

**INCLUSÃO NO ENSINO BÁSICO PORTUGUÊS: INTERVENÇÃO
COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA
MENTAL**

**INCLUSION IN PORTUGUESE BASIC EDUCATION: INTERVENTION
COGNITIVE BEHAVIORAL CHILDREN WITH MENTAL DISABILITIES**

Ernesto Candeias Martins

Doutor com Agregação do ensino superior no Instituto Politécnico de Castelo Branco (Portugal) e investigador do CeIED da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa.

ernesto@ipcb.pt

Resumo: Estudo de caso de metodologia qualitativa, realizado em 2014 numa criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (ADHD) e Deficiência Mental (DM), sendo-lhe aplicado o Programa Cognitivo Comportamental - Villar e Llorente, para comparar os resultados com os de uma criança dita ‘normal’ do ensino básico. Analisámos os dossiers individuais e outra documentação necessária à caracterização e descrição dos sujeitos e do seu contexto escolar. Objetivos orientadores: conhecer os serviços de apoio para os alunos com essas necessidades especiais; aprofundar a temática da DM e propor estratégias de intervenção para os professores. Utilizámos as técnicas da observação participante, Escala de *Conners*, entrevistas semiestruturadas a professores e pais, notas de campo e a triangulação. Verificámos

resultados positivos com o programa, que corroboram outros estudos idênticos. Propusemos estratégias de orientação aos professores do ensino regular e apoio aos pais, de modo a melhorar a aprendizagem e comportamento desses alunos.

Palavras-chave: deficiência mental; educação inclusiva; educação especial; ensino básico.

Abstract: Case study of qualitative methodology, held in 2014 in a children with Hyperactivity Disorder and Attention Deficit (ADHD) and Mental Deficiency (DM), applying the cognitive behavioral Program from Villar and Llorente, comparing their results with a child said to 'normal', from the same school. We have examined the individual dossiers and other documentation necessary for the characterization and description of the subjects and your school context. Guiding objectives: meeting support services for children's with special needs; deepening the theme of DM and propose intervention strategies for teachers. We have used the techniques of participant observation, *Conners Scale*, semi-structured interviews to teachers and parents, field notes and triangulation of data. We have seen positive results with the program, which corroborated other studies. We proposed guidance strategies teachers from regular and support and for the parents, in order to improve learning and behavior of these students.

Keywords: intellectual disability; inclusive school; special education; basic school

Introdução

A partir da Declaração de Salamanca as práticas de inclusão consolidaram-se, criando um contexto político, educativo e social favorável em meios e recursos capazes de responder aos alunos com necessidades educativas especiais (NEE) e, ainda, de formação e intervenção dos professores da turma e de apoio na escola (SERRA, 2005, p. 34). Esta filosofia inclusiva pressupõe uma flexibilidade curricular, metodologias e estratégias de intervenção, que constituem desafios psicopedagógicos, que fazem com

que a diferença de cada um (diversidade) seja uma mais-valia para as crianças com deficiências. O comportamento indevido, a indisciplina, a hiperatividade, a agitação e falta de atenção e concentração são alguns sintomas existentes nas salas de aula. De facto, a perturbação no desenvolvimento de muitos alunos caracteriza-se por um vaivém na adaptação escolar, tal como nas de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (ADHD) e as de deficiência mental ou intelectual (*Intellectual Disability*) (DM) é um facto real, com o qual a escola e os professores têm de lidar (LOPES, 2004). Muitas dessas crianças, com alterações comportamentais, são rotuladas de hiperativas, sem, muitas vezes, se tentar compreender essas condutas disruptivas ou anómalas.

O nosso estudo é de teor qualitativo, dentro da temática da educação especial (domínio cognitivo-comportamental). Sendo um estudo de caso, analisamos duas crianças em contexto escolar, uma delas com ADHD e DM (aluna A) e a outra dita normal (aluna B), num Agrupamento de Escolas, em Portugal (Elvas), aplicando-lhe o Programa Cognitivo-Comportamental (PCC) de I. Orjais Villar e A. Polaino Llorente (2001), após o diagnóstico da Escala de Conners. O intuito é saber se a criança A melhora com a intervenção e, simultaneamente, dar orientações aos professores do ensino regular e das unidades de ensino estruturado (UEE), ao nível de metodologias, estratégias e conceções práticas na aprendizagem dessas crianças, contribuindo para a adaptação escolar e da sua melhoria da qualidade de vida.

1.- Marco teórico-concetual

Diversas abordagens teóricas sobre o desenvolvimento da criança valorizam as interações da criança com o seu ambiente físico e social, o que influencia a subsequente

aprendizagem e o respetivo desenvolvimento, de modo que as experiências da criança podem favorecer ou impedir esse processo de aprender (SANTOS & SANTOS, 2007, p. 58-61). Numa perspetiva biossocial as crianças são vistas como agentes ativos (VERÍSSIMO & SANTOS, 2008, p. 390). Ao nível comportamental, a interação entre processos biológicos e psicológicos, são considerados mais do que a soma das partes.

A inserção do aluno com NEE ultrapassa o conceito de integração, sendo uma nova conceção de escola inclusiva, onde todas as crianças têm a mesma igualdade de oportunidades (SILVA, 2009, p. 57).

Sabemos que ADHD é um distúrbio frequente na infância apresentando múltiplos fatores que se interagem (MORENO, 2001, p. 27), passando a considerar outros fatores na sua definição, como a comorbilidade (BARKLEY, 2006), possibilitando maior compreensão na forma como os transtornos coexistentes influenciam o funcionamento familiar, aproveitamento escolar e tratamento. Sendo uma perturbação, a sua definição está descrita no DSM-IV-TR (APA, 2002), que estabelece uma lista de sintomas com subtipos de crianças: predominantemente hiperativas/impulsivas; predominantemente desatentas e com os tipos de características anteriores (misto). Aquele manual considera a necessidade do despiste desta perturbação ao atender aos vários contextos de vida da criança, especialmente, o escolar (BOAVIDA, 2006). Tendo em conta aqueles critérios comportamentais a prevalência da ADHD, em idade escolar, em Portugal, aponta para os 7%, sendo a maioria crianças masculinas (75% revelam-se aos 5 anos). Assim, a criança deficiente desvia-se da criança normal nas características mentais, neuromusculares e corporais; aptidões sensoriais e de comunicação; comportamento emocional e social; múltiplas deficiências. Normalmente a intervenção nessas crianças é a prescrição de medicamentos, intervenção cognitiva-comportamental (técnicas de autorregulação, especialmente, a auto monitorização, autorreforço, autoavaliação, autoinstrução

e resolução de problemas) e programas educação parental. O treino com autoinstruções modifica as instruções internas alterando o comportamento através de estratégias.

A *American Association on Mental Retardation* (AAMR) proporcionou um avanço significativo na clarificação do conceito de Deficiência Mental (*Intellectual Disability*) (DM), deixando de ser visto como um déficit proveniente unicamente da pessoa, para ser considerado o resultado, não só da interação com o meio, como do tipo de apoios essenciais à prática dos diferentes papéis sociais: capacidades, envolvimento e funcionalidade (ALONSO & BERMEJO, 2001). A DM estabelece ligação entre inteligência e comportamento adaptativo (CA), valorizando a funcionalidade e o contexto ecológico dos sujeitos, assente no paradigma de modelo de apoio. A etiologia da ID é ainda desconhecida, mas existe numa pluralidade de fatores no seu diagnóstico.

Os diplomas legislativos portugueses, entre a década de 70 e 90, integraram: a Educação Especial (EE) (1973); novas condições e a escolarização das crianças com deficiência; cria-se os princípios de normalização, passando a avaliação desses alunos a ser feita com critérios pedagógicos (1991); reconhecimento dos direitos e deveres à pessoa portadora de deficiência (Constituição de 1976); ligação ao ensino regular; criação de equipas para prestar apoio escolar a esses alunos; condições de enquadramento de políticas inclusivas nas escolas (Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986); criação das equipas de educação especial, que originou a multiplicação de recursos humanos e unidades; etc. Deu-se, então em 1997, a mudança de paradigma da escola integrativa para a escola inclusiva, originando novos diplomas, regulamentadores da autonomia dos agrupamentos de escola (estrutura organizacional), permitindo uma racionalização dos recursos educativos.

A designação de NEE, de carácter temporário/permanente só aparece em 2001. Cabe ao Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de janeiro (DR, 1ª Série, nº 4, 154-164) introduzir o conceito de inclusão, abrindo um novo quadro concetual com incidência na intervenção escolar. A redefinição do conceito de NEE levou a uma restrição da EE a alunos com deficiência diagnosticada, realizando uma espécie de triagem a esses alunos. A utilização na elaboração do relatório técnico-pedagógico dos resultados decorrentes da avaliação obtidos por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) está a servir como forma de legitimar a separação entre alunos com e sem deficiência, o que vem contrariar toda a tendência registada anteriormente e reduzir o número de alunos elegíveis. A criação de escolas de referência para alunos cegos, surdos, com multideficiência e com perturbação do espectro do autismo, que aquele normativo contempla, permitiu que alunos diagnosticados com graves problemáticas se integrassem na escola regular. Não se ignorou o carácter positivo que pode advir da concentração de recursos especializados e a impossibilidade da sua dispersão por múltiplos contextos. A maioria destas unidades não estão totalmente inseridas nos agrupamentos de escola, já que muitos alunos ao estarem deslocados da sua área de residência, não possuem redes de apoio logístico (habitacional, transportes) que minimizem alguns dos seus transtornos.

Em relação aos recursos humanos existentes no apoio aos alunos com NEE cada Agrupamento de Escola tem autonomia para organizar os seus recursos. A criação de um grupo de professores de EE permitiu estabilidade docente e continuidade pedagógica. No entanto, é um facto que os recursos humanos são cada vez mais colocados em menor número e há uma discrepância do número de docentes especializados e de técnicos colocados nos diversos agrupamentos. Consideramos que as parcerias estabelecidas com os Centros de Recursos para a Inclusão (CRI), que o diploma de 2008 contempla, são insuficientes. Assim, a legislação portuguesa é mais restrita do que

em outros países europeus, prestando apoio apenas aos alunos com NEE por referência à CIF e, por isso, alguns desses alunos ficam sem apoio especializado. No Brasil, a mudança de olhar a pessoa deficiente procurou combater a exclusão e discriminação, surgindo vários marcos legais e programas e medidas de intervenção (RIZZINI e MENEZES, 2010) ⁽¹⁾.

2.-Metodologia empírica e procedimentos

Trata-se de um estudo de caso, de metodologia qualitativa, de âmbito exploratório, descritivo e interpretativo de uma criança A, de sexo feminino e com 8 anos de idade, diagnosticada com ADHD e DM, designada por sujeito experimental (SE), comparando-a com uma outra criança B (sujeito de controlo - SC), da mesma idade.

A variável independente, manipulada no sujeito A, pretende a observação dos efeitos de aplicação intervenção do PCC - Programa Cognitivo Comportamental. Ambos os sujeitos foram submetidos a pré e pós-teste, demonstrando que eram equivalentes nas variáveis relevantes de identificação (idade, sexo, escola, diagnóstico).

⁽¹⁾ A conceitualização e caracterização da DM adotada no Brasil pelo Ministério da Educação segue o modelo da AAMR caracterizando-se pelo funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento concomitante com limitações associadas às áreas da conduta adaptativa ou capacidade de responder adequadamente às demandas da sociedade (comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho). Destacamos na legislação brasileira sobre a deficiência: Constituição da República (1988); Estatuto da Criança e do adolescente (1990); Lei Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996); Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (1999); Plano Nacional de Educação (2001); Lei nº 10.216, de 6/04/2001; Portaria GM nº 336, de 19/02/2002; Portaria GM nº 1608, de 13/08/2004; Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2008); etc.

O estudo decorreu em 2014, em escolas básicas públicas do Agrupamento de Escolas de Elvas (Alentejo). Nortearam-nos as seguintes questões de investigação:

Será que a aplicação do PCC melhora a atenção e diminui o índice de ADHD na criança A com DM? Os resultados obtidos pelo SE e o SC, no pré-teste e no pós-teste, poderão validar o PCC no âmbito da intervenção educativa? Ou seja, os resultados obtidos validam a eficácia do programa, obtendo melhores resultados em comparação com outros estudos com idênticas características.

Seguimos todas as normas legais e éticas (Protocolo, termos de aceitação dos pais e professores), garantindo o direito a anonimato, privacidade e confidencialidade. Contatamos, informalmente, as escolas (diretores, professores), as crianças e os seus pais, fazendo registos observacionais e documentais (notas de campo).

2.1.-Os sujeitos de estudo e o seu contexto

Os sujeitos de estudo (A=SE e B=SC), com 8 anos de idade, pertencem a um Agrupamento de Escolas de Elvas, mas frequentam escolas básicas diferentes do 1.º Ciclo. Caracterizemos, as diversas categorias de análise nos sujeitos:

-**SE -aluna A.** É filha única reside com os pais e mantém com eles uma boa relação, apesar de nem sempre reagir adequadamente quando estão presentes. Permaneceu em casa até à entrada para o jardim de infância, estando ao cuidado da mãe e dos avós. Segundo os dados recolhidos, a criança nasceu de cesariana na quadragésima semana. Apresentou um desenvolvimento psicomotor lento. Em outubro de 2008 é referenciada pela educadora titular à Equipa Local de Intervenção Precoce, devido às dificuldades manifestadas em todas as áreas e aos problemas de adaptação. Na avaliação realizada detetámos dificuldades na realização das tarefas e comportamentos desajustados. Posteriormente, a criança foi reavaliada três vezes num Centro de Avaliação de Desenvolvimento de Lisboa e os resultados dessa

avaliação revelaram um nível de desenvolvimento abaixo dos parâmetros esperados para a idade cronológica, ou seja, apresentou um atraso global do desenvolvimento e de linguagem (compreensão, expressão). Identificamos dificuldades a nível da oposição, problemas cognitivos e desatenção, excesso de atividade motora, com os respetivos índices clinicamente significativos, que apontam para o diagnóstico de ADHD de subtipo predominantemente misto, mais acentuado na família. Está abrangida pelo Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, com as medidas: Apoio Pedagógico Personalizado, Adequações Curriculares Individuais e Adequações no Processo de Matrícula. É acompanhada pela Equipa Local de Intervenção Precoce, beneficiando de apoio educativo, terapia da fala e de psicologia, a nível familiar. A família mostra-se sempre muito colaborante no percurso educativo da criança, embora tenha dificuldade em manter a ‘autoridade’.

-**SC - aluna B.** É filha única de pai dum casamento anterior, o qual tem mais dois filhos. Vive com os pais, mantendo uma boa relação com eles, no entanto, revela graves problemas de comportamento quando estão presentes. Permaneceu aos cuidados da mãe até aos 4 meses de idade até integrar a creche. Aos 3 anos e 8 meses muda de instituição, passando a frequentar o jardim de infância. Esta criança nasceu de parto à trigésima nona semana, com um desenvolvimento psicomotor normal. Em 2009, faz a primeira avaliação psicológica num Centro de Desenvolvimento Infantil em Lisboa, sendo-lhe recomendada a toma diária de *Metilfenidato*, já que os pais a descreviam com graves problemas de conduta, de oposição e desafio. Foi reavaliada notando-se melhorias no comportamento, um funcionamento cognitivo heterogéneo, com competências significativas (verbais e não-verbais), relativamente ao seu grupo etário. Frequenta o ensino pré-escolar da rede pública, sendo-lhe autorizado

o adiamento do 1.º ano de escolaridade, ao ser abrangida pelo Decreto-Lei n.º 3/2008, nas alíneas do Apoio Pedagógico Personalizado e Adequações no Processo de Avaliação. É acompanhada pela equipa de intervenção precoce, beneficiando de apoio educativo e psicológico. Demonstrou muita dificuldade de integração/socialização no percurso educativo. A família mostra-se muito preocupada, mas empenhada no seu desenvolvimento, embora, incapaz de resolver alguns problemas.

2.2.-Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Utilizámos as seguintes tinstumentos de recolha de dados a fim de obter o máximo rigor e fiabilidade, no acesso à informação sobre os sujeitos (A, B) em estudo: (A)- Observação documental, naturalista e participante na aplicação do programa. Realizámos análise de conteúdo sobre informação dos sujeitos e dos contextos escolares onde estão inseridos (projeto educativo do agrupamento, planos curriculares de grupo, processos individuais, etc.). Foram construídas grelhas de uniformização das informações (fase pré-teste). A observação naturalista na sala de aula realizada aos sujeitos (A,B) começou em 2014, no período da manhã, assim como no domicílio familiar, após o termo das atividades letivas, à hora do lanche. Os mesmos sujeitos foram observados em pós aplicação do programa, em Abril/14, no contexto escolar e familiar. As observações em cada atividade tiveram uma duração média de 15 minutos, estabelecendo grelhas com base na contextualização da observação e das metas propostas, tendo como objetivo observar o seu comportamento individual e a interação no contexto de escola e casa.

(B)-Escala revista do Questionário de Conduta de *Conners* (1997), para professores e pais, que avalia os problemas de comportamento de crianças entre os 6 e os 11 anos de idade, valorizando numa escala intervalar, para obter o índice de défice de atenção e hiperatividade (nas meninas a pontuação superior a 12 em hiperatividade significa

suspeita de ADHD). A escala inclui 4 subescalas, que medem os Problemas de Oposição, de Desatenção/Cognitivos, de Excesso de Atividade Motora e o Índice da ADHD. Estas escalas foram preenchidas pelas educadoras e pelas mães dos sujeitos (fase pré-teste) e em pós-teste. O recurso a estas escalas foi para verificar o índice de ADHD naquelas crianças, conhecer os seus problemas de oposição, atenção e o excesso de atividade motora, para equiparar dados (pré e pós o PCC) e a triangulação dos dados provenientes dos comportamentos observados no contexto escolar e familiar. Portanto esta escala é um indicador quantitativo do perfil comportamental do sujeito.

(C)- PCC -Programa Cognitivo-Comportamental de I. Orjais Villar e Polaino Llorente (2001, p. 11-18), inspirado em Kendall, Padawer y Zupan, está orientado para alterar o comportamento dos alunos, ou seja, modificar fatores internos, modifica-se o seu comportamento. O objetivo é procurar, pela abordagem cognitiva-comportamental, desenvolver um conjunto de competências básicas. As estratégias assentam nas seguintes técnicas: auto monitorização; autorreforço; autoinstrução. Trata-se de um apoio prático aos professores que trabalham com ADHD, nos seus 3 subtipos: predomínio de falta de atenção, predomínio de hiperatividade-impulsividade ou predomínio tipo combinado, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos. A eficácia do programa dependeu das seguintes considerações (ORJAIS VILLAR & POLAINO-LLORENTE, 2001, p. 59-60): sessões adaptadas às características de cada criança, tendo o manual de aplicação; cada sessão apresenta os objetivos e a orientação prática; total de 30 sessões, com duração de 45 a 60 minutos cada, adaptadas às necessidades dos alunos; aplicação do programa que aconselha sessões individuais nas tarefas de treino das habilidades

sociais; o número de sessões dedicadas a cada um dos blocos de tratamento (autoinstruções, treino atributos, treino de relaxamento, treino das estratégias sociais) pode ser modificado, em função das necessidades da criança.

É claro que uma criança, com problemas sérios de autocontrole corporal, necessita de mais de 5 sessões de treino de relaxamento para conseguir algum avanço no autocontrole. O material de fichas utilizado no treino autoinstrucional esteve em função das várias funções cognitivas que podem estar alteradas nas crianças hiperativas. Cada atividade tem selecionada 3 fichas, com diferente nível de complexidade, podendo o terapeuta escolher a que for mais adequada à criança. Uma das dificuldades na aplicação daquele treino foi a desmotivação da criança quando se exigia a utilização constante e sistemática das autoinstruções. I. Orjales Vilar e Polaino-Lorente (2001, p. 62-63) recomendam, antes da sua aplicação, recolher informações pessoais e contextuais da criança: diagnóstico (entrevistas aos pais e professores, história clínica, índice de ADHD); exploração cognitiva; averiguação académica (provas de avaliação e de rendimento) e de comportamento (observações na sala de aula, questionários sociométricos e aos professores/pais); averiguação emocional (questionários de depressão e ansiedade, entrevistas, provas projetivas, avaliação do autoconceito).

Na 1.^a fase da elaboração do estudo, não sentimos necessidade de realizar nenhuma entrevista à mãe do SE e aos intervenientes, tanto do contexto escolar, quanto do familiar, pois já eram por nós conhecidos. As entrevistas semiestruturadas realizaram-se nos domicílios familiares, tendo por objetivos: caracterizar a criança; recolher dados, compreender o comportamento junto dos pares, professores e família antes e após a intervenção; conhecer a opinião da mãe sobre a intervenção no sujeito A. Para cada objetivo delineámos questões e definimos categorias e subcategorias, com as respetivas evidências/indícios e anotações (notas de campo). Validámos o PCC, traduzindo para português os materiais a aplicar, com pré-teste (técnica dos 3 juízes), que

fizeram alguns ajustes. Na fase de aplicação da entrevista à mãe do SE (pós-teste) obtivemos autorização para utilizar o gravador.

3.-Análise e interpretação dos resultados

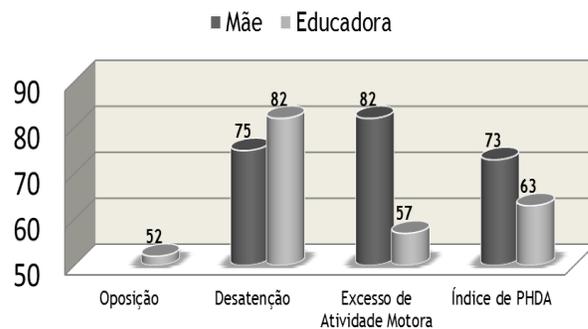
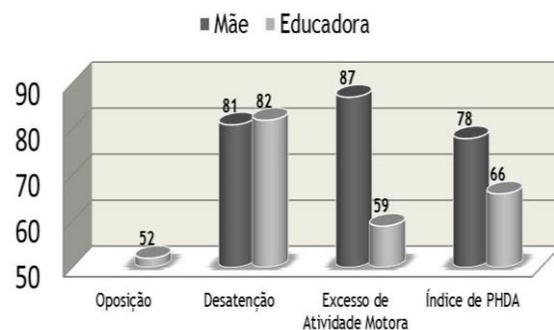
Realizamos análise de conteúdo sobre o processo individual do SE, observação participante (contexto familiar e escolar), aos dados da entrevista à mãe de SE (pós-teste) triangulando com os valores da Escala de *Conners* (pré e pós a intervenção) e com as anotações, decorrentes da observação. Em relação ao SC, comprovámos o seu diagnóstico e constatámos as suas dificuldades na interação com adultos e pares, no contexto escolar e familiar. Verificámos que ambos os sujeitos (A, B) apresentam dificuldades de socialização e na interação com os seus pares, revelando dificuldades na aceitação pelo grupo, o que coincide com os relatórios de avaliação psicológica que consultámos.

Nas observações naturalistas realizadas nas fases pré e pós aplicação do PCC, encontrámos algumas semelhanças e diferenças nos comportamentos de ambas as crianças. Em pré-teste apresentam dificuldades em permanecer sentadas, grande agitação, distração contínua. Estão integradas na turma, mantendo uma boa relação com alguns colegas. Registamos algumas dificuldades em partilhar o material com os pares que se aproximavam ou quando permaneciam junto deles. No domicílio familiar ambos sujeitos revelaram graves problemas de comportamento junto das mães, falando muito alto, manifestando uma excessiva atividade motora, monopolizando constantemente a sua atenção. Em pós-teste, o SE registou algumas melhorias de comportamento, permanecendo mais tempo sentado, tanto nas almofadas quanto na

cadeira e, no contexto familiar, observámos que já se encontra um pouco mais calma junto da mãe, embora esse comportamento se agrave na presença da família.

Em relação à aplicação da Escala de Conners no SE em pré-teste (Figura nº 1 da esquerda) os resultados obtidos pela mãe são mais elevados do que os obtidos pela educadora (destacamos o valor obtido na escala que avalia a atividade motora). Em pós-teste (Figura nº 1 da direita) a maioria dos valores sofreu uma ligeira descida, logo, revela uma evolução positiva na maioria das escalas avaliadas. O SE em pós-teste continua a apresentar valores mais graves e preocupantes junto da família. Na análise global aos comportamentos observados verificamos que os sujeitos A e B estão integrados no contexto educacional, apesar de nem sempre estabelecerem boas relações com os seus pares (notas de campo). Em geral verifica-se grande dificuldade de atenção e concentração no decorrer de qualquer atividade e os seus comportamentos agravaram-se significativamente na presença da família, o que vem a reforçar os resultados normativos obtidos na Escala de Conners. Obtivemos indicadores quantitativos dos perfis comportamentais dos sujeitos, o que nos permitiu analisar e comparar os resultados antes e após a intervenção com PCC. O SE apresentou melhorias no índice de ADHD e nas outras 3 escalas avaliadas, comparativamente à criança B (SC), sem intervenção. Em pré-teste, os resultados de SE remetem-nos para um problema significativo, marcadamente atípico, revelado no questionário realizado pela mãe. No que respeita aos dados da educadora, todos os scores obtidos, à exceção dos referidos aos problemas cognitivos e desatenção, são considerados elevados, mas inferiores, comparativamente aos *scores* obtidos pela progenitora. Em pós-teste, a maioria dos resultados tem uma ligeira descida, acentuando-se a diferença do resultado normativo da escala de problemas cognitivos/desatenção, entre a mãe e a educadora.

Figura n.º 1: Valores (ADHD) de pré e pós-teste do PCC no sujeito SE, comparativamente à mãe e à educadora



Comparativamente, os resultados dos dois questionários *Conners*, realizados pela mãe, apresentam um decréscimo em todos os valores. No entanto, os valores obtidos nas escalas analisadas continuam a ser considerados marcadamente atípicos e

são indicativos de problemas significativos em qualquer dos domínios referidos, destacando-se o excesso de atividade motora. Deste modo, os resultados da mãe em pré-teste são mais elevados do que os obtidos pela educadora, destacando-se o valor obtido na escala de atividade motora, que é muito significativo no contexto familiar, mais do que em qualquer outra escala. Destacamos que SE apresenta uma evolução positiva na maioria das escalas avaliadas, entre os resultados da avaliação inicial e os Pós intervenção, porém os valores obtidos junto da família continuam a ser preocupantes.

A criança B (SC), tanto em pré como em pós-teste, apresenta uns resultados excessivamente elevados nos dois contextos, manifestando um índice de ADHD marcadamente atípico em todas as escalas, o que indica a presença de problemas significativos. Os valores mais destacados são os relacionados com a Escala de Comportamentos de Oposição que atingiram o valor máximo. Isto retrata que esta criança apresenta graves dificuldades na interação com os pares e adultos, comportamentos frequentes de falta de regras, problemas com a figura de autoridade, zangas contínuas, sendo suscetível de ser “provocada” por outros. Comparando os resultados dos dois questionários realizados pela mãe, os *scores* mantêm-se constantes em todas as escalas e nos resultados obtidos pela educadora, em pós-teste, ou se mantiveram constantes ou aumentaram ligeiramente. No caso dos valores obtidos pela mãe de SC são similares nos dois momentos: em pós-teste apresentam um agravamento no seu comportamento (problemas significativos em todos os domínios) e nos seus contextos naturais, apesar de estar medicado com *Metilfenidato*.

Assim, a criança SE apresentou melhoria nos resultados normativos, com um decréscimo nos valores das escalas, o que não se verificou com a criança SC. A diferença dos valores em pré e pós-teste do SE é fruto da nossa intervenção. Após a informação recolhida pela entrevista à mãe de SE, fizemos análise de conteúdo

(categorização): a mãe revelou que a criança A apresenta dificuldades de relacionamento com os pares e nem sempre é bem aceita no grupo; o comportamento em contexto escolar é melhor do que no domicílio. No que diz respeito ao PCC, a mãe desconhecia esta forma de intervenção, só conhecia a medicação. Constatou algumas alterações no comportamento da criança durante a intervenção, tanto em casa como na escola e considerou que a intervenção “*foi produtiva*”, destacando as sessões de relaxação.

Em pré-teste o SE apresenta curtos períodos de atenção, cansa-se facilmente e, quando revela alguma dificuldade, não é persistente na concretização da tarefa. Tem dificuldades de memorização, retenção de conhecimentos e exposição oral. Em relação às interações sociais é pouco aceita pela turma, com dificuldade de interação com os pares, mas revela boa relação com os adultos. Necessitou do apoio e de incentivos constantes para concluir as tarefas. Na presença dos pais, observámos que o seu comportamento agrava-se, o que veio a reforçar os dados da Escala *Conners* (1997). Assim, verificámos que em pós-teste houve uma melhoria no comportamento do SE na presença da família, enquanto no contexto escolar houve melhoria na pré-disposição.

(IN) Conclusões e comparação com outros estudos

A educação inclusiva pressupõe participação através de uma verdadeira igualdade de oportunidades, para que todos os alunos aprendam juntos, sempre que possível, independentemente das suas dificuldades ou diferenças, transformando a diversidade num fator de enriquecimento e um motor de desenvolvimento, quer pessoal quer social (AXLINE, 2014). A inclusão dos alunos tem que ir além da integração nas salas de aula ou nos agrupamentos, com a criação de unidades de apoio especializado ou em centros

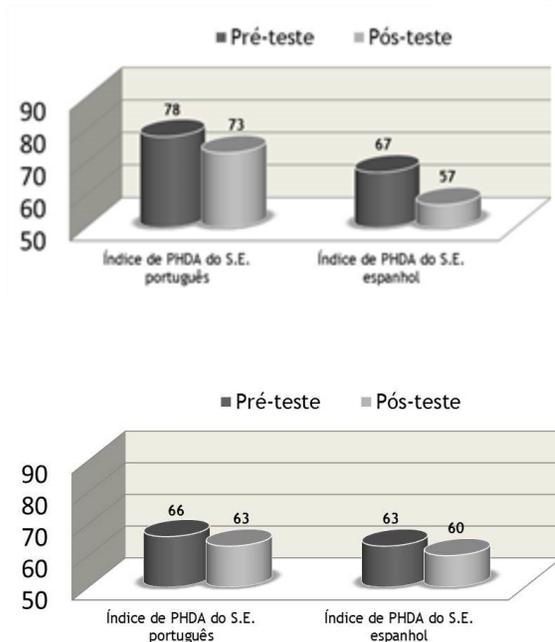
de EE. As crianças com ADHD apresentam dificuldades de aprendizagem e uma percentagem significativa de dificuldades no funcionamento cognitivo, nomeadamente, em encontrar soluções para problemas, na capacidade de organização e na linguagem expressiva, relações sociais com os pares e adultos etc.

As questões de investigação do estudo foram respondidas, havendo melhorias ligeiras na atenção e diminuição do índice de ADHD no SE nos contextos escolar e familiar. O SC manteve em alguns blocos da escala os mesmos resultados e noutros foram agravados. Tal como refere Barkley (2006, presentemente não existe cura para esta perturbação, existem é diversas formas de tratamento e intervenção que minimizam os comportamentos disruptivos desses sujeito, aumentando a sua capacidade de atenção e concentração nas tarefas, o que requer um esforço mais prolongado. Esta forma de tratamento cognitivo-comportamental pode não ter uns efeitos tão imediatos como a farmacológica, mas consideramos que a longo prazo pode ser mais eficaz, na medida em que desenvolve, no sujeito, técnicas e estratégias para a resolução dos seus problemas internos. Consideramos que ao ser um estudo de caso, não nos permite inferir conclusões firmes e seguras, sendo só de valor indicativo/exploratório (MORENO, 2001).

Concomitante ao nosso estudo, foi desenvolvido um estudo idêntico, por De Celis (2012), na região de Badajoz (Espanha) a duas crianças com características similares às nossas e com metodologia idêntica - PCC. Os pais e professores das crianças espanholas (sujeito C) preencheram (pré e pós-teste) a Escala *Conners* (1997), comparando os resultados dos sujeitos antes e após a intervenção do PCC. Na análise comparativa dos dados, comprovámos que a implementação do PCC no SE espanhol beneficiou-o muito (Figura n.º 2). Na análise ao questionário da mãe do aluno espanhol, o resultado em pós é inferior ao de pré, tal como nos resultados obtidos pela educadora no nosso estudo. Constatamos que os valores da família dessa criança são

superiores aos resultados obtidos pelos professores, não obstante em pós terem um decréscimo.

Figura n.º 2: Comparação dos dados (ADHD) de SE português e espanhol, em contexto familiar, à direita e do contexto escolar, à esquerda, nos momentos pré e pós do PCC



Por conseguinte, os resultados das investigações realizadas demonstraram um impacto positivo do PCC. As crianças com ADHD apresentam uma evolução a nível

comportamental, sendo essa evolução mais significativa junto da família. Não obstante, isso não significa que a implementação do programa não tenha sido benéfica no contexto escolar, simplesmente o comportamento exibido na presença da mãe (em ambos os casos) é mais problemático e preocupante e, por esse motivo, refletiu-se de forma mais eficaz o resultado da nossa intervenção.

Em ambos estudos obtiveram-se: valores superiores em pré relativamente a pós-teste; os SE apresentam comportamentos problemáticos em contexto familiar e, em pós, apresentam um decréscimo dos valores de *Conners*; ambos os SE apresentaram melhorias após a intervenção (índice de ADHD). Assim, o PCC minimizou alguns comportamentos na criança A (SE), além de recorrer à utilização de estratégias internas para a resolução de problemas. O facto de mudar algumas motivações internas, necessárias para realizar tarefas, especialmente aquelas que exigem mais atenção, o SE conseguiu manter a sua motivação e persistência por períodos mais longos de tempo. O programa trouxe benefícios à criança com ADHD, uma vez que no momento da avaliação final constatamos sempre ligeiras melhorias associadas aos resultados resultantes da aplicação da Escala de *Conners*. O facto de o agravamento do comportamento se acentuar junto da família pode ser devido à falta de imposição de regras por parte dos pais ou pelo estilo educativo autoritário adotado quando começam a sentir-se menos capazes para desempenhar o papel de educadores e experimentam níveis de *stress* (BONNET, SORIANO, SOLANO, 2006). É fundamental, na escola inclusiva, criar contextos sociais de aprendizagem, onde todos os alunos aprendam uns com os outros, isto é, uma ecologia social da aprendizagem.

Referências:

- ALONSO, M., & BERMEJO, B. *Atraso Mental*. S. Paulo: Mc Graw-Hill, 2001.
- APA -AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR - Manual Estatístico e de Diagnóstico das Doenças Mentais*. Lisboa: Clepsidra Editores, 2002.
- AXLINE, V.M. *Dibs en busca de sí mismo. Desarrollo de la personalidad en la terapia del juego* (trad. Carmen M. Marques). València: Univ. València, 2014.
- BARKLEY, R. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3.^a ed.). New York: The Guilford Press, 2006.
- BOAVIDA, J. Hiperatividade ou má educação. *Revista Saúde Infantil*, 28(2), 3-5, 2006.
- BONET, I.; SORIANO, Y.; SOLANO, C. *Aprendiendo en los niños hiperactivos. Un reto educativo*. Madrid: Tomson Editores/Paraninfo, 2006.
- CONNERS, K. *Conners' Rating Scales-Revised - Technical Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc., 1997.
- DE CELIS, A. Análisis de la eficacia de un programa cognitivo-conductual en el tratamiento de una alumna con TDAH, 2014 (*Tesis de Disertación de Máster en Educación Especial*). Badajoz: Universidad de Extremadura/ Facultad de Educación, 2014.
- LOPES, J. *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto, 2004.
- MORENO, I. *Hiperatividade: Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Alfragide: Mc Graw Hill, 2001.

ORJALES VILLAR, I. & POLAINO LLORENTE, A. *Programas de Intervención Cognitivo-Conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, 2001.

RIZZINI, I. e MENEZES, C. D. *Crianças e adolescentes com deficiência mental no Brasil: Um panorama da literatura e dos dados demográficos*. Rio de Janeiro: CIESPI – PUC, 2010.

SANTOS, S. & SANTOS, S. Comportamento Adaptativo e Qualidade de Vida nas Crianças com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação* (Lisboa, UTL/FM), 14, 57-67, 2007.

SILVA, M. Da exclusão à Inclusão: Conceções e Práticas. *Revista Lusófona de Educação* (Lisboa), n.º 13, p. 135-153, 2009.

VERÍSSIMO, M. & SANTOS, A.J. Desenvolvimento Social: algumas considerações teóricas. *Análise Psicológica*, 3 (26), 389-394, 2008.

recebido em 12 mai. 2017/ aprovado 23 jun. 2017

Para referenciar este texto:

MARTINS, E. C. Inclusão no ensino básico português: Intervenção cognitivo comportamental em crianças com deficiência mental. *Cadernos de pós-graduação*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 26-47, jan./jun. 2017.