 28 de dezembro, 2011, de : <http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/1499/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Completa%202011.pdf>.
- Santos, V. A. B. (2008). Stress Parental e Práticas Parentais em Mães de Crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado em 03 de Outubro, 2011, de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/695/1/17675\\_Dissertacao\\_Mestr\\_Integ\\_Psic\\_Vanessa\\_Santos.pdf..](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/695/1/17675_Dissertacao_Mestr_Integ_Psic_Vanessa_Santos.pdf..)
- Silva, J. V. A. & Takase, E. (2010, fevereiro). *Aspectos neurobiológicos do TDAH e a TCC como modelo psicoterápico*. *Revista Digital*, N°141. Recuperado em 28 de maio, 2012, de <http://www.efdeportes.com/efd141/aspectos-neurobiologicos-do-tdah.htm>.
- Vieira, A. F. B. (2009). PHDA - A Eficácia de um Programa de Intervenção Estruturado na Sala de Aula. Dissertação de Pós-Graduação em Educação Especial, Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto. Recuperado em 6 de Setembro, 2011, de [http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/355/PG-EE-2009\\_Aida%20Vieira.pdf?sequence=1](http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/355/PG-EE-2009_Aida%20Vieira.pdf?sequence=1).
- Vieira, A. (2011). Comunicar para Interagir. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. Recuperado em 5 de Abril, 2012, de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1350/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1>.

**Sites consultados:**

- [http://www.tdahcantabria.es/IsabelOrjales.html#Entrevista\\_a\\_Isabel](http://www.tdahcantabria.es/IsabelOrjales.html#Entrevista_a_Isabel).
- <http://www.hiperactividade.portalpsi.net/diagnostico.htm>.
- <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=290>.
- <http://www.medicinanet.com.br./cid10.htm>.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE - I**

### **NOTAS DE CAMPO (RESUMO)**

<b>Resumo das Notas de Campo</b>	
<b>Contactos com o Professor da Criança A (desde o início até à entrevista)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referiu sempre que a turma era muito complicada a nível comportamental mas quanto à aprendizagem alguns eram bons alunos;</li> <li>- Já era professor deles há três anos e sempre tinham sido assim, por isso não havia nada a fazer;</li> <li>- Em relação à Criança A caracterizou-a da seguinte forma: “é uma aluna que está ao nível do 1º ano e iniciou há pouco tempo nova medicação e não está ainda acertada ao organismo dela; neste momento não toma a medicação de forma regular. Uns dias toma noutros não toma. Neste momento não possui um comportamento perturbador mas gera alguns conflitos com os colegas devido a algumas “fantasias” que cria.”;</li> <li>- Não tem uma boa relação com o E.E. porque, segundo o prof. da turma, o E.E. não toma as decisões e as atitudes que deve tomar mesmo que lhe digam inúmeras vezes. Quando falam o E.E. diz sempre que sim e que está bem mas depois não atua de acordo com o seu papel.</li> <li>- Quanto ao programa, disse que achava interessante mas que não via grandes resultados. Se nem nós (da Educ. Especial) conseguimos algum resultado de certeza que ele muito menos porque só tinha aprendido a trabalhar com crianças ditas normais e o seu curso foi tirado no Magistério Primário.</li> </ul>
<b>Contactos com o E. da Criança A (desde o início até à entrevista)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O E.E. (mãe) caracterizou-a da seguinte forma: “... está ao nível do 1º ano e começou há pouco tempo nova medicação, Concerta, mas não está a resultar por que quando toma fica a dormir. Então eu e o meu marido decidimos dar uns dias e não dar noutros. Dá-se muito mal com os irmãos...”</li> <li>- Começaram a pedir ajuda aos três anos porque magoava-se constantemente a ela própria. Não tinha noção do perigo e chegou a “espetar um garfo na cabeça do irmão.”</li> <li>- Foi referido ainda pelo E.E. que, aos três meses de gestação, o pai dela sofreu um grave acidente e que isso perturbou muito a mãe. Foi um período muito complicado. Segundo o E.E. este é o motivo pelo qual esta Criança tem PHDA, pois os outros dois irmãos não são assim. No entanto, o pai não aceita esta justificação.</li> <li>- Não tem uma boa relação com o prof. da turma porque, segundo o E.E., ele não ouve, por isso sente que não consegue ajudar a sua educanda;</li> <li>- Quanto ao programa, disse que era uma forma destas crianças terem mais apoio e mais atenção. Achou que estava tudo na mesma e que não notava resultados. Porém relatou que nas férias da Páscoa a Criança A teve uma atitude que até aqui nunca tinha acontecido. Sem ninguém lhe dizer nada, foi buscar um livro de Língua Portuguesa do 2º ano e começou a realizar exercícios que estavam por fazer. Normalmente ninguém a consegue pôr a fazer trabalhos de casa lá em casa.</li> </ul>
<b>Observação da Criança A durante a aplicação do PCCI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestava alteração no comportamento dela para comigo quando estava perto dos colegas, pois ficava mais distante e, inicialmente, revelava alguma relutância em fazer o que lhe dizia, porém com o passar do tempo tal foi melhorando;</li> <li>- Na 1ª sessão, esboçou um sorriso quando lhe disse que era parecida com a mãe;</li> <li>- Na 6ª sessão, a Criança A já não estava perto da colega que tinha escolhido para a ajudar na sala. O prof. foi alertado para esse fato, porém não houve alteração na situação;</li> <li>- Na 21ª sessão, a Criança A relatou o comportamento mais gravoso que tinha realizado até essa altura “Espetei um garfo na cabeça do meu irmão porque ele não me dava o computador, mas já foi há alguns anos”;</li> <li>- Na sessão 22ª, estava muito nervosa porque quando cheguei à sala estava a fazer uma ficha de avaliação de Língua Portuguesa do 3º ano, igual à dos restantes colegas. Demorou a sentir-se bem, no entanto a seguir à realização da 1ª atividade voltou a sorrir e a colaborar de forma positiva;</li> <li>- Na 23ª sessão, assim que chegou disse logo “Hoje não tomei o comprimido; não sei nem me lembro das autoinstruções”, demorou a colaborar e só ao fim de 30 minutos começou a falar sobre o dia anterior e começou a dizer as autoinstruções. A partir daí é que começamos a sessão;</li> <li>- Na sessão 24ª, esteve muito bem mas, no início, revelou alguma “desconfiança”/ dificuldade em fechar os olhos para o relaxamento. Mas conseguiu e gostou muito desta atividade;</li> <li>- Na sessão 25ª sentiu mais dificuldade em parar o corpo e teve essa noção;</li> <li>- Na sessão 26ª, logo no início disse ter tentado fazer o relaxamento com o exercício da respiração à noite, quando estava na cama.</li> <li>- Na sessão 28ª, começou a revelar desinteresse e, inicialmente, respondia quase sempre “Não fazia nada” ou “Não sei”;</li> <li>- Na sessão 29ª, continuou o desinteresse e esteve sempre muito agitada, sem querer trabalhar;</li> <li>- Na sessão 30ª, assim que chegou disse logo “Ainda bem que hoje tomei o comprimido!”. Durante a sessão, comentou várias situações de briga com o irmão mas cujo final foi sempre mentira. Esteve mais participativa e na análise do Quadro 2, referiu que “agora é mais fácil perceber o que tenho de fazer”. Disse ainda que gostou mais do relaxamento, achou mais importante o relaxamento e que o “truque” que a pode ajudar mais é a “técnica da Tartaruga”.</li> </ul>

## **APÊNDICE - II**

### **GRELHAS DE OBSERVAÇÃO NATURALISTA**

**Grelha de Observação Naturalista**

Criança: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Dia \_\_\_\_\_ Hora: das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Observador: *Olga Carapeto*

*Objetivo: Registrar os comportamentos observados através da observação não participante*

	<b>Na Sala</b>	<b>No Exterior</b>
<b>Comportamento</b>	<p>Com os colegas-</p> <p>Com o professor-</p> <p>Individual-</p>	<p>Com Auxiliares-</p> <p>Com os colegas-</p> <p>Com Outros-</p>
<b>Relação com o Outro</b>		
<b>Observações</b>		

## **APÊNDICE - III**

### **GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO AOS PROCESSOS DOS ALUNOS**

## ANÁLISE DE CONTEÚDO AO PROCESSO DOS ALUNOS

*Recolha de dados*

Aluno/a: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Observador: *Olga Carapeto*

Observações: *Objetivo - Caracterizar a criança*

	Processo Individual do/a Aluno/a	Observações
Dados Clínicos		
Contexto Escolar		
Contexto Familiar		

## **APÊNDICE - IV**

### **GUIÃO DA ENTREVISTA REALIZADA AO E.E.**

## **Entrevista Semiestruturada ao Encarregado de Educação da criança do grupo experimental**

### ***UM NOVO OLHAR... À PHDA NA SALA DE AULA DO 1º CICLO***

Vimos por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento desta entrevista.

Este estudo é desenvolvido no âmbito da tese de Mestrado em Educação Especial, domínio Cognitivo e Motor - Escola Superior de Educação de Castelo Branco/IPCB.

A presente investigação visa implementar a aplicação de um programa de intervenção cognitivo-comportamental para crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de atenção (PHDA), da Dr.<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar.

Os objetivos da presente entrevista são os seguintes:

- Tentar provar a importância da intervenção cognitivo-comportamental em alunos com esta problemática;
- Determinar o tipo de dificuldades (comportamental, aprendizagem...) com que os pais de crianças com PHDA se deparam, no contexto escolar e no contexto familiar;
- Contribuir para melhorar a relação das crianças com PHDA com o Outro;
- Contribuir para dar um novo olhar à PHDA.

Seguiremos as regras éticas de anonimato, privacidade e em nenhum lugar identificaremos o entrevistado em termos de dados pessoais.

As informações recolhidas serão absolutamente confidenciais e destinam-se exclusivamente a fins de investigação.

O seu preenchimento requer entre 20 a 30 minutos.

Agradecemos a sua colaboração.

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por favor, responda às seguintes questões.

1. 

Feminino		Masculino	
----------	--	-----------	--

 Sexo: 2. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_

3. Qual a sua profissão?

---

4. Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar? \_\_\_\_\_

5. Explique o tipo de dificuldades (comportamental, aprendizagem...) com que se tem deparado enquanto Mãe de uma criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), no contexto familiar.

---

---

5.1. Em que altura começaram a surgir essas dificuldades? Ou quando ficaram mais acentuadas?

---

---

6. Explique agora o tipo de dificuldades encontradas enquanto Encarregado de Educação, de uma criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), no contexto escolar.

---

---

6.1. Em que altura começaram a surgir essas dificuldades? Ou quando ficaram mais acentuadas?

---

---

7. Tem recorrido a algum tipo de apoio para conseguir ultrapassar as dificuldades encontradas nos contextos familiar e escolar ?

Sim  Não

7.1. Se respondeu afirmativamente explique quais:

---

---

8. Tem conhecimento sobre a problemática da PHDA?

Sim  Não

9. De que tipo de apoio tem usufruído, enquanto mãe, desde que foi diagnosticada PHDA à sua filha?

---

---

10. Que tipo de tratamento tem usufruído a sua educanda desde que lhe foi diagnosticada a PHDA?

---

---

11. Qual é a sua opinião sobre as condições (humanas e materiais) existentes nas escolas do 1º Ciclo para dar resposta a alunos com esta problemática?

---

---

12. Em sua opinião, que tipo de intervenção deveria ser aplicado para melhorar a relação das crianças com PHDA com o Outro?

---

---

13. Tem vindo a notar alguma diferença em termos comportamentais e/ ou cognitivos na sua educanda desde que lhe começou a ser aplicado o *Programa de intervenção cognitivo-comportamental*, da Drª Isabel Orjales Villar?

Sim  Não

13.1. Se respondeu afirmativamente identifique as diferenças observadas:

---

---

14. Tinha conhecimento que este tipo de programas é uma das formas de intervenção na problemática da PHDA ?

Sim  Não

15. Qual a sua opinião sobre a importância da aplicação de programas de intervenção ao nível cognitivo-comportamental para tentar dar resposta a esta problemática?

---

---

Obrigada, pela sua colaboração!

## **APÊNDICE - V**

### **GUIÃO DA ENTREVISTA REALIZADA AO PROF.**

## Entrevista Semiestruturada ao Professor da Turma da criança do grupo experimental

### *UM NOVO OLHAR... À PHDA NA SALA DE AULA DO 1º CICLO*

Vimos por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento desta entrevista.

Este estudo é desenvolvido no âmbito da tese de Mestrado em Educação Especial, domínio Cognitivo e Motor - Escola Superior de Educação de Castelo Branco/IPCB.

A presente investigação visa implementar a aplicação de um programa de intervenção cognitivo-comportamental para crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção (PHDA), da Dr.<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar.

Os objetivos da presente entrevista são os seguintes:

- Tentar provar a importância da intervenção cognitivo-comportamental em alunos com esta problemática;
- Determinar o tipo de dificuldades (comportamental, aprendizagem...) com que os professores do 1º Ciclo se deparam, no contexto escolar, ao lecionarem uma turma com crianças com PHDA;
- Encontrar estratégias para melhorar o comportamento e a aprendizagem dos alunos com PHDA;
- Contribuir para melhorar a relação das crianças com PHDA com o Outro;
- Contribuir para dar um novo olhar à PHDA.

Seguiremos as regras éticas de anonimato, privacidade e em nenhum lugar identificaremos o entrevistado em termos de dados pessoais.

As informações recolhidas serão absolutamente confidenciais e destinam-se exclusivamente a fins de investigação.

O seu preenchimento requer entre 20 a 30 minutos.

Agradecemos a sua colaboração.

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por favor, responda às seguintes questões.

1. 

Feminino		Masculino	
----------	--	-----------	--

 Sexo: 2. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_

3. Qual a sua formação inicial?

---

4. Há quantos anos exerce a profissão?

---

5. Com que tipo de dificuldades (comportamental, aprendizagem...) se tem deparado ao longo destes anos, no contexto escolar?

---

---

6. Tem vindo a obter algum tipo de apoio para conseguir ultrapassar essas dificuldades?

Sim  Não

6.1. Se respondeu afirmativamente explique que tipos de apoio:

---

---

7. Tem conhecimento sobre a problemática da PHDA?

Sim  Não

8. Qual é a sua opinião sobre as condições (humanas e materiais) existentes nas escolas do 1º Ciclo para dar resposta a alunos com esta problemática?

---

---

9. De uma forma geral, que tipo de apoio tem vindo a obter para conseguir dar resposta às crianças do 1º Ciclo que apresentam esta problemática?

---

---

10. Em sua opinião, que tipo de estratégias deveriam ser mais aplicadas para melhorar o comportamento e a aprendizagem dos alunos com PHDA na sala de aula do 1º Ciclo?

---

---

---

11. Em sua opinião, que tipo de intervenção deveria ser mais aplicado para melhorar a relação das crianças com PHDA com o Outro?

---

---

---

12. Nos últimos tempos tem vindo a notar alguma diferença em termos comportamentais e/ ou cognitivos na aluna em que foi aplicado o *Programa de intervenção cognitivo-comportamental*, da Dr<sup>a</sup> Isabel Orjales Villar?

Sim  Não

12.1. Se respondeu afirmativamente identifique as diferenças observadas:

---

---

13. Tinha conhecimento que este tipo de programas é uma das formas de intervenção na problemática da PHDA ?

Sim  Não

14. Qual a sua opinião sobre a importância da aplicação de programas de intervenção ao nível cognitivo-comportamental para tentar dar resposta a esta problemática?

---

---

---

---

---

Obrigada, pela sua colaboração!

## **APÊNDICE - VI**

### **ANÁLISE DE CONTEÚDO DA ENTREVISTA REALIZADA AO E.E.**

## ANÁLISE DE CONTEÚDO: ENTREVISTA AO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO DA CRIANÇA A

PARÂMETROS	VARIÁVEIS	INDICADORES
Identificação	Sexo	Feminino
	Idade	31 anos
Experiência Profissional	Profissão	Trabalhadora de Serviços Gerais (Auxiliar de Cozinha)
PHDA	Conhecimento da Problemática	“Sim”
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EVIDÊNCIAS
Contexto Familiar	Composição do agregado familiar	5 Pessoas
PHDA: Tipos de Dificuldade	Contexto Familiar (Enquanto Mãe)	<p>“Tenho muita dificuldade em controlar o seu comportamento no seu dia-a-dia e dá-se mal com os irmãos. É sempre muito difícil conseguir que ela faça os trabalhos de casa ou qualquer tipo de exercício.”</p> <p>“Estas dificuldades começaram a surgir por volta dos 3anos mas acentuaram-se por volta dos 6anos, quando entrou para a 1ªclasse.”</p>
	Contexto Escolar (Enquanto Encarregado de Educação)	<p>“São muitas... não consigo ter uma boa relação com o prof. da turma, pois ele não me ouve e sinto que não consigo ajudar a minha filha a superar as suas dificuldades dentro da sala de aula. Ela está a trabalhar o mesmo que os do 3º ano quando deveria estar a fazer trabalhos de 2º ano. Ela tem muitas dificuldades na leitura e na escrita... na Língua Portuguesa e na Matemática.”</p> <p>“Quando leva trabalhos que a prof. de educação especial lhe manda ela faz - porque são coisas que ela consegue fazer- quando leva trabalhos que o professor da turma manda ou não faz ou somos nós que temos que fazer e ela copia. Então agora prefiro que ela não faça mas ganho as mesmas porque o professor continua a mandar os mesmos trabalhos até que apareçam feitos.”</p> <p>“Ficaram mais acentuadas quando entrou para a 1ª classe e agora estão cada vez piores...”</p>
	Encarregado de Educação	“Apenas tenho falado com os professores e com a médica da minha filha”

PHDA: Tipos de apoio que Usufrui	Mãe	“Também já andei na psicóloga, tomei antidepressivos porque com isto tudo já arranjei uma depressão e vou falando com a médica que a acompanha.”
	Educanda	“Tem apoio do Ensino Especial na escola, duas vezes por semana, e está a ser acompanhada pela pedopsiquiatra. Só vai a estas consultas quando é preciso...”
PHDA: Tratamento	Educanda	“Começou pela <i>Ritalina</i> e agora está a tomar <i>Concerta</i> , 36mg. Só tomou medicação mais nada...”
PHDA: Condições (humanas e materiais)	Nas escolas do 1º Ciclo	“Acho que não há nenhum tipo de apoio a não ser o apoio da professora do Ensino Especial.”
PHDA: Relação com o Outro	Tipo de intervenção	“Deveria de haver uma professora especializada para estar a tempo inteiro com estas crianças para conseguir trabalhar as várias áreas.”
PHDA: intervenção Cognitivo- Comportamental	Conhecimento	“Sim.”
	Resultados	“Não notei grandes resultados... mas nas férias da Páscoa, sem ninguém lhe dizer nada, ela foi buscar os livros do 2º ano e começou a fazer alguns exercícios que não estavam feitos. Isso nunca aconteceu até aqui.”
	A importância do programa	“Acho que os professores deviam dar mais atenção a crianças com estes problemas e tentar ajudá-los mais, por isso este programa veio ajudar muito nesse sentido. É pena que não seja para continuar.”

## **APÊNDICE - VII**

### **ANÁLISE DE CONTEÚDO DA ENTREVISTA REALIZADA AO PROF.**

## ANÁLISE DE CONTEÚDO: ENTREVISTA AO PROFESSOR DA TURMA DA CRIANÇA A

PARÂMETROS	VARIÁVEIS	INDICADORES
Identificação	Sexo	Masculino
	Idade	48 anos
Experiência Profissional	Formação Inicial	“Tirei o curso na Escola do Magistério Primário, o chamado Curso do Magistério.”
	Tempo de serviço	“Há 27 anos.”
PHDA	Conhecimento da Problemática	“Sim.”
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EVIDÊNCIAS
Tipo de Dificuldades	No contexto escolar (em geral)	“Ao longo destes 27 anos, as maiores dificuldades com que me tenho deparado são ao nível do comportamento dos alunos, como é o caso da Indisciplina, da Hiperatividade, da afetividade (falta) e, nestes últimos anos, também tenho sentido dificuldades na retenção dos alunos...”
Tipos de apoio que usufrui	No contexto escolar (em geral)	“Sim.” “Tenho tido os professores de apoio educativo e os professores de apoio do Ensino Especial.”
	Crianças com PHDA	“Apenas tenho tido o apoio da professora do Ensino Especial, sem se notarem alterações na situação.”
PHDA: Condições (humanas e materiais)	Nas escolas do 1º Ciclo	“Na escola não existem respostas. Com alguma dificuldade vai-se “acudindo” aos casos que estão à nossa frente.”
PHDA: Estratégias para melhorar	Comportamento e aprendizagem na sala de aula, 1º Ciclo	“A questão do ensino individualizado deveria ser 1 professor para 1 aluno... não tenho como avaliar esses procedimentos, porém deveria ser concretizado o quanto antes... Outra solução, poderia ser a Escola para Pais...”
PHDA: Relação com o Outro	Tipo de intervenção	“Talvez a sensibilização do grupo/ turma; o trabalho de elevação da autoestima” e o estudo das emoções que estas crianças apresentam.”
PHDA: intervenção Cognitivo-Comportamental	Conhecimento	“Não.”
	Resultados	“Não, não notei resultados. Este grupo é muito complicado, na questão do comportamento, já estou com eles há três anos e já perdi a esperança de ver melhoras.”
	A importância do programa	“Todas as ajudas e técnicas são bem-vindas. Pena que esta metodologia não tenha dado frutos.”

## **APÊNDICE - VIII**

### **CRITÉRIOS DO DSM-IV-TR APLICADOS (PRÉ E PÓS-TESTE)**

**Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (PHDA), ao Enc. De Educação da Criança A**

	Pré-teste		Pós-teste	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<b>1. Falta de Atenção</b>				
a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;	X		X	
b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;	X		X	
c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;	X		X	
d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);	X		X	
e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou atividades;	X		X	
f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);	X		X	
g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);	X		X	
h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;	X		X	
i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas;	X		X	
<b>2. Hiperatividade</b>				
a) com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;	X			X
b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;		X		X
c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);	X			X
d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;	X			X
e) com frequência "anda" ou só atua como se estivesse "ligado a um motor";	X		X	
f) com frequência fala em excesso;	X		X	
<b>3. Impulsividade</b>				
g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;	X		X	
h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;	X		X	
(i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).	X		X	

**Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (PHDA), ao professor da Criança A**

	Pré-teste		Pós-teste	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<b>1. Falta de Atenção</b>				
a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;	X		X	
b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;	X		X	
c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;	X		X	
d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);	X		X	
e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou atividades;	X		X	
f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);	X		X	
g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);	X		X	
h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;	X		X	
i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas;		X		X
<b>2. Hiperatividade</b>				
a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;		X		X
b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;	X			X
c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);		X		X
d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;		X		X
e) com frequência "anda" ou só atua como se estivesse "ligado a um motor";		X		X
f) com frequência fala em excesso;		X		X
<b>3. Impulsividade</b>				
g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;		X		X
h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;	X			X
(i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).	X			X

Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (PHDA), ao Enc. De Educação da Criança B

	Pré-teste		Pós-teste	
	SI M	NÃO	SIM	NÃO
<b>1. Falta de Atenção</b>				
a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;	X		X	
b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;	X		X	
c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;	X		X	
d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);	X		X	
e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou atividades;	X		X	
f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);	X		X	
g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);	X		X	
h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;	X		X	
i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas;	X		X	
<b>2. Hiperatividade</b>				
a) com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;	X		X	
b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;	X		X	
c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);		X	X	
d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;	X		X	
e) com frequência "anda" ou só atua como se estivesse "ligado a um motor";	X			X
f) com frequência fala em excesso;	X		X	
<b>3. Impulsividade</b>				
g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;		X	X	
h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;		X		X
(i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).	X		X	

**Resultados da Aplicação dos Critérios propostos pela Sociedade Americana de Psiquiatria (DSM IV - TR, 2002) para o diagnóstico da *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (PHDA), ao professor da Criança B**

	Pré-teste		Pós-teste	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<b>1. Falta de Atenção</b>				
a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;	X		X	
b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;	X		X	
c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;	X		X	
d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);	X		X	
e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou atividades;	X		X	
f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);	X		X	
g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);	X		X	
h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;	X		X	
i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas;	X		X	
<b>2. Hiperatividade</b>				
a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;	X		X	
b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;	X		X	
c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);	X		X	
d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;		X		X
e) com frequência "anda" ou só atua como se estivesse "ligado a um motor";	X			X
f) com frequência fala em excesso;	X		X	
<b>3. Impulsividade</b>				
g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;	X		X	
h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;	X		X	
(i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).	X		X	

## **APÊNDICE - IX**

### **PROTOCOLO DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL, DR.<sup>a</sup> ISABEL ORJALES VILLAR**

PROTOCOLO DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL, DR.ª ISABEL ORJALES VILLAR

SESSÕES	OBJETIVOS	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
SESSÃO 1	<p>1. Estabelecer contato com a criança.</p> <p>2. Iniciar a auto-observação na criança.</p> <p>3. Ajudar a criança a ser mais consciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber quais são os seus problemas;</li> <li>- Geralmente, quando lhe acontecem;</li> <li>- As consequências que originam;</li> <li>- A existência de uma solução para cada um dos problemas;</li> <li>- A necessidade de ajuda para os resolver;</li> <li>- A necessidade de planificar para resolvê-los.</li> </ul> <p>4. Despertar o desejo de procurar a solução para os seus próprios problemas.</p> <p>5. Apresentar as “técnicas” que se vão utilizar como uma forma de abordar cada um dos problemas, de tal forma que não</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Atividade de contato:</i> Realização de um desenho;</li> <li>• Diálogo com a criança até que esteja relaxada e serena (esse diálogo deve levar ao:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecimento das suas dúvidas sobre a presença do prof. aplicador;</li> <li>- Tentativa para que a criança se identifique com ele desde o início);</li> <li>• Lista de coisas boas...</li> </ul> </li> </ul> <p>(Preenchimento do QUADRO 2-Ficha de Registo para a 1ª sessão de autoavaliação);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicação do Cartaz de Avaliação do Comportamento;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel A4, liso;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Fotocópia do Quadro 2;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Aluna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> <li>• Escala de Conners para professores e para pais (pré-teste);</li> <li>• Critérios do DSM-IV-TR para o Diagnóstico da PHDA (pré-teste).</li> </ul>

	sinta o tratamento como algo exterior às suas atividades diárias.			
SESSÃO 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar as estratégias utilizadas na memória.</li> <li>2. Treinar para aceitar perder.</li> <li>3. Consciencializar para a utilização de autoinstruções na solução de qualquer problema quotidiano.</li> <li>4. Auto-observação para a resolução de problemas da própria criança.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JOGO da memória;</li> <li>• Sensibilização da criança, através do diálogo, para a tomada de consciência dos processos de pensamento;</li> <li>• Realização da ficha 1 em voz alta;</li> <li>• Elaboração da lista de passos que efetuou;</li> <li>• Apresentação das autoinstruções;</li> <li>• Diálogo sobre elas;</li> <li>• Apresentação do cartaz de desenhos para relembrar as autoinstruções;</li> <li>• Ilustração do mesmo;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo da Memória;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Cartolina;</li> <li>• Desenhos das autoinst.;</li> <li>• Cola;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Aluna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recordar as instruções utilizadas na</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão da sessão anterior;</li> <li>• Realização da ficha 2, pensando nos passos</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartaz de</li> </ul>

<p>SESSÃO 3</p>	<p>sessão anterior.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Reorganizar o pensamento para fazer uma lista de instruções que possam servir para que uma terceira pessoa resolva o problema sem ajuda.</li> <li>3. Relacionar as instruções retiradas da experiência e de caráter mais concreto com as autoinstruções de Meichenbaum.</li> </ol>	<p>que está a seguir;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo dos mesmos;</li> <li>• Conclusão da lista da criança, de acordo com o Quadro 5;</li> <li>• Recorte dos passos registados;</li> <li>• Coloca debaixo de cada autoinstrução o passo correspondente;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel A4, liso;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha 2;</li> <li>• Cartaz das autoinst.;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Aluna.</li> </ul>	<p>avaliação do Comportamento.</p>
<p>SESSÃO 4</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traduzir as autoinstruções para as suas próprias palavras.</li> <li>2. Exercitar o treino das autoinstruções com uma tarefa de copiar para a grelha (quadriculado).</li> <li>3. Propor a mudança de lugar na aula.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escrita das autoinstruções pelas suas (próprias) palavras.</li> <li>• Realização de um desenho na grelha (papel quadriculado): Fichas 3 e 4, ao som das autoinstruções dadas em voz alta pelo prof. aplicador.</li> <li>• Realização de outro desenho na grelha (papel quadriculado): Fichas 3 e 4, ao som das autoinstruções dadas em voz alta por ela;</li> <li>• Discussão do cartaz da autoavaliação que se elaborou no primeiro dia revendo as propostas de resolução anotadas para cada um dos problemas;</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> <li>• Sala de aula da aluna.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel A4, liso;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Fichas 3 e 4;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propõe-se a mudança de lugar na sala de aula;</li> <li>• Escolha de um colega para a ajudar;</li> <li>• Elaboração de um contrato entre os dois;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz da autoavaliação da 1ª sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Prof. da Turma;</li> <li>• Aluna;</li> <li>• Colega da turma.</li> </ul>	
<p>SESSÃO 5</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ensinar um método de autorreforço em grupo.</li> <li>2. Iniciar a técnica do “protagonista da semana”.</li> <li>3. Controlar os comportamentos perturbadores da criança com PHDA através desta técnica, sobretudo as que se referem a: interrupções na aula, não termina as tarefas e não permanece um momento no seu lugar.</li> <li>4. Dar reforço à criança em frente do professor.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Averiguação se houve mudança de lugar na turma;</li> <li>• Diálogo com o professor sobre algumas melhorias observadas na aluna (à sua frente);</li> <li>• Explicação aos alunos sobre a atividade do “Protagonista da Semana”;</li> <li>• Entrega da carta para os pais do protagonista eleito;</li> <li>• Elaboração do Cartaz do “Autorreforço Positivo”;</li> <li>• Explicação do registo das estrelas;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de aula da aluna;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Cartolinas;</li> <li>• Pequenos retângulos de papel;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Carta para pais do “Protagonista da semana”;</li> <li>• Desenhos das Autoinst. Ampliados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

<p>SESSÃO 6 (na aula)</p>	<p>1. Praticar autoinstruções em tarefas cognitivas. 2. Explicar o sistema de reforços com pontos.</p>	<p><b>Na sala de aula</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realização da atividade do “Protagonista da Semana”;</li> <li>Comenta-se o cartaz do “Autorreforço Positivo”;</li> </ul> <p><b>Fora da Sala de Aula</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicação das autoinstruções numa tarefa de identificação de figuras - Ficha 5;</li> <li>Utilização de Contingências materiais para o treino autoinstrucional:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- explicação do sistema de contingências de reforço para as autoinstruções;</li> <li>- averiguação dos prémios que lhe poderiam interessar e atribuição dos diferentes pontos;</li> <li>- Desenho dos mesmos numa folha de</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartaz “Autorreforço Positivo”;</li> <li>Nota de reforço;</li> <li>Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prof. Aplicador;</li> <li>Prof. da Turma;</li> <li>Toda a Turma.</li> </ul>	
			<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de Aula da aluna;</li> <li>Sala vazia:</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Papel A4 liso;</li> <li>Cola;</li> <li>Pioneses;</li> <li>Lápis Carvão;</li> <li>Borracha;</li> <li>Ficha 5;</li> <li>Lápis de Cor;</li> <li>Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

		<p>papel;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- explicação dos critérios para a atribuição de pontos;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. da Turma;</li> <li>• Toda a Turma;</li> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Aluna.</li> </ul>	
<p>SESSÃO 7</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Começar a “sussurrar” as autoinstruções.</li> <li>2. Iniciar o treino atribucional.</li> <li>3. Praticar a utilização de autoinstruções em tarefas cognitivas.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização da Ficha 9 sussurrando as autoinstruções numa tarefa de “seguir itinerários”;</li> <li>• Realização da Ficha 11 sussurrando as autoinstruções numa tarefa de “localizar sílabas num texto”;</li> <li>• Introdução ao treino atribucional. Depois de realizar as tarefas cognitivas anteriores selecionam-se: 2 Itens incorretos e 2 Itens corretos;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia:</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel A4, liso;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Fichas 9 e 11;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

<p>SESSÃO 8</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar as autoinstruções a tarefas cognitivas.</li> <li>2. Generalizar a utilização das autoinstruções na sala de aula.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização da Ficha 14 aplicando as autoinstruções numa tarefa de “identificação de figuras ocultas”;</li> <li>• Realização da Ficha 18 aplicando as autoinstruções numa tarefa de “identificação de figuras iguais seguindo um código”;</li> <li>• Modificação/ Explicação do critério para o sistema de contingências materiais (só recebe um ponto se conseguir realizar as 3 condições necessárias: realiza a tarefa devagar; não se esquece das autoinstruções; obtém um resultado correto (com um certo grau de flexibilidade consoante a complexidade da tarefa));</li> <li>• Concede-se um ponto extra se identificar 2 situações em que poderia ter aplicado as autoinstruções na sala de aula;</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel A4, liso;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Fichas 14 e 18;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>
<p>SESSÃO 9</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar as autoinstruções a tarefas cognitivas.</li> <li>2. Generalizar as autoinstruções na sala de aula.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização da Ficha 22 aplicando as autoinstruções numa tarefa de “procura de diferenças entre dois desenhos”;</li> <li>• Realização da Ficha 24 aplicando as autoinstruções numa tarefa de “seguimento de autoinstruções com direita e esquerda”;</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel A4, liso;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização do jogo da Memória aplicando as autoinstruções;</li> <li>• Atribuição de um ponto extra por cada uma das seguintes situações:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- por cada par obtido, se respeitou os 3 critérios definidos na sessão anterior;</li> <li>- por identificar 2 situações em que poderia ter aplicado as autoinstruções na sala de aula;</li> </ul> </li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Fichas 22 e 24;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Jogo da Memória;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>
<p>SESSÃO 10 (na aula)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dar a conhecer à turma a função das autoinstruções.</li> <li>2. Aplicar as autoinstruções em novas tarefas cognitivas.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolha do cartaz do “Protagonista da Semana” comentando as anotações escritas pelas crianças;</li> <li>• Entrega da carta para os pais do próximo “Protagonista da Semana”;</li> <li>• Colocação do Cartaz com as autoinstruções ampliadas, num sítio visível da sala de aula;</li> <li>• Realização da Ficha 26 aplicando as autoinstruções numa tarefa de “discriminação figura-fundo”;</li> <li>• Realização da Ficha 29 aplicando as</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> <li>• Sala de aula da aluna.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta do “Protagonista da Semana”;</li> <li>• Cartaz “Protagonista da Semana”;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Fichas 26 e 29;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

		<p>autoinstruções numa tarefa de “labirintos”;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Atribuição de um ponto extra por identificar 2 situações em que poderia ter aplicado as autoinstruções na sala de aula;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Prof. Turma;</li> <li>• Turma;</li> <li>• Aluna.</li> </ul>	
<p>SESSÃO 11</p>	<p>1. Descobrir quais são as estratégias e para que servem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização da Ficha 32 aplicando várias estratégias numa tarefa de conexão de pontos do <i>Projeto de Enriquecimento Instrumental de Feuerstein</i>;</li> <li>• Aplicação das autoinstruções nessa ficha;</li> <li>• Escrita, recorte e colagem das estratégias descobertas debaixo do desenho correspondente - 2º passo (“Como vou fazer?”) no cartaz dos desenhos das autoinstruções;</li> <li>• Entrega dos pontos;</li> <li>• Recordar em que situações se poderiam ter aplicado as autoinstruções na sala de aula;</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Ficha 32;</li> <li>• Tesoura;</li> <li>• Cola;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Folha A4, branca;</li> <li>• Cartaz dos desenhos das autoinstruções;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da sessão.</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	
SESSÃO 12	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar as autoinstruções a tarefas cognitivas.</li> <li>2. Tomar consciência da especificidade das estratégias para as diversas tarefas.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização da Ficha 35 aplicando as autoinstruções numa tarefa de ordenação de histórias temporais;</li> <li>• Definição das estratégias a utilizar para realizar corretamente a tarefa;</li> <li>• Revisão das fichas realizadas nas sessões anteriores e registo das estratégias utilizadas em cada uma delas;</li> <li>• Entrega dos pontos;</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia:</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha A4, Branca;</li> <li>• Tesoura;</li> <li>• Cola;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Ficha 35;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	
SESSÃO 13	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar as autoinstruções ao</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construção de figuras com o Tangram utilizando várias estratégias;</li> <li>• Aplicação das autoinstruções em sussurro</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia:</li> </ul>		

	TANGRAM.	<p>e revisão das estratégias aprendidas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega dos pontos;</li> <li>• Recordar em que situações se poderiam ter aplicado as autoinstruções na sala de aula;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Resumo da sessão.</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tangram;</li> <li>• Figuras do Tangram;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Aluna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>
SESSÃO 14	<p>1. Aplicar as autoinstruções ao TANGRAM.</p> <p>2. Reafirmar a compreensão e utilização das autoinstruções ensinando a um coterapeuta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolha do coterapeuta em conjunto com o prof. aplicador, criança e prof. da turma;</li> <li>• Aplicação das autoinstruções na construção dos modelos de figuras do Tangram que não foram trabalhados na sessão anterior; utilizando várias estratégias;</li> <li>• Recordação das autoinstruções/ Preparação da criança para que ensine o coterapeuta;</li> <li>• Explicação da criança com PHDA ao coterapeuta sobre: como e para que servem as autoinstruções;</li> <li>• Ensino das mesmas ao coterapeuta pela criança com PHDA;</li> <li>• Aplicação das autoinst. na sala de aula;</li> <li>• Elaboração do registo para anotação do nº de aplicações que são feitas diariamente na sala de aula pela criança com PHDA;</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tangram;</li> <li>• Figuras do Tangram;</li> <li>• Registo para anotação do nº de aplicações das autoinstruções;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Prof. Turma;</li> <li>• Aluna;</li> <li>• Colega.</li> </ul>	
SESSÃO 15 (na aula)	<p>1. Aplicar as autoinstruções numa tarefa complexa de escolher entre diferentes alternativas: o jogo de damas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolha do cartaz do “Protagonista da Semana” comentando as anotações escritas pelas crianças;</li> <li>• Entrega da carta para os pais do próximo “Protagonista da Semana”;</li> <li>• Explicação do jogo das Damas;</li> <li>• Realização do referido jogo aplicando as autoinstruções em voz alta;</li> <li>• Atribuição de pontos: por cada movimento correto atribui-se 1 ponto;</li> <li>• Aplicação das autoinstruções na sala de aula;</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de aula da aluna;</li> <li>• Sala vazia.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta “Prot. da Sem.”;</li> <li>• Jogo das Damas;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Prof. Turma;</li> <li>• Turma;</li> <li>• Aluna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	
SESSÃO 16 (na aula)	<p>1. Eleger como protagonista (chefe) da semana a criança com PHDA;</p> <p>2. Praticar as autoinstruções, jogando às damas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eleição do “Protagonista da Semana”:</li> <li>• Realização do jogo das Damas aplicando as autoinstruções.</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de aula da aluna;</li> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo das Damas;</li> <li>• Cartolina;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pioneses;</li> <li>• Cola;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Prof. Turma;</li> <li>• Turma;</li> <li>• Aluna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>
<p>SESSÃO 17 (na aula)</p>	<p>1. Propor uma atividade para controlar o comportamento agressivo perante a frustração pela execução das tarefas e nos conflitos com os pares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura da história da tartaruga;</li> <li>• Dramatização da sensação de frustração da tartaruga/ a sua intenção de se introduzir na carapaça;</li> <li>• Convide a todas as crianças da turma (na presença do prof. da turma) para praticarem a “técnica da tartaruga” quando sentirem vontade de resolver uma situação de forma agressiva;</li> <li>• Motivação da turma para aplicar esta técnica, atribuindo um prémio no final (tartaruga de verdade);</li> <li>• Explicação do cartaz da “técnica da tartaruga” e atribuição das tartarugas de papel;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de aula da aluna.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• História da tartaruga;</li> <li>• Cartaz desta atividade;</li> <li>• Tartarugas de papel;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Prof. Turma;</li> <li>• Turma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

<p>SESSÃO 18</p>	<p>1. Generalizar a utilização de autoinstruções na aula, com a aplicação das autoinstruções nas tarefas de aprendizagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de um problema de matemática, adequado ao nível da criança, aplicando as autoinstruções e dando especial ênfase no ensino de estratégias de aplicação geral - autoinstrução nº2: “Como o faremos?”;</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Atribuições de pontos se são aplicadas as autoinstruções;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problema de Matem.;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>
<p>SESSÃO 19</p>	<p>1. Generalizar a utilização de autoinstruções na aula, com a aplicação das autoinstruções nas tarefas de aprendizagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de um problema de matemática, adequado ao nível da criança, aplicando as autoinstruções e dando especial ênfase no ensino de estratégias de aplicação geral - autoinstrução nº2: “Como o faremos?”;</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Atribuições de pontos se são aplicadas as autoinstruções;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos /</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problema de Matem.;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

		<p>entrega do prémio merecido;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	
<p>SESSÃO 20 (na aula)</p>	<p>1. Generalizar a utilização de autoinstruções na aula, com a aplicação das autoinstruções nas tarefas de aprendizagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolha do cartaz do “Protagonista da Semana” comentando as anotações escritas pelas crianças;</li> <li>• Entrega da carta para os pais do próximo “Protagonista da Semana”;</li> <li>• Realização de um exercício de Língua Portuguesa, onde a aluna revele dificuldades aplicando as autoinstruções;</li> <li>• Registo e atribuição do número de pontos conseguidos;</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Atribuição de pontos extra para a aplicação das autoinstruções;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> <li>• Sala de aula da aluna.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta do “Protagonista da Semana”;</li> <li>• Cartaz “Protagonista da Semana”;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Ficha de Líng. Port.;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Prof. Turma;</li> <li>• Turma;</li> <li>• Aluna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>
<p>SESSÃO 21</p>	<p>1. Iniciar o treino no autocontrolo corporal e relaxamento;</p> <p>2. Descobrir como evitar situações</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de uma lista de situações stressantes para a criança;</li> <li>• Determinação das consequências mais frequentes do seu mau comportamento nestas situações;</li> <li>• Dramatização das diferentes situações;</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel A4, liso;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> </ul>

	stressantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anotação das consequências mais comuns;</li> <li>• Determinar possíveis soluções para estas situações, alertando que será mais fácil tentar evitar que elas aconteçam;</li> <li>• Entrega de pontos conseguidos;</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	Sessão;
SESSÃO 22	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introdução ao relaxamento;</li> <li>2. Distinguir os músculos e os ossos;</li> <li>3. Distinguir entre músculo em tensão e em relaxação;</li> <li>4. Contrair de forma independente diferentes músculos sem que por contágio se contraíam outros.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicação do objetivo das próximas sessões: “Controlar o corpo”;</li> <li>• Observação das diferenças em ativar e inibir o movimento, através da realização de uma corrida (só a pode iniciar quando ouvir “partida, lagarta, fugida”);</li> <li>• Provocação de várias saídas falsas;</li> <li>• Corrida à volta da sala com mudança de direção seguindo um código: <ul style="list-style-type: none"> <li>- uma palma: mudança de direção;</li> <li>- duas palmas: baixar e tocar no chão;</li> </ul> </li> <li>• Reflexão sobre as dificuldades de inibir o movimento;</li> <li>• Explicação sobre as diferenças entre músculos e ossos;</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espelho;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

<p>(Cont.) SESSÃO 22</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prática de tensão-relaxamento muscular, várias vezes, se possível em frente ao espelho:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- contração com muita força da mão direita, mantenha a tensão e contar até 10;</li> <li>- relaxamento da mão, sem a abrir e observação da dificuldade que existe quando tentamos abrir pouco a pouco.</li> </ul> </li> <li>• Repetição de contrações e distensões com as diferentes partes do corpo (colocamo-la em frente ao espelho e pedimos-lhe para se concentrar apenas numa parte do corpo);</li> <li>• Entrega de pontos se:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- aplicar as autoinstruções na aula;</li> <li>- identificar situações que nos põem nervosos.</li> </ul> </li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	
<p>SESSÃO 23</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar “situações que nos provocam stress”;</li> <li>2. Descobrir a função da respiração no relaxamento;</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de situações que nos provocam <i>stress</i> - conclusão da lista que iniciámos na sessão anterior;</li> <li>• Relembramos o que falamos no dia anterior;</li> <li>• Consciencialização da função respiratória</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia:</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da</li> </ul>

<p>(Cont.) SESSÃO 23</p>	<p>3. Iniciar o controlo da respiração. A respiração antes e depois de correr.</p>	<p>através de uma corrida à volta da sala. Quando a respiração já estiver alterada a criança deita-se no chão, fecha os olhos e sente o seu corpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparação de expressões da cara: uma pessoa zangada com a cara tensa e outra com a cara relaxada;</li> <li>• Explicação sobre a função da respiração;</li> <li>• Prática da respiração, deitados no chão depois de correr de forma que se sinta o coração e a respiração acelerada:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- inspirar, reter o ar até contar até 3 e expirar. Antes de voltar a inspirar deveremos contar até 3;</li> <li>- à medida que a nossa respiração se tranquiliza retemos o ar durante mais tempo, até conseguirmos uma respiração sossegada.</li> </ul> </li> <li>• Entrega de pontos extra:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- para aplicar as autoinstruções e dizer situações que nos relaxam.</li> </ul> </li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido; Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colchão;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	<p>Sessão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>
------------------------------	--	--	---	--

<p>SESSÃO 24</p>	<p>1. Experimentar como influencia a música no relaxamento; 2. Gravar um cd com música relaxante, que seja do gosto da criança</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação da influência da música no relaxamento através da audição de vários tipos de música com ritmo muito rápido e com ritmo mais lento:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto-observação do nosso corpo nos momentos em que ouvimos diferentes tipos de música (o que apetece fazer?);</li> </ul> </li> <li>• Realização de uma sessão de relaxamento, sentada na cadeira, com música (ver quadro 9, pág.175 do programa);</li> <li>• Seleção e gravação das músicas que a criança mais gosta num cd;</li> <li>• Distribuição dos pontos;</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitor e gravador de cd´s;</li> <li>• Cd com música de relaxamento;</li> <li>• Cd com música de ritmo rápido (rock, pop...);</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>
<p>SESSÃO 25</p>	<p>1. Pôr em prática o que foi aprendido sobre o relaxamento nas sessões anteriores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo com a aluna sobre como utilizou o cd de relaxamento;</li> <li>• Registo dos momentos em que se pode utilizar;</li> <li>• Relaxamento do corpo, deitados no chão, com música apropriada;</li> <li>• Dramatização de situações em que poderemos necessitar de relaxar;</li> <li>• Relaxamento do corpo, sentados, de olhos</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitor e gravador de cd´s;</li> <li>• Cd com música de relaxamento;</li> <li>• Cd com música de ritmo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do</li> </ul>

		<p>abertos, respirando como se aprendeu;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andar devagar e controlar a respiração, apesar de colocarmos música mais mexida;</li> <li>• No próximo dia, terá que dizer uma situação em que se tentou relaxar;</li> <li>• Ponto extra por: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aplicar as autoinstruções e tentar relaxar em momentos de tensão;</li> </ul> </li> <li>• Análise da forma como a criança se tentou relaxar e como poderia tê-lo feito;</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p>rápido (rock, pop...);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	<p>Comportamento.</p>
<p>SESSÃO 26</p>	<p>1. Diferenciar entre as várias expressões faciais de diferentes tipos de emoções.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização do jogo da Memória com Expressões Faciais (versão raparigas);</li> <li>• Identificação de cada uma das caras;</li> <li>• Imitação das mesmas em frente de um espelho;</li> <li>• Desenho dos rostos mais complexos para nos apercebermos melhor das diferenças;</li> <li>• Realização do Jogo 1 (= jogo memória normal);</li> <li>• Realização do Jogo 2: joga-se exatamente igual ao anterior, mas o jogador só poderá levar o par se, além de identificar as cartas iguais, for capaz de adivinhar o sentimento que representa;</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo da Memória com Expressões Faciais (Quadro11);</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pontos extra (aplicar as autoinstruções e tentar relaxar em momentos de tensão);</li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	
<p>SESSÃO 27</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Praticar a identificação de sentimentos;</li> <li>2. Associar os diferentes sentimentos a diferentes situações quotidianas;</li> <li>3. Ser capaz de se colocar no lugar do outro e decidir o que pode sentir.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização do jogo da Memória com Expressões Faciais da mesma maneira que no dia anterior;</li> <li>• Leitura de uma das histórias apresentadas no Quadro 13;</li> <li>• Escolha da expressão e do sentimento mais convincente que a personagem da história sente nesse preciso momento;</li> <li>• Definição do sentimento que cada uma delas demonstra;</li> <li>• Realização do Jogo 3: = ao Jogo 1 e 2, a única diferença significativa é que para conseguir o par, a criança deverá inventar uma situação na qual sentirá essa emoção. Se inventar algo inadequado ao sentimento expresso, não conseguirá o par.</li> <li>• Pontos extra por: <ul style="list-style-type: none"> <li>- cada três situações em que conseguiu aplicar as autoinstruções;</li> </ul> </li> </ul> <p>Obterá, além disso, outro ponto extra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- por cada situação em que tentou relaxar-se;</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo da Memória com Expressões Faciais (Quadro11);</li> <li>• Histórias apresentadas no Quadro 13;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aluna</li> </ul>	
<p>SESSÃO 28</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Treinar a criança na solução de problemas sociais;</li> <li>2. Aumentar o número de estratégias possíveis para solucionar um único problema;</li> <li>3. Aumentar uma variedade de estratégias para o mesmo problema;</li> <li>4. Aprender a prever as consequências de aplicar cada estratégia e assim valorizar a eficácia da mesma em diversos contextos;</li> <li>5. Tomar consciência de quais são as estratégias mais adequadas para cada</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo sobre a apresentação do novo bloco de treino;</li> <li>• Leitura do problema nº 1 apresentado no Questionário sobre Estratégias de Interação Social (ver Quadro 14, pág.185);</li> <li>• Elaboração de um desenho para o representar;</li> <li>• Elaboração de uma lista com possíveis soluções para ajudar a personagem;</li> <li>• Dramatização da situação apresentada;</li> <li>• Registo de todas as soluções apresentadas pela criança;</li> <li>• O prof. aplicador assinala outras alternativas, sugeridas por outras crianças da sua idade e apresentadas no Quadro 15;</li> <li>• Seguimento dos mesmos passos para os problemas nº 2 e 3.</li> <li>• Análise de cada uma das soluções, referindo que algumas delas, apesar de estarem formuladas de maneira diferente, referem-se ao mesmo: intercâmbio (troca), pedir ajuda a um adulto, etc</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadro 14;</li> <li>• Quadro 15;</li> <li>• Quadro 16;</li> <li>• Papel A4, liso;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>

	situação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo das estratégias mais representativas;</li> <li>• Elaboração de um quadro de dupla entrada, com as mesmas: num lado as estratégias e no outro os critérios, desde que os possamos analisar. (Ver exemplo Quadro 16)</li> <li>• Pontos extra por:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- cada três situações em que conseguiu aplicar as autoinstruções;</li> <li>Obterá, além disso, outro ponto extra:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- por cada situação em que tentou relaxar-se;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	
SESSÃO 29	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Treinar a criança na solução de problemas sociais;</li> <li>2. Aumentar o número de estratégias possíveis para solucionar um único problema;</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura do problema nº 4 apresentado no Questionário sobre Estratégias de Interação Social (ver Quadro 14, pág.185);</li> <li>• Elaboração de um desenho para o representar;</li> <li>• Elaboração de uma lista com possíveis soluções para ajudar a personagem;</li> <li>• Dramatização da situação apresentada;</li> <li>• Registo de todas as soluções apresentadas</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadro 14;</li> <li>• Quadro 15;</li> <li>• Quadro 16;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do</li> </ul>

<p>(Cont.) SESSÃO 29</p>	<p>3. Aumentar uma variedade de estratégias para o mesmo problema;</p> <p>4. Aprender a prever as consequências de aplicar cada estratégia e assim valorizar a eficácia da mesma em diversos contextos;</p> <p>5. Tomar consciência de quais são as estratégias mais adequadas para cada situação.</p>	<p>pela criança;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O prof. aplicador assinala outras alternativas, sugeridas por outras crianças da sua idade e apresentadas no Quadro 15;</li> <li>• Seguimento dos mesmos passos para os problemas nº 5 e 6.</li> <li>• Análise de cada uma das soluções, referindo que algumas delas, apesar de estarem formuladas de maneira diferente, referem-se ao mesmo: intercâmbio (troca), pedir ajuda a um adulto, etc</li> <li>• Registo das estratégias mais representativas;</li> <li>• Elaboração de um quadro de dupla entrada, com as mesmas: num lado as estratégias e no outro os critérios, desde que os possamos analisar. (Ver exemplo Quadro 16)</li> <li>• Pontos extra por:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- cada três situações em que conseguiu aplicar as autoinstruções;</li> <li>- Obterá, além disso, outro ponto extra:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- por cada situação em que tentou relaxar-se;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Realização do treino atribucional;</li> <li>• Registam-se as respostas que a criança deu;</li> <li>• Preenchimento da ficha de autoavaliação da sessão;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel A4, liso;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Ficha de Autoavaliação da sessão;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador</li> <li>• Aluna</li> </ul>	<p>Comportamento.</p>
------------------------------	--	---	--	-----------------------

<p>SESSÃO 30</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Treinar a criança na resolução de problemas sociais;</li> <li>2. Aumentar o número de estratégias possíveis para resolver um único problema;</li> <li>3. Realizar uma autoavaliação de todo o tratamento.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusão da análise dos problemas sociais nº 7 e nº 8, tal como foi nas duas sessões anteriores;</li> <li>• Análise do quadro de autoavaliação que se começou a completar na primeira sessão;</li> <li>• Observação dos problemas resolvidos e quais as estratégias que foram empregues;</li> <li>• Realização de uma pós-avaliação cognitiva para valorizar as mudanças ocorridas;</li> <li>• Comunicação tanto à criança como aos pais e professor das melhorias ocorridas;</li> <li>• Resumo do tratamento;</li> <li>• Verificação dos pontos já obtidos / entrega do prémio merecido;</li> <li>• Ilustração do Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala vazia;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadro 14;</li> <li>• Quadro 15;</li> <li>• Quadro 16;</li> <li>• Papel A4, liso;</li> <li>• Lápis Carvão;</li> <li>• Borracha;</li> <li>• Lápis de Cor;</li> <li>• Cartaz dos desenhos dos prémios e respetivos pontos;</li> <li>• Cartaz de Aval. do Comportamento.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prof. Aplicador;</li> <li>• Prof. Turma;</li> <li>• Pais;</li> <li>• Aluna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de Autoavaliação da Sessão;</li> <li>• Cartaz de avaliação do Comportamento.</li> <li>• Escala de Conners para professores e para pais (pós-teste);</li> <li>• Critérios do DSM-IV-TR, para o Diagnóstico da PHDA (pós-teste).</li> </ul>
------------------	--	---	--	--

**APÊNDICE - X**

**AUTORIZAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS**

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

## REQUERIMENTO

Exma. Sra. Diretora  
do Agrupamento Escolar,

Olga Maria Almeida Santos Carapeto, professora contratada do Grupo de Recrutamento 910, com especialização em Educação Especial, a frequentar o 3º semestre do Mestrado em Educação Especial - domínio cognitivo e motor na Escola Superior de Educação de Castelo Branco, vem por este meio solicitar autorização para desenvolver a sua Tese de Mestrado neste Agrupamento Escolar.

A presente investigação visa aplicar um Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental a alunos diagnosticados com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), abrangidos pelo Decreto-lei 3/2008, de 7 de Janeiro.

O programa é composto por 30 sessões de intervenção e devem ser aplicadas de forma individual. Cada sessão tem uma duração previsível de 45 a 60 minutos, porém devem ser adaptadas às características de cada criança. Este programa será aplicado apenas a uma criança e os seus resultados serão comparados com os de outra criança que tenha a mesma problemática mas a quem não foi aplicado o referido programa.

Serão aplicadas as Escalas de Connors aos pais e professores das referidas crianças num pré e pós-teste, de forma a serem comparados os resultados obtidos com a aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental.

A motivação para esta investigação surgiu da dificuldade que existe em conseguir dar a resposta necessária a estas crianças em contexto escolar.

Nesta investigação pretende provar-se que é tão ou mais importante a intervenção ao nível da alteração do comportamento como a intervenção farmacológica.

Pede deferimento,  
Abrantes, 19 de janeiro de 2011

---

Olga Maria Almeida Santos Carapeto

## REQUERIMENTO

Exmo. Sr. Director  
do Agrupamento de Escolas,

Olga Maria Almeida Santos Carapeto, professora contratada do Grupo de Recrutamento 910, com especialização em Educação Especial, a frequentar o 3º semestre do Mestrado em Educação Especial - domínio cognitivo e motor na Escola Superior de Educação de Castelo Branco, vem por este meio solicitar autorização para desenvolver a sua Tese de Mestrado no seu Agrupamento de Escolas.

A presente investigação visa aplicar um Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental a alunos diagnosticados com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), abrangidos pelo Decreto-lei 3/2008, de 7 de Janeiro.

O programa é composto por 30 sessões de intervenção e devem ser aplicadas de forma individual. Cada sessão tem uma duração previsível de 45 a 60 minutos, porém devem ser adaptadas às características de cada criança.

A periodicidade das sessões deve ser 1 hora diária durante seis semanas (mês e meio) ou se adequarmos à criança meia hora em cada sessão, podem realizar-se duas sessões num dia (uma de manhã e outra à tarde) o que perfaz 3 semanas. No mínimo deve haver até 2 sessões semanais.

A motivação para esta investigação surgiu da dificuldade que existe em conseguir dar a resposta necessária a estas crianças em contexto escolar.

Nesta investigação pretende provar-se que é tão ou mais importante a intervenção ao nível da alteração do comportamento como a intervenção farmacológica.

Pede deferimento,

Abrantes, 20 de outubro de 2011

---

Olga Maria Almeida Santos Carapeto

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

*UM NOVO OLHAR... À PHDA NA SALA DE AULA  
DO 1º CICLO*

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento - Professores

Declaro ter recebido da Licenciada, Olga Maria Almeida Santos Carapeto, aluna do Mestrado em Educação Especial, domínio Cognitivo e Motor - Escola Superior de Educação de Castelo Branco/IPCB, todos os esclarecimentos (objetivos) sobre o Projeto de Investigação “*Um Novo Olhar... à PHDA na Sala de Aula do 1º Ciclo*”, orientado pelo Professor Dr. Ernesto C. Martins, nomeadamente sobre as condições de realização, de anonimato, de confidencialidade e sigilo das informações dadas pelos professores da criança com PHDA que participa na presente investigação.

Concordo participar voluntariamente num estudo e autorizo a recolha de dados para os fins da pesquisa referida.

Abrantes, 16 de janeiro de 2012

Assinatura : \_\_\_\_\_

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

*UM NOVO OLHAR... À PHDA NA SALA DE AULA  
DO 1º CICLO*

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento - Pais

Declaro ter recebido da Licenciada, Olga Maria Almeida Santos Carapeto, aluna do Mestrado em Educação Especial, domínio Cognitivo e Motor - Escola Superior de Educação de Castelo Branco/IPCB, todos os esclarecimentos (objetivos) sobre o Projeto de Investigação “*Um Novo Olhar... à PHDA na Sala de Aula do 1º Ciclo*”, orientado pelo Professor Dr. Ernesto C. Martins, nomeadamente sobre as condições de realização, de anonimato, de confidencialidade e sigilo das informações dadas pelos pais/ Encarregado de Educação da criança com PHDA que participa na presente investigação.

Concordo participar voluntariamente num estudo e autorizo a recolha de dados para os fins da pesquisa referida.

Abrantes, 16 de janeiro de 2012

Assinatura : \_\_\_\_\_

## APÊNDICE - XI

### GRELHAS DE OBSERVAÇÃO NATURALISTA (DURANTE A APLICAÇÃO DO PROGRAMA)

(Durante aplicação do Programa)

Criança: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Dia \_\_\_\_\_ Hora: das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Sessão: \_\_\_\_\_

Observador/ Aplicador: *Olga Carapeto*

Hora/ Tempo	Descrição	Observação

## **APÊNDICE - XII**

### **Fotografia do Mapa de Avaliação do Comportamento nas Sessões**

Apêndice XII - Fotografia do Mapa de Avaliação do Comportamento nas Sessões.



## ANEXOS

## **ANEXO - I**

### **ESCALAS DE CONNERS - VERSÃO PARA PAIS**

## ESCALA DE CONNERS PARA PAIS – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Connors, PhD., 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana – parte integrante da dissertação de doutoramento.

Nome da Criança				Género		F	M
Data de Nascimento:		Idade:		Ano Escolaridade:			
Nome do familiar:				Data de preenchimento:			
Observações:				Código:			

Abaixo estão discriminados os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?", e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

NUNCA	UM POUCO	FREQUENTEMENTE	MUITO FREQUENTE
0	1	2	3

1. Desatento, distrai-se facilmente (38)	0	1	2	3
2. Furioso (zanga-se com facilidade) e ressentido (1)	0	1	2	3
3. Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa (2)	0	1	2	3
4. Está sempre a movimentar-se ou age como "tendo as pilhas carregadas" ou como se "estivesse ligado a um motor".(3)	0	1	2	3
5. Atento por curtos períodos de tempo (56)	0	1	2	3
6 Discute/argumenta com os adultos (11)	0	1	2	3
7. Mexe muito os pés e as mãos e mexe-se ainda que sentado no lugar.(55)	0	1	2	3
8. Não consegue completar o que começa (12)	0	1	2	3
9. Dificil de controlar em centros comerciais ou sítios públicos(13)	0	1	2	3
10. Desarrumado ou desorganizado em casa ou na escola (63)	0	1	2	3
11. Perde o controlo (21)	0	1	2	3
12. Precisa de acompanhamento para executar as suas tarefas (22)	0	1	2	3
13. Só presta atenção quando é uma coisa que lhe interessa (69)	0	1	2	3
14. Corre e trepa em situações inapropriadas (23)	0	1	2	3
15. Distraído e com tempo de atenção curto (45)	0	1	2	3
16. Irritável (31)	0	1	2	3
17. Evita, tem relutância ou tem dificuldade em empreender tarefas que exigem um esforço continuado (tal como trabalhos na escola ou de casa) (9)	0	1	2	3
18. Irrequieto, "tem bicho carpinteiro" (32)	0	1	2	3
19. Distrai-se quando lhe estão a dar instruções para fazer uma coisa (48)	0	1	2	3

20. Provocador ou recusa em satisfazer os pedidos de um adulto (40)	0	1	2	3
21. Tem problemas em concentrar-se nas aulas (19)	0	1	2	3
22. Tem dificuldade em manter-se numa fila ou esperar a sua vez num jogo ou trabalho de grupo (42)	0	1	2	3
23. Levanta-se na sala ou em lugares onde deveria ficar sentado (76)	0	1	2	3
24. Deliberadamente faz coisas para irritar os outros(67)	0	1	2	3
25. Não segue instruções e não acaba os trabalhos no lugar ( Não é dificuldade em entender as instruções ou recusa ) (29)	0	1	2	3
26. Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente (59)	0	1	2	3
27. Fica frustrado quando não consegue fazer qualquer coisa (78)	0	1	2	3

Muito obrigado pela sua colaboração

## **ANEXO - II**

### **ESCALAS DE CONNERS - VERSÃO PARA PROFESSORES**

## ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Conners, PhD. - 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana

Nome da Criança:				Sexo		F	M
Data de Nascimento:		Idade:		Ano Escolaridade:			
Nome do professor:				Data de preenchimento:			
Observações				Código:			

Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?", e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

NUNCA 0	UM POUCO 1	FREQUENTEMENTE 2	MUITO FREQUENTE 3
------------	---------------	---------------------	----------------------

1	Desatento, distraí-se facilmente (26)	0	1	2	3
2	Comportamento de desafio face ao adulto (1)	0	1	2	3
3	Inquieto, "Tem bichos carpinteiros" (mexe o corpo sem sair do lugar) (2)	0	1	2	3
4	Esquece-se de coisas que ele ou ela já aprenderam (3)	0	1	2	3
5	Perturba as outras crianças (35)	0	1	2	3
6	Desafia o adulto e não colabora com os pedidos que lhe são feitos (19)	0	1	2	3
7	Mexe-se muito como se estivesse sempre "ligado a um motor" (11)	0	1	2	3
8	Soleta de forma pobre (21)	0	1	2	3
9	Não consegue manter-se sossegado(a) (38)	0	1	2	3
10	Vingativo(a) ou "maldoso(a)" (47)	0	1	2	3
11	Levanta-se do lugar na sala de aula ou noutras situações em que deveria ficar sentado(a) (20)	0	1	2	3
12	Mexe os pés e as mãos e está irrequieto(a) no seu lugar (44)	0	1	2	3
13	Capacidades de leitura abaixo do esperado (30)	0	1	2	3
14	Tem um tempo curto de atenção (48)	0	1	2	3
15	Argumenta com os adultos (37)	0	1	2	3
16	Dá apenas atenção a coisas em que está realmente interessado(a) (50)	0	1	2	3
17	Tem dificuldade em esperar a sua vez (29)	0	1	2	3
18	Não se interessa pelo trabalho escolar (40)	0	1	2	3
19	Distraído(a) ou apresentando curto tempo de atenção (52)	0	1	2	3
20	Tem um temperamento explosivo e imprevisível (7)	0	1	2	3
21	Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados (39)	0	1	2	3
22	Pobre em aritmética (56)	0	1	2	3
23	Interrompe e intromete-se (por exemplo nos jogos ou conversas de outros) (55)	0	1	2	3

24	Tem dificuldade em empenhar-se em jogos ou actividades de lazer, de forma sossegada (42)	0	1	2	3
25	Não termina as coisas que começa (17)	0	1	2	3
26	Não segue instruções que lhe foram dadas e não termina o trabalho escolar (não devido a comportamentos de oposição nem por falta de compreensão do que lhe foi pedido) (57)	0	1	2	3
27	Excitável e impulsivo (8)	0	1	2	3
28	Inquieto(a), sempre a levantar-se e a movimentar-se pelo espaço (59)	0	1	2	3

Muito obrigado pela sua colaboração

## **ANEXO - III**

### **LINHAS ORIENTADORAS PARA A INTERPRETAÇÃO DOS SCORES T E PERCENTIS**

## Linhas Orientadoras para a Interpretação dos Scores T (Resultado Normativo) e Percentis

Score T	Percentil	Observação
70+	98+	<b>Marcadamente Atípico</b> (Indicação de Problema Significativo)
66-70	95-98	<b>Moderadamente Atípico</b> (Indicação de Problema Significativo)
61-65	86-94	<b>Medianamente Atípico</b> (Possibilidade de Problema Significativo)
56-60	74-85	<b>Ligeiramente Atípico ( Borderline Deve preocupar)</b>
45-55	27-73	<b>Média (Resultado Típico - Não deve levantar preocupações)</b>
40-44	16-26	<b>Ligeiramente Atípico (Não levanta problemas)</b>
35-39	6-15	<b>Medianamente Atípico (Não levanta problemas)</b>
30-34	2-5	<b>Moderadamente Atípico (Não levanta problemas)</b>
< 30	<2	<b>Marcadamente Atípico (Não levanta problemas)</b>