



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – Na Literatura e na Escola

Departamento de Formação de Professores e Educadores
Mestrado em Educação Especial

2025, Amanda Lopes da Cunha



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Amanda Lopes da Cunha

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção - Na literatura e na escola

Relatório Final do Mestrado em Educação Especial, apresentado ao Departamento de Formação de
Professores e Educadores da Escola Superior de Educação de Coimbra

Trabalho realizado sob a orientação do(a) Professor(a): Doutora Sónia Teresa Costa

Outubro de 2025

Agradecimentos

Por meio desse texto quero agradecer primeiramente a minha família por nunca me deixar pensar em desistir de realizar os meus sonhos, por sempre se fazerem presentes apesar da distância e sempre me fazerem ver soluções apesar das dificuldades que surgiram no caminho até aqui. Me fazendo ver o lado positivo da vida e de ir atrás daquilo que eu tanto almejo que é ser mestre em educação especial.

Quero agradecer aos meus amigos que fizeram desta jornada um pouco mais leve trazendo companheirismo, apoio e incentivo nos momentos em que a caminhada parecia pesada. Cada palavra de encorajamento e cada gesto de amizade foram essenciais para que eu continuasse firme. Não poderia deixar de agradecer aos meus colegas de curso, com quem compartilhei desafios, trocas de conhecimento, momentos de estudo e também de descontração. O apoio mútuo fez com que este percurso fosse não apenas uma etapa acadêmica, mas também uma experiência de crescimento coletivo e humano.

Agradeço a todos os professores que, ao longo do mestrado, compartilharam seus saberes, suas experiências e sua paixão pela educação, contribuindo de forma significativa para a minha formação acadêmica e pessoal.

Um agradecimento muito especial à minha orientadora, professora doutora Sônia Costa, pela orientação, dedicação, paciência e incentivo constante. Sua atenção, seus conselhos e sua confiança em meu trabalho foram fundamentais para que eu conseguisse chegar até aqui. Mais do que uma orientadora, foi uma inspiração pela forma como conduz o ensino, pela dedicação aos alunos e pelo exemplo de profissional que representa. Sou profundamente grata por ter caminhado sob sua orientação, que me fez crescer enquanto estudante e futura educadora.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, fizeram parte desta caminhada, contribuindo para que este sonho se tornasse realidade. A cada um, deixo minha sincera gratidão e a certeza de que levarei comigo tudo o que vivi e aprendi nesta jornada.

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção - Na literatura e na escola

Resumo: Existe uma relação entre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e os processos de ensino-aprendizagem no 1.º ciclo do ensino básico. Conectam-se perspectivas clínicas, pedagógicas, literárias e filosóficas, sugerindo uma abordagem multidimensional para a percepção e inclusão de crianças com PHDA.

A princípio, são apresentados os conceitos, critérios diagnósticos e prevalência da PHDA, destacando sua natureza neurobiológica, fatores genéticos e ambientais, além das frequentes comorbilidades que agravam o desempenho escolar e social. A análise evidencia os impactos da PHDA na leitura e escrita, assim como nas dificuldades de socialização, que muitas vezes levam à baixa autoestima e exclusão.

A investigação também recorre à literatura e à filosofia para ampliar a compreensão da experiência subjetiva da criança com PHDA. No aspecto educacional, a tese analisa as percepções dos professores, as políticas públicas e as práticas institucionais, revelando tanto barreiras estruturais e formativas quanto experiências positivas de inclusão. São ressaltadas estratégias eficazes de gestão da sala de aula, como reforço positivo, rotinas claras, flexibilização curricular, uso equilibrado de tecnologias e metodologias ativas.

Tais resultados sublinham que a inclusão depende de formação docente contínua, colaboração entre professores da educação regular e especial, envolvimento da família e políticas públicas adequadas. Considera-se que a PHDA não deve ser encarada apenas como um transtorno clínico, mas como uma oportunidade de transformação pedagógica, social e cultural.

Propõe-se a integração entre ciência e cultura, enfatizando que a criança com PHDA deve ser reconhecida como sujeito de direitos e de aprendizagem. É fundamental que haja um fortalecimento da formação docente, a implementação de práticas pedagógicas humanizadoras e o desenvolvimento de novas pesquisas que articulem ciência, literatura e educação.

Palavras-chave: PHDA; Educação Especial; Inclusão escolar; Literatura; Estratégias pedagógicas.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder – In Literature and in School

Abstract: This research, developed within the scope of the Master's in Special Education, focuses on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD/PHDA) and its relationship with teaching and learning processes in the first cycle of basic education. The work articulates clinical, pedagogical, literary, and philosophical perspectives, suggesting a multidimensional approach to the understanding and inclusion of children with ADHD.

Initially, the study presents the concepts, diagnostic criteria, and prevalence of ADHD, highlighting its neurobiological nature, genetic and environmental factors, as well as the frequent comorbidities that intensify academic and social challenges. The analysis emphasizes the impact of ADHD on reading and writing, in addition to socialization difficulties, which often result in low self-esteem and exclusion.

The investigation also draws on literature and philosophy to expand the understanding of the subjective experience of children with ADHD. In the educational dimension, the thesis examines teachers' perceptions, public policies, and institutional practices, revealing both structural and training barriers as well as positive experiences of inclusion. Effective classroom management strategies are highlighted, such as positive reinforcement, clear routines, curriculum flexibility, balanced use of technologies, and active methodologies.

The results show that inclusion depends on continuous teacher training, collaboration between regular and special education teachers, family involvement, and relevant public policies. ADHD should not be seen merely as a clinical disorder but as an opportunity for pedagogical, social, and cultural transformation.

The thesis contributes to Special Education by proposing the integration of science and culture, emphasizing that children with ADHD should be recognized as subjects of rights and learning. Strengthening teacher education, implementing humanizing pedagogical practices, and developing new research that links science, literature, and education are essential.

Keywords: ADHD; Special Needs Education; School Inclusion; Literature; Pedagogical Strategies.

ÍNDICE

Agradecimentos	1
RESUMO	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1. EDUCAÇÃO INCLUSIVA: FUNDAMENTOS E EVOLUÇÃO	11
2. PHDA E INCLUSÃO.....	12
3. PHDA: CONCEÇÕES E PERSPETIVAS	20
CAPÍTULO 2 – PHDA: PERSPETIVAS TEÓRICAS E CLÍNICAS	22
1. DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS.....	23
2. PREVALÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA	23
3. ETIOLOGIA E FATORES ASSOCIADOS	23
4. INFÂNCIA E LIBERDADE NA FILOSOFIA.....	24
CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES SOBRE A SALA DE AULA	26
1. GESTÃO PROATIVA DA SALA DE AULA.....	27
2. ESTRATÉGIAS INSTRUCIONAIS E ORGANIZACIONAIS	27
3. SUPORTE DE AUTORREGULAÇÃO E TEMPO.....	28
4. REFORÇO E FEEDBACK.....	28
5. PREVENÇÃO E SINAIS	28
6. PARCERIA ESCOLAR—FAMILIAR	28
7. PALAVRA DE CAUTELA E SÍNTESE	29
CAPÍTULO 4 – ESTRATÉGIAS DE GESTÃO COMPORTAMENTAL	30
1. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO	31
2. EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS QUE POTENCIALIZAM O FOCO.....	31
CAPÍTULO 5 – ESTRATÉGIAS DE REFORÇO	33
1. REFORÇO POSITIVO E FEEDBACK EDUCATIVO NO SUCESSO ESCOLAR DE ALUNOS COM PHDA	34
2. PERCEPÇÕES E ATITUDES DE PROFESSORES	36
3. PHDA: EXPERIÊNCIAS POSITIVAS DE INCLUSÃO; CRIANÇAS DO 1.º CICLO COM PHDA – CONCEITO E HISTÓRIA.....	38
II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	41
1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	42
Questão de investigação	42
Objetivo geral.....	42
Objetivos Específicos.....	42
2. ETAPAS DE ESTUDO	43

4.	AVALIAÇÃO E FEEDBACK	44
	No contexto da inclusão, a avaliação deve ser	44
5.	PARCERIA ESCOLAR-FAMILIAR E REDE	44
6.	FORMAÇÃO E ORGANIZAÇÃO ESCOLAR.....	44
III -	GUIA DE ESTRATÉGIAS PARA PHDA NO 1.º CICLO.....	45
1.	FINALIDADE DA BROCHURA	46
2.	ESTRUTURA DO DOCUMENTO	46
3.	PRINCÍPIOS DE CONSTRUÇÃO DO GUIA.....	47
4.	APLICAÇÃO PRÁTICA E POTENCIAL DE DIFUSÃO	47
5.	BROCHURA COM ATIVIDADES	47
IV -	DISCUSSÃO GERAL E IMPLICAÇÕES.....	67
1.	PAPEL DA ESCOLA NA INCLUSÃO.....	68
2.	EDUCAÇÃO INCLUSIVA E DIREITOS	68
3.	RESPONSABILIDADE DOCENTE E PRÁTICA PEDAGÓGICA.....	69
4.	FORMAÇÃO DOCENTE E DESAFIOS REAIS	69
5.	INCLUSÃO, PHDA E POTENCIAL DE MUDANÇA	70
6.	CONCLUSÃO DA DISCUSSÃO	70
	CONCLUSÃO.....	71
	REFERÊNCIAS	73

LISTA DE ABREVIATURAS

1. AEE - Atendimento Educacional Especializado
2. APA — American Psychiatric Association
3. CEB — Ciclo do Ensino Básico
4. CID-11 — Classificação Internacional de Doenças, 11.ª revisão
5. DGEEC — Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (Portugal)
6. DL — Decreto-Lei
7. DSM-5 — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (APA)
8. DUA — Desenho Universal para a Aprendizagem
9. EduStat — Observatório de Educação da Fundação Belmiro de Azevedo
10. FBA — Fundação Belmiro de Azevedo
11. NEE — Necessidades Educativas Especiais
12. OMS — Organização Mundial da Saúde
13. ONU — Organização das Nações Unidas
14. PAE — Perturbações de Aprendizagem Específicas
15. PC — Perturbação do Comportamento
16. PEI — Plano Educativo Individual
17. PHDA — Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
18. POD/PDO— Perturbação de Oposição/Desafiante (também designada “Perturbação Desafiante de Oposição”)
19. RTP — Relatório Técnico-Pedagógico
20. SEN — Special Educational Needs (Reino Unido)
21. TDAH — Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (termo usado no Brasil)
22. UNESCO — Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
23. U.S. Dept. of Education — Departamento de Educação dos Estados Unidos (referido como fonte “U.S. Department of Education”)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Quadro 1: Público das medidas de apoio para alunos com NEE.....	12
Figura 2 – Gráfico 1: Número de crianças e alunos com medidas de apoio à inclusão	15
Figura 3 – Gráfico 2: Apoios especializados nos relatórios técnico-pedagógicos.....	16
Figura 4 – Linha do tempo: conceito e história da PHDA	17
Figura 5 – Mapa mental: PHDA no 1.º ciclo.....	31
Figura 6 – PHDA no 1.º ciclo – visão geral	35
Figura 7 – Capa da brochura.....	46
Figura 8 – Índice da brochura	47
Figura 9 – Introdução da brochura	48
Figura 10 – Como estimular a atenção de crianças com sinais de PHDA.....	49
Figura 11 – Entendendo as dificuldades	50
Figura 12 – Estratégias de enfrentamento	51
Figura 13 – O que é necessário em sala de aula.....	52
Figura 14 – Exemplos de práticas eficazes (I).....	53
Figura 15 – Exemplos de práticas eficazes (II).....	54
Figura 16 – Comunicação escola e família	55
Figura 17 – Importância da família	56
Figura 18 – Importância da escola	57
Figura 19 – Ideias.....	58
Figura 20 – Tarefa diária	59
Figura 21 – Estratégias práticas e jogos para fortalecer a atenção	60
Figura 22 – Como melhorar o foco da criança.....	61
Figura 23 – Ciclo de atividades de estimulação infantil.....	62
Figura 24 – Dicas gerais para professores e terapeutas	63
Figura 25 – Bibliografia	64

INTRODUÇÃO

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é reconhecida como uma das condições do neurodesenvolvimento mais estudadas em crianças em idade escolar. Estudos internacionais indicam uma prevalência entre 5% e 7% da população infantil (Polanczyk et al., 2014), resultados que se confirmam em Portugal (Leal, 2010). Trata-se de uma perturbação associada a dificuldades de autorregulação comportamental, atenção sustentada e controlo da impulsividade, com impacto significativo no percurso escolar.

As crianças do 1.º ciclo com PHDA enfrentam não apenas os desafios centrais da perturbação, mas também elevadas taxas de comorbidades, incluindo dificuldades de aprendizagem, perturbações de ansiedade e sintomas depressivos (Willcutt et al., 2012). Estas dificuldades refletem-se no seu desempenho académico, frequentemente traduzido em resultados inferiores nas áreas de leitura, escrita e matemática (Carroll, 2016).

No domínio social, estas crianças tendem a vivenciar experiências de rejeição entre pares e dificuldades na construção de relações interpessoais duradouras. Braga e Rodrigues (2019) salientam que muitos professores se sentem pouco preparados para responder adequadamente a estas necessidades, recorrendo, por vezes, a estratégias punitivas em detrimento de práticas pedagógicas diferenciadas e inclusivas.

A reflexão histórica sobre a infância recorda-nos que cada criança deve ser compreendida na sua singularidade. Rousseau (1995), em *Emílio, ou Da Educação*, defende que “a infância tem maneiras de ver, de pensar, de sentir, que lhe são próprias”, sublinhando a importância de reconhecer as especificidades da criança com PHDA. Assim, a intervenção deve ir além da correção comportamental ou da abordagem farmacológica imediata, privilegiando práticas que promovam o desenvolvimento integral da criança e a valorização das suas potencialidades.

No contexto europeu, a Comissão Europeia, em 2010, definiu como meta o acesso à educação inclusiva e à aprendizagem ao longo da vida para todos os alunos, incluindo aqueles com deficiência ou necessidades educativas específicas. Em Portugal, essa visão foi reforçada com o Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, posteriormente alterado pela Lei n.º 116/2019, de 13 de setembro, que estabelece as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, aplicáveis às escolas públicas, privadas, cooperativas e solidárias. Estas medidas são organizadas em três níveis de intervenção — universais, seletivas e adicionais — e visam garantir o acesso, a participação e o sucesso de todos os alunos.

I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. EDUCAÇÃO INCLUSIVA: FUNDAMENTOS E EVOLUÇÃO

A educação inclusiva representa uma das mais significativas transformações do sistema educativo nas últimas décadas, traduzindo um movimento que procura garantir o direito à educação de qualidade para todos, independentemente das suas características pessoais, sociais ou culturais. Este paradigma resulta de um longo percurso histórico, que passou da exclusão à integração e, finalmente, à inclusão — entendida não apenas como o acesso físico à escola, mas como a efetiva participação e aprendizagem de todos os alunos (Booth & Ainscow, 2002).

Historicamente, o sistema educativo caracterizou-se, durante muito tempo, por práticas seletivas e excludentes, em que os alunos com dificuldades ou deficiências eram segregados em instituições especiais. A partir da segunda metade do século XX, com o avanço dos direitos humanos e a influência de organismos internacionais, iniciou-se um processo de transformação das políticas educativas. Documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) foram marcos fundamentais ao afirmar que as escolas devem acolher todas as crianças, promovendo o respeito pela diversidade e a igualdade de oportunidades.

A Declaração de Salamanca, em particular, estabeleceu que “as escolas regulares com uma orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias, criando comunidades acolhedoras e construindo uma sociedade inclusiva” (UNESCO, 1994, p. ix). Este documento orientou muitos países, incluindo Portugal, na reformulação das suas políticas educativas e na promoção de práticas pedagógicas adaptadas às necessidades individuais dos alunos.

Em Portugal, a evolução da educação inclusiva acompanhou o movimento internacional, com especial ênfase a partir da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86), que consagra o direito de todos à educação e à igualdade de oportunidades de acesso e sucesso escolar. Posteriormente, diplomas como o Decreto-Lei n.º 3/2008 e, mais recentemente, o Decreto-Lei n.º 54/2018, alterado pela Lei n.º 116/2019, consolidaram o paradigma da inclusão, substituindo o conceito de “necessidades educativas especiais” pelo de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão. Este novo enquadramento reconhece a diversidade como valor educativo e não como obstáculo à aprendizagem.

Do ponto de vista pedagógico, a inclusão implica uma mudança de paradigma: a escola deixa de tentar “ajustar” o aluno ao currículo e passa a ajustar o currículo ao aluno, adotando práticas diferenciadas que respondam às suas necessidades e potencialidades (Tomlinson, 2017). A aplicação de princípios do Desenho Universal para a Aprendizagem (DUA), previstos no Decreto-Lei n.º 54/2018, reforça essa perspetiva, promovendo múltiplas formas de envolvimento, representação e expressão, de modo a garantir que todos os alunos possam aprender de forma significativa.

Assim, a educação inclusiva não se resume à integração física dos alunos na sala de aula, mas pressupõe uma transformação cultural e organizacional das escolas, sustentada em valores de equidade, justiça e cooperação. Como refere Rodrigues e Nogueira (2019), a

escola inclusiva é aquela que “aprende com a diferença” e que reconhece na diversidade uma oportunidade de enriquecimento para todos os que dela fazem parte.

A compreensão deste percurso histórico e conceptual é essencial para analisar a realidade dos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) no contexto da escola portuguesa. É neste quadro teórico e legislativo que se insere a reflexão desenvolvida na secção seguinte, dedicada à relação entre PHDA e inclusão.

2. PHDA E INCLUSÃO

A inclusão de crianças do 1.º ciclo com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) envolve atenção tanto aos sintomas característicos do transtorno quanto aos ambientes em que as crianças convivem e aprendem. Embora fatores genéticos tenham grande influência, pesquisas mostram que a intensidade dos sintomas, o desenvolvimento ao longo da vida e o surgimento de dificuldades adicionais estão profundamente relacionados ao contexto social e familiar (Barkley, 2006/2008b).

Mesmo não havendo um vínculo direto entre PHDA e condições familiares ou socioculturais específicas, alguns fatores aumentam os riscos, como baixos recursos financeiros, conflitos parentais, situações de estresse familiar e presença de psicopatologias entre os responsáveis (Johnston & Mash, 2001; Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008). Atualmente, entende-se que a relação é dinâmica: certas condições familiares podem intensificar os sintomas, mas também podem ser consequência da convivência com comportamentos desafiadores da criança, tornando os pais mais atentos a atitudes que, em outras situações, passariam despercebidas (Johnston & Mash, 2001).

Esse entendimento acompanha as evidências sobre interação entre genética e ambiente: fatores externos têm papel decisivo na forma como os sintomas se manifestam (Cordinhã & Boavida, 2008; Nigg et al., 2007). Exemplos disso são situações em que o estresse influencia características biológicas, como a ligação entre o gene 5-HTTLPR e comportamentos de hiperatividade/impulsividade (Van der Meer et al., 2014). Ambientes domésticos desorganizados — comuns em famílias em que os pais também apresentam PHDA — tendem a intensificar as dificuldades (Mokrova et al., 2010); além disso, já foram identificados estilos parentais mais rígidos, com pouca valorização positiva e maior exigência, especialmente em mães com PHDA (Daley, 2006). Da mesma forma, famílias com baixa condição socioeconômica apresentam índices mais altos de diagnóstico (Larsson et al., 2014). Assim, embora o ambiente não seja responsável pela origem da PHDA, pode reduzir ou potencializar seus efeitos, especialmente no desempenho escolar e social, destacando a importância de contextos educativos inclusivos (Taylor et al., 2004).

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, organizou as medidas de apoio na educação em três categorias: universais, seletivas e adicionais. As medidas universais destinam-se a todos os alunos, visando garantir acesso, aprendizagem e desenvolvimento integral, inclusive aos que necessitam de intervenções mais específicas.

As medidas seletivas são acionadas quando as universais não são suficientes, envolvendo adaptações pedagógicas, recursos diferenciados, apoio psicopedagógico, tutoria e reforço escolar. Por fim, as medidas adicionais que destinam-se a dificuldades mais significativas relacionadas à aprendizagem, cognição ou comunicação, exigindo recursos especializados. Nesses casos, o psicopedagogo é o responsável por orientar e decidir os instrumentos mais adequados.

1: Público das medidas de apoio para aluno com Necessidades Educativas Especiais (NEE)

Termo	Descrição
Medidas de apoio universais	<p>Direcionadas a todos os tipos de sujeitos, podendo ser elas:</p> <p>Universais (para todos os alunos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para os alunos que precisam de um maior acompanhamento no processo de ensino aprendizagem. • Para os que necessitam ou não de medidas de apoio mais complexas e específicas.
Medidas seletivas	<ul style="list-style-type: none"> • Superar dificuldades específicas quando as medidas universais não bastam. • Servem para alunos que têm algumas dificuldades específicas de aprendizagem ou participação escolar. • Geralmente envolvem adaptações pedagógicas e apoio complementar. <p>Exemplos de medidas seletivas:</p> <p>Apoio psicopedagógico.</p> <p>Tutoria ou reforço escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptações simples no currículo ou nas

	atividades.
--	-------------

	<p>Materiais didáticos diferenciados.</p> <ul style="list-style-type: none">• Acompanhamento mais próximo do professor.• São intervenções moderadas, dentro do contexto escolar, para alunos que precisam de ajuda além do que é oferecido a todos, mas sem recursos especializados.• Não necessitam necessariamente da intervenção de especialistas.• Exemplos: Reforço escolar, tutoria, materiais de apoio especializados.
--	--

Medidas adicionais	<p>Sujeitos que possuem incapacidades de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial, que exigem adaptações mais específicas para que possam se integrar na sociedade.</p> <p>São destinadas aos alunos que apresentam dificuldades mais intensas no processo de aprendizagem, comunicação ou autonomia.</p> <p>Necessitam recursos especializados e intervenções de carácter mais profundo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Podem envolver equipas multidisciplinares e adaptações de maior impacto. <p>Exemplos de medidas adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Apoio de profissionais especializados (psicopedagogos, terapeutas, etc.)• Tecnologias assistivas e recursos específicos de acessibilidade• Adaptações significativas no currículo• Programas intensivos ou de longa duração para habilidades cognitivas,
---------------------------	---

	<p>comunicativas ou motoras</p> <p>→ São medidas mais complexas, exigem suporte técnico especializado e podem envolver mudanças maiores no currículo ou na organização escolar.</p> <p>Frequentemente exige intervenção de especialistas. apoio e</p> <p>Exemplos: Tecnologias assistivas, currículo modificado, apoio terapêutico dentro da escola.</p>
--	--

Fonte: Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho

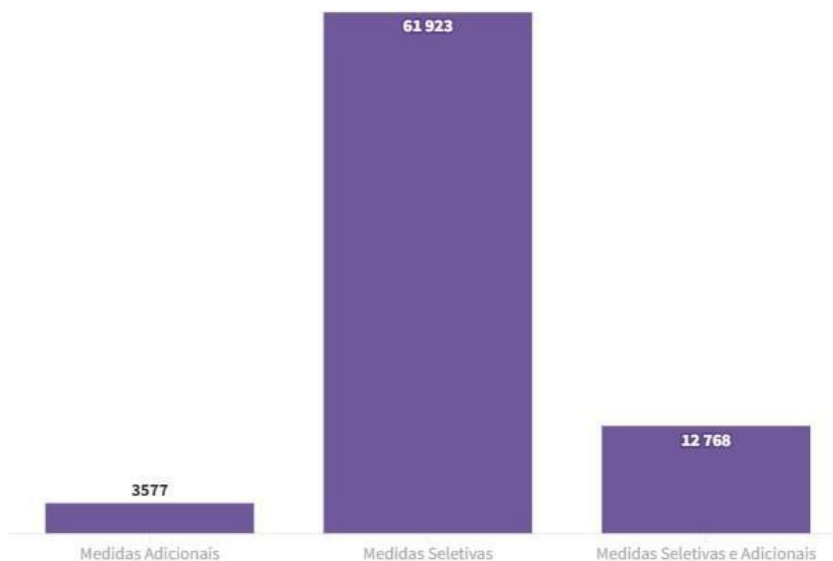
Todas as três medidas devem constar no Relatório técnico-pedagógico (RTP) do aluno, sendo esse um documento elaborado pela escola, fundamentado e realizado através de medidas seletivas e, ou, adicionais de suporte à aprendizagem, ao desenvolvimento e à inclusão. O RTP deve ser exposto aos responsáveis dos alunos e por eles validado.

Essas três categorias devem ser formalizadas no Relatório Técnico-Pedagógico (RTP), documento elaborado pela escola e validado pelos responsáveis.

Dados do Questionário Educação Inclusiva 2020/2021 mostram que, entre mais de 78 mil alunos com RTP, 61.923 estavam enquadrados em medidas seletivas, 35.777 em medidas adicionais e 12.768 em ambas. O 3.º ciclo é o nível com maior número de estudantes apoiados (24.941), seguido pelo 1.º ciclo, 2.º ciclo, ensino secundário e pré-escolar.

Crianças e alunos para quem foram mobilizadas medidas de apoio à aprendizagem e à inclusão (Série 2021)

Ano: 2020/2021



Fonte: DGEEC - O indicador representa o número total de alunos para quem foram mobilizadas medidas, seletivas e/ou adicionais, de apoio à aprendizagem e à inclusão, por ciclo de ensino e género. Com a entrada em vigor do Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de julho, que definiu um novo enquadramento legal sobre Educação Inclusiva, nomeadamente no que diz respeito à identificação das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, deu-se início a uma nova série de dados.

* A Flourish chart

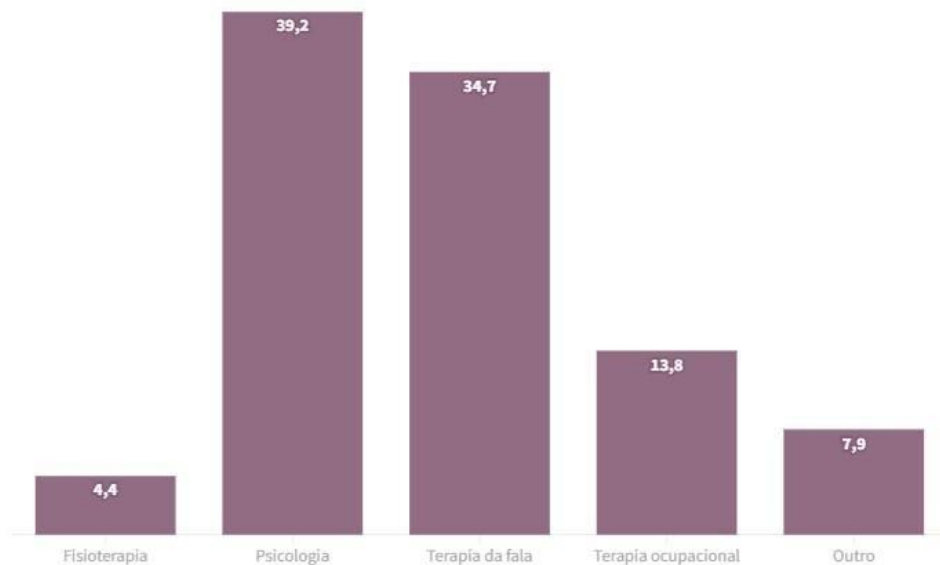
Fonte: EduStat- Fundação Belmiro de Azevedo

No contexto escolar, a inclusão deve reconhecer a tríade sintomática — desatenção, hiperatividade e impulsividade — e traduzi-la em ajustes pedagógicos concretos. A desatenção está relacionada a dificuldades em manter o foco, seguir instruções, organizar tarefas e sustentar o esforço, afetando de maneira consistente o desempenho acadêmico (APA, 2014; Barkley, 2003). A hiperatividade manifesta-se como atividade motora/vocal excessiva, inquietação e dificuldade em permanecer sentado ou em silêncio, especialmente em ambientes que exigem alto autocontrole, como a sala de aula (APA, 2014; Barkley, 2006/2008a; Barkley, 2013). A impulsividade reflete uma dificuldade em inibir respostas, esperar a vez e adiar recompensas, resultando em interrupções, por vezes sanções, e maior exposição a riscos (Selikowitz, 2009/2010; Barkley, 2006/2008a). Essa reatividade pode gerar um aparente “déficit de atenção” não por uma incapacidade absoluta de focar, mas por respostas rápidas a múltiplos estímulos concorrentes (Barkley, 2013). Para a inclusão, isso implica diversificar tempos e formatos de tarefa, explicitar regras e rotinas, e ensinar autorregulação. No documento do RTP também é possível identificar o conjunto de apoios que a escola disponibiliza para suprir as necessidades de cada aluno, com objetivo de pôr em prática

as medidas de suporte à aprendizagem direcionadas aos alunos que fazem uso das medidas seletivas e adicionais.

Apoios especializados identificados nos relatórios técnico-pedagógicos (Série 2021)

Ano: 2020/2021



Fonte: DGEEC • O indicador representa, em percentagem, os apoios especializados identificados nos relatórios técnico-pedagógicos (RTP), por tipo de apoio e nível de ensino. O RTP de cada aluno pode prever mais do que uma medida seletiva de apoio à aprendizagem e à inclusão. Com a entrada em vigor do Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de julho, que definiu um novo enquadramento legal sobre Educação Inclusiva, nomeadamente no que diz respeito à identificação das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, deu-se início a uma nova série de dados.

* A Flourish chart

Fonte: EduStat- Fundação Belmiro de Azevedo

Ao longo do desenvolvimento, os sintomas da PHDA podem se modificar, mas não desaparecem por completo (Agnew-Blais et al., 2016). Durante a infância, a hiperatividade costuma ser mais marcante; mais tarde, torna-se um sentimento interno de inquietação (APA, 2014). Na idade adulta, permanecem dificuldades relacionadas ao trabalho, vida afetiva, saúde e organização (Caye et al., 2016; Harpin, 2005). A demora para intervir, a presença de comorbidades, dificuldades cognitivas e histórico de fracasso escolar estão entre os fatores que pioram o prognóstico (Cordinhã & Boavida, 2008; Lahey et al., 2016).

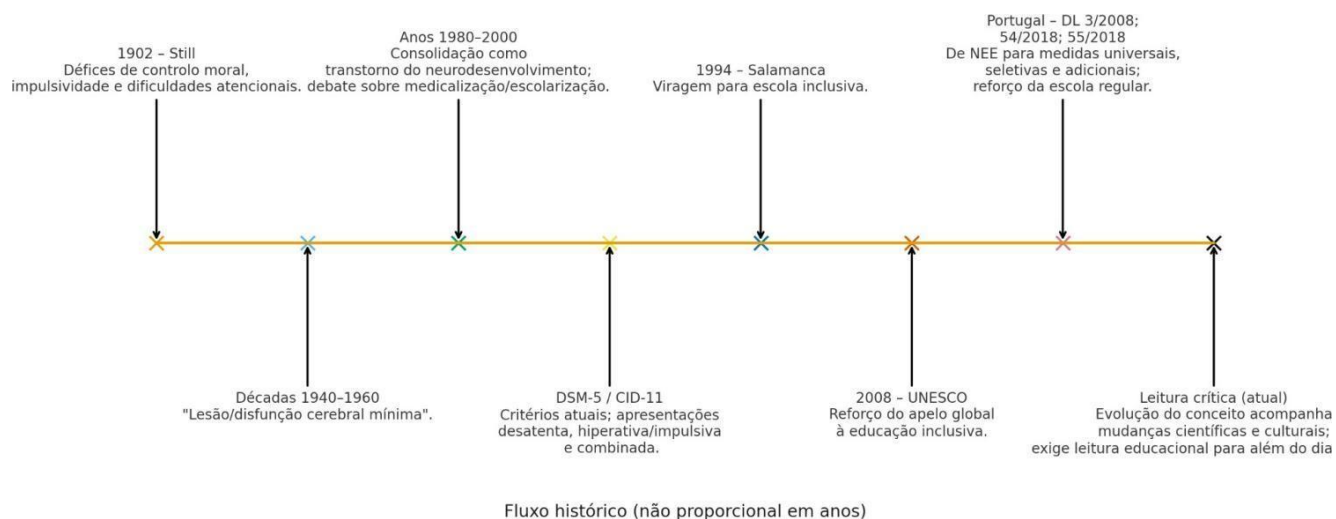


Figura 4 - Linha do tempo (conceito e história da PHDA)

3. PHDA: CONCEÇÕES E PERSPETIVAS

Atualmente, um dos transtornos do neurodesenvolvimento mais pesquisados e discutidos, tanto na saúde quanto na educação, é a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA). No contexto escolar, sua presença é especialmente notável durante o primeiro ciclo do ensino básico, momento em que se consolidam habilidades essenciais como leitura, escrita e cálculo. Além disso, a PHDA impacta fortemente a socialização e o desenvolvimento socioemocional das crianças, ressaltando a urgência de práticas pedagógicas inclusivas, humanizadas e adaptadas às particularidades de cada aluno (APA, 2013; OMS, 2021).

A trajetória da PHDA revela que esse conceito não é fixo e está em constante transformação. No início do século XX, George Still, em 1902, descreveu crianças com “défices de controle moral”, que exibiam impulsividade e dificuldades para manter a atenção. Décadas depois, surgiram termos como “lesão cerebral mínima” (na década de 1940), que refletiam o entendimento da época sobre o problema. Atualmente, a categorização da perturbação está consolidada nos manuais internacionais DSM-5 (APA, 2013) e CID-11 (OMS, 2021), que organizam os critérios de diagnóstico. Essa evolução histórica mostra como a PHDA deixou de ser vista apenas como uma condição clínica estática, passando a ser interpretada como um constructo em diálogo com mudanças culturais, científicas e educacionais.

Nesse contexto, é claro que a compreensão da PHDA também se alinha a debates sociais mais amplos. Uma das discussões mais frequentes é a medicalização da infância. Vários autores argumentam que o aumento dos diagnósticos não se deve apenas ao avanço da ciência, mas também às pressões escolares e sociais, que exigem comportamentos cada vez mais uniformes (Collares & Moysés, 1996). Como essas autoras enfatizam: “A medicalização da educação e da sociedade transforma problemas de ordem social,

pedagógica e política em problemas biológicos, que seriam resolvidos apenas com diagnósticos e tratamentos médicos.” (Collares & Moysés, 1996, p. 45). Essa crítica proporciona uma reflexão sobre o papel da escola e suas práticas, ressaltando que a inclusão de crianças com PHDA não deve depender somente da esfera médica, mas também das abordagens pedagógicas e sociais.

No contexto português, o Decreto-Lei n.º 54/2018 marca um momento importante ao estabelecer o princípio da escola inclusiva, substituindo a lógica das Necessidades Educativas Especiais (NEE) por medidas universais, seletivas e adicionais para apoiar o desenvolvimento e a aprendizagem. Essa legislação ressalta que a inclusão das crianças com PHDA deve estar integrada dentro da escola, garantindo oportunidades justas de aprendizagem. No Reino Unido, a política de Special Educational Needs (SEN) enfatiza a identificação precoce e a oferta de apoios variados, envolvendo várias entidades responsáveis pelo acolhimento e desenvolvimento dessas crianças.

Assim, a compreensão da PHDA no 1.º ciclo de ensino não deve se restringir ao diagnóstico clínico, mas ser ampliada para incluir sua história, as diferentes concepções formadas ao longo do tempo e as perspectivas pedagógicas atuais. Reconhecer a criança em sua singularidade, respeitando suas formas únicas de aprender e interagir, é um passo essencial para que as escolas avancem em direção a práticas verdadeiramente inclusivas.

CAPÍTULO 2 – PHDA: PERSPETIVAS TEÓRICAS E CLÍNICAS

1. DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Categorizada pelos principais manuais diagnósticos internacionais – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) e CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 2021), a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) é definida como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por padrões persistentes de desatenção, impulsividade e hiperatividade. Esses sintomas devem estar presentes em múltiplos ambientes (escola, família, atividades sociais) e causar um impacto significativo no funcionamento acadêmico, social ou ocupacional.

Três apresentações caracterizam o DSM-5: i) predominantemente desatenta; ii) predominantemente hiperativa-impulsiva; e iii) combinada. A diversidade dos perfis clínicos destaca que não existe uma única forma de manifestação da PHDA, mas sim um espectro variado de dificuldades e especificidades que caracterizam a realidade de cada indivíduo.

2. PREVALÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA

A partir de estudos internacionais, estima-se que a PHDA afete cerca de 5% das crianças em idade escolar. Uma pesquisa recente conduzida por Russell et al. (2023) indicou que a prevalência da PHDA no Reino Unido varia de 1,6% em jovens de 5 a 19 anos, confirmando sua relevância no contexto educacional. Politou (2022) destaca a preocupação constante de professores na Grécia em relação à alta incidência de casos e ao impacto na inclusão escolar. Araújo (2016) aponta a PHDA como uma das principais razões para encaminhamentos ao Atendimento Educacional Especializado (AEE) no Brasil. Esses dados demonstram que a PHDA é um fenômeno global, embora influenciado por variações decorrentes de fatores culturais, metodológicos e clínicos.

3. ETIOLOGIA E FATORES ASSOCIADOS

A Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) é classificada pelos principais manuais diagnósticos internacionais – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) e CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 2021) – como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por padrões persistentes de desatenção, impulsividade e hiperatividade. Esses sintomas devem se manifestar em diferentes contextos da vida da criança, como na escola, na família e nas interações sociais, causando impactos significativos em seu desempenho acadêmico, social e ocupacional. O DSM-5 descreve três apresentações distintas: predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa-impulsiva e combinada, evidenciando que a PHDA não se manifesta de forma uniforme, mas representa um espectro diversificado de dificuldades (American Psychiatric Association, 2013).

4. INFÂNCIA E LIBERDADE NA FILOSOFIA

O estudo da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) tem sido tradicionalmente associado aos campos clínico e educacional. No entanto, as representações literárias e filosóficas oferecem um olhar complementar e profundamente humanizador sobre a experiência da criança com PHDA, permitindo compreender não apenas os sintomas, mas também a sua subjetividade (Lispector; Pessoa; Machado de Assis).

A literatura possibilita que a subjetividade da criança com PHDA seja narrada de forma simbólica. Clarice Lispector explora em suas obras o fluxo de consciência, a intensidade das percepções e a fragmentação da experiência, elementos que se aproximam do modo como muitos sujeitos com PHDA descrevem sua atenção: múltipla, dispersa e urgente. Em *A paixão segundo G.H.*, essa escrita traduz a dificuldade de linearidade, mas também a potência criativa de quem vive a cada instante com intensidade (Lispector). Fernando Pessoa, por meio dos seus heterônimos, ilustra a multiplicidade interna característica da mente hiperativa. Cada heterônimo representa uma personalidade distinta, refletindo a impossibilidade de fixar-se em um único ponto de vista. Essa fragmentação remete ao pensamento da criança com PHDA, que se desloca rapidamente entre ideias, interesses e emoções (Pessoa). Já Machado de Assis, mesmo sem abordar diretamente a PHDA, apresenta personagens marcados pela instabilidade e pela crítica social às normas rígidas, sugerindo a importância de olhar além do comportamento aparente e reconhecer as ambiguidades humanas. Essa perspectiva convida o professor a ultrapassar a visão estritamente clínica e a compreender o aluno como sujeito complexo (Machado de Assis).

Na filosofia da educação, Rousseau (1995), em *Emílio*, representa um marco ao defender que a infância deve ser respeitada em sua espontaneidade, cabendo ao educador atuar como guia e não como disciplinador rígido. Essa visão ressoa fortemente com as necessidades da criança com PHDA, frequentemente punida pela escola tradicional por não se enquadrar em normas de disciplina e silêncio. Já Paulo Freire (1996), em *Pedagogia da autonomia*, introduz a pedagogia do diálogo e da escuta, afirmando que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar condições para que este seja produzido. Essa abordagem valoriza a singularidade do aluno e, aplicada à PHDA, sugere que o professor reconheça formas distintas de atenção e aprendizagem, transformando-as em potencial pedagógico.

A utilização de metáforas literárias e reflexões filosóficas em sala de aula amplia a compreensão sobre a experiência da criança com PHDA. Ao invés de reduzir o aluno a uma lista de sintomas, o professor passa a reconhecer sua subjetividade e diversidade. Narrativas literárias podem ainda ser usadas como recurso didático para promover empatia entre colegas, estimular a imaginação e valorizar diferentes modos de atenção (Lispector; Pessoa; Machado de Assis). Essa abordagem, ao mesmo tempo, contribui para a formação docente, pois permite que o educador interprete a diversidade dos alunos à luz da cultura, e não apenas da clínica. Assim, literatura e filosofia tornam-se

instrumentos de humanização da prática pedagógica, essenciais para uma perspectiva inclusiva no primeiro ciclo do ensino básico (Rousseau, 1995; Freire, 1996).

CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES SOBRE A SALA DE AULA

No primeiro ciclo do ensino básico, a cultura de sala de aula pode funcionar como alavanca ou barreira ao sucesso de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Relações positivas entre professor e aluno, gestão intencional do clima escolar e uma organização física pensada para reduzir distrações estão entre os fatores que promovem atenção, comportamento adequado e progresso acadêmico e social (Piffner, 2011). Com frequência, é precisamente a relação pedagógica significativa que sustenta o envolvimento, a autorregulação e a adesão às rotinas de trabalho (Piffner, 2011).

1. GESTÃO PROATIVA DA SALA DE AULA

Uma abordagem proativa beneficia toda a turma e prepara especificamente os alunos com PHDA para aprender: instruções claras, feedback significativo e oportunidades de colaboração entre pares devem estruturar as aulas (Piffner, 2011). Entre as oportunidades de responder, destacam-se as abordagens mediadas por pares que aumentam o envolvimento ativo. A tutoria entre pares é altamente eficaz por se aproximar do ensino individualizado e favorecer tanto competências acadêmicas como sociais, sobretudo quando os tutores são devidamente treinados (Greenwood & Delquadri, 1995). A aprendizagem cooperativa, com papéis definidos e expectativas explícitas, e estratégias como Think–Pair–Share ajudam a manter o foco e a participação (Piffner, 2011).

2. ESTRATÉGIAS INSTRUCIONAIS E ORGANIZACIONAIS

No 1.º ciclo, é útil diversificar as rotinas para mitigar a fadiga atencional típica de tarefas repetitivas. Podem ser integrados: leitura em pares (alternando leitura em voz alta e escuta), autocorreção com calculadoras ou gabaritos, jogos de aprendizagem (tabuleiro ou digitais) para reforçar vocabulário, fonética, gramática e matemática, revisões criadas pelos alunos (perguntas/respostas para jogos) e redirecionamentos frequentes entre pares para manter a tarefa (Piffner, 2011).

A organização física inclui posicionar o aluno perto do professor, junto de colegas atentos, afastado de estímulos distratores (janelas, portas, afiadores), aumentar o espaço entre mesas, preferir carteiras individuais para trabalho autónomo e, quando o aluno precisa de movimento, colocá-lo no fundo da sala para permitir deslocação sem perturbar os colegas (Piffner, 2011). O uso de tablets e computadores pode elevar o envolvimento, especialmente quando associado a objetivos claros e feedback imediato (U.S. Department of Education, 2006).

3. SUPORTE DE AUTORREGULAÇÃO E TEMPO

Estratégias de preparação como o priming (antecipar a tarefa e os reforços possíveis), o controlo por proximidade (aproximação física do professor durante instruções e monitorização), o uso de temporizadores visíveis e o ensino do gestor de tempo em relógios/smartphones ajudam os alunos a monitorizar o próprio progresso (Piffner, 2011). A música pode modular o nível de ativação: peças suaves durante o trabalho individual tendem a filtrar distrações e favorecer a concentração (U.S. Department of Education, 2006).

4. REFORÇO E FEEDBACK

Crianças com PHDA beneficiam de feedback específico, frequente e imediato após comportamentos desejados, com reforço progressivo durante a aprendizagem de novos comportamentos e redução gradual da frequência quando estes se consolidam (U.S. Department of Education, 2006). Elogios eficazes devem (a) ligar-se diretamente ao comportamento exibido, (b) descrevê-lo de modo específico e (c) ser oferecidos de forma imediata e entusiástica (Scheuermann & Hall, no prelo).

O feedback verbal inclui elogios, redirecionamentos concisos e correções breves dirigidas ao comportamento (e não à criança), dadas com calma e proximidade — evitando humilhações. Fornecer opções (“agora, no intervalo ou após a aula”) aumenta a autonomia e a responsabilidade (Piffner, 2011).

5. PREVENÇÃO E SINAIS

Apoios não verbais (contacto visual, gestos) ajudam o aluno a reconhecer gatilhos e a acionar rotinas curtas de pausa. Escolha como recompensa (atividades, materiais, parceiros) sustenta a motivação. Auto-monitorização com lembretes sonoros em intervalos curtos (3–5 minutos), com listas simples de sim/não e pontos extra quando a autoavaliação coincide com a do professor, favorece a consciência metacognitiva. Sinais visuais e ambientais — cartazes com expectativas, quadros interativos, câmaras de documentos — ajudam a captar a atenção e a clarificar o que é esperado (Piffner, 2011).

6. PARCERIA ESCOLAR—FAMILIAR

O Sistema de Reforço escolar–familiar é uma das estratégias mais eficazes: comunicação diária sobre trabalho e comportamento, checklists de objetivos com espaço para observações e alinhamento dos reforçadores entre casa e escola aumentam a consistência das intervenções (U.S. Department of Education, 2006). Canais como notas

diárias, e-mail, websites de tarefas e linhas diretas de trabalhos aproximam famílias e docentes e facilitam o acompanhamento continuado (Piffner, 2011).

7. PALAVRA DE CAUTELA E SÍNTESE

A medicação pode integrar o plano terapêutico, mas apenas profissionais de saúde podem diagnosticar PHDA e prescrever fármacos; cabe aos educadores descrever comportamentos observados e evitar sugerir diagnósticos ou tratamentos (U.S. Department of Education, 2006).

Em síntese, responder às necessidades de alunos com PHDA no 1.º ciclo é um trabalho multicomponente: começa na prevenção e organização do ambiente, passa por instrução estruturada, autorregulação e reforço competente, e apoia-se na parceria escolar-familiar. As intervenções mais bem-sucedidas combinam apoios em sala com estratégias ensinadas diretamente aos alunos, promovendo sucesso académico e comportamental (Piffner, 2011; U.S. Department of Education, 2006; Scheuermann & Hall, no prelo; Greenwood & Delquadri, 1995).

CAPÍTULO 4 – ESTRATÉGIAS DE GESTÃO COMPORTAMENTAL

O objetivo das estratégias de gestão comportamental é ajudar os alunos a aprender a controlar o próprio comportamento. São mais eficazes quando usadas em conjunto com estratégias instrucionais baseadas em evidências.

1. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

- Apoios não-verbais: Criar sinais discretos (contato visual, gestos) para que o aluno reconheça gatilhos e regule sua resposta antes que o comportamento se intensifique. Ex.: rotina para “fazer uma pausa de cinco minutos”.
- Escolha como recompensa: Oferecer opções de atividades, materiais ou colegas de trabalho promove motivação e treino em tomada de decisões.
- Monitoramento com lembretes sonoros: Definir alarmes em intervalos curtos (3–5 min). Ao sinal, o aluno registra se está focado. Pode usar listas simples de sim/não e ganhar pontos extras se sua autoavaliação coincidir com a do professor.
- Sinais visuais e ambientais: Usar lembretes visuais do comportamento esperado. Recursos como quadros interativos ou câmeras de documentos ajudam a captar a atenção dos alunos com PHDA. (Piffner, 2011).

2. EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS QUE POTENCIALIZAM O FOCO

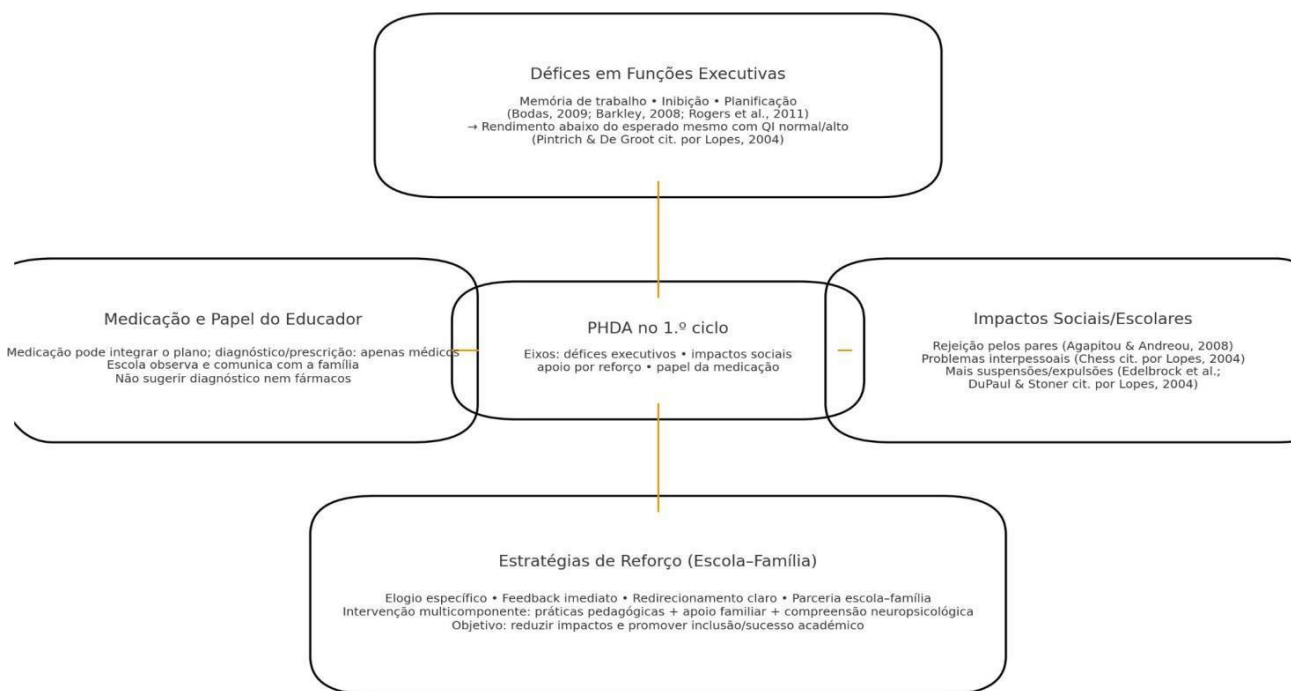
Além disso, o uso de tablets e computadores pode envolver os alunos de forma mais completa nas atividades de aprendizagem.

- Procedimento de Preparação (Priming): Preparar o aluno antes de uma tarefa ou lição, revisando uma lista de privilégios ou reforços que poderão ser ganhos após um período específico de trabalho.
- Controle por Proximidade: A proximidade do professor é altamente eficaz para ajudar alunos com PHDA a manterem a atenção. Por exemplo, o professor pode se aproximar do aluno ao dar instruções e monitorar o trabalho individual.
- Temporizadores: Definir um cronômetro para indicar quanto tempo resta na aula ou no período de trabalho. O cronômetro deve estar claramente visível para que os alunos possam verificar o tempo restante e monitorar seu progresso.

- Relógio de pulso ou smartphone: Ensinar o aluno a usar um relógio ou smartphone para gerir o tempo durante a realização das tarefas. Muitos desses dispositivos têm cronômetros embutidos que podem ser programados para tocar em intervalos definidos.
- Música: Tocar músicas em diferentes níveis e ritmos para ajudar os alunos a compreenderem o nível de atividade adequado para determinadas aulas. Por exemplo, usar música clássica suave em atividades individuais ajuda a bloquear distrações e a criar um ambiente de sala de aula calmo (U.S. Department of Education, 2006).

CAPÍTULO 5 – ESTRATÉGIAS DE REFORÇO

REFORÇO POSITIVO E FEEDBACK EDUCATIVO NO SUCESSO ESCOLAR DE ALUNOS COM PHDA



As crianças do primeiro ciclo com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) apresentam frequentemente dificuldades académicas e comportamentais que exigem uma atenção especial por parte da escola. Estudos indicam que os problemas de rendimento académico são dos aspetos que mais preocupam as famílias (Bodas, 2009; Frazier, Youngstrom, Glutting & Watkins, 2007). De facto, há diferenças estatisticamente significativas no desempenho escolar destas crianças quando comparadas com grupos de controlo, revelando notas consistentemente abaixo da média (Polderman, Boomsma, Bartels, Verhulst & Huizink, 2010).

Segundo a American Psychiatric Association (APA, 2011), o percurso escolar das crianças com PHDA é frequentemente marcado por baixo rendimento, conflitos familiares e dificuldades em manter níveis de desempenho semelhantes aos colegas. Esse défice torna-se mais evidente nos subtipos em que predomina a desatenção, uma vez que a dificuldade em manter o foco compromete diretamente as tarefas escolares. A comunidade científica tem vindo a demonstrar que mais de 80% dos alunos com PHDA apresentam problemas de aprendizagem e/ou de realização escolar (Cantwell & Baker; Lambert & Sandoval citados por Lopes, 2004), estando em risco de sub-realização

crônica e abandono precoce (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish citados por Lopes, 2004).

No plano pedagógico, as estratégias de reforço assumem papel central. Crianças com PHDA necessitam de feedback específico, frequente e imediato após a demonstração de comportamentos desejados. Durante a aprendizagem de novos comportamentos, deve-se reforçar aproximações progressivas até atingir o padrão esperado, reduzindo gradualmente a frequência do reforço à medida que o comportamento se consolida. Uma vez que estes alunos perdem rapidamente o interesse em tarefas repetitivas, é necessário recorrer a uma variedade de reforçadores de fácil implementação (U.S. Department of Education, 2006).

O elogio é uma das formas mais eficazes de reforço, desde que seja imediato, entusiástico e vinculado de forma clara ao comportamento desejado. O elogio deve ainda descrever especificamente a ação positiva, para que o aluno compreenda o que foi valorizado (Scheuermann & Hall, no prelo). Intervenções que promovam comportamentos adequados devem integrar a prática de ensino, aumentando as hipóteses de envolvimento ativo e prevenindo a perda de atenção (U.S. Department of Education, 2006).

Outro aspeto fundamental é o sistema de reforço escolar–familiar, que favorece a consistência das estratégias. A comunicação diária entre professores e pais sobre desempenho acadêmico e comportamental permite alinhar as práticas de casa e da escola. Checklists com listas de comportamentos desejados, quadros de tarefas concluídas e espaço para observações têm mostrado bons resultados na regulação e motivação das crianças (U.S. Department of Education, 2006).

No âmbito do feedback verbal, importa distinguir três dimensões principais:

- Elogio verbal específico, com frases simples que identifiquem claramente o comportamento positivo (ex.: “Obrigado por levantar a mão antes de falar”).
- Redirecionamento verbal, através de instruções curtas e discretas, evitando longas explicações que podem dispersar a atenção.
- Feedback corretivo breve, centrado no comportamento e não na criança (ex.: “Por favor, levante a mão antes de responder” em vez de críticas pessoais). Este tipo de correção deve ser imediato, calmo e dado em proximidade, evitando situações de humilhação (Piffner, 2011).

Para além do reforço, é essencial considerar que os défices académicos associados à PHDA se relacionam com limitações em funções executivas, como a memória de trabalho, a inibição de respostas e a capacidade de planificação (Bodas, 2009; Barkley, 2008; Rogers et al., 2011). Esses défices explicam porque algumas crianças, mesmo com

QI normal ou acima da média, apresentam rendimentos inferiores ao esperado (Pintrich & De Groot citados por Lopes, 2004). Além disso, dificuldades sociais, como rejeição pelos pares (Agapitou & Andreou, 2008), problemas de relacionamento interpessoal (Chess citado por Lopes, 2004) e maior probabilidade de suspensões e expulsões (Edelbrock et al.; DuPaul & Stoner citados por Lopes, 2004), acentuam os riscos de exclusão escolar.

Em síntese, as estratégias de reforço são fundamentais para apoiar o percurso escolar das crianças do primeiro ciclo com PHDA. Combinando elogios eficazes, feedback imediato, redirecionamentos claros e colaboração estreita com as famílias, é possível minimizar os impactos dos défices de atenção, impulsividade e hiperatividade, promovendo a inclusão e o sucesso académico. No entanto, a intervenção deve ser sempre multicomponente, articulando práticas pedagógicas, apoio familiar e compreensão dos fatores neuropsicológicos associados à perturbação.

Os medicamentos frequentemente fazem parte do plano de tratamento de alunos com PHDA. Apenas profissionais médicos podem diagnosticar PHDA e prescrever medicamentos. Os educadores devem compartilhar com a família os comportamentos observados em sala de aula, mas devem evitar sugerir condições médicas como PHDA ou recomendar medicamentos para tratá-la.

2. PERCEPÇÕES E ATITUDES DE PROFESSORES

No primeiro ciclo do ensino básico, as percepções dos professores sobre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) influenciam diretamente a inclusão, as expectativas de aprendizagem e as oportunidades de participação dos alunos. A literatura mostra uma tendência para que docentes percepcionam comprometimentos cognitivos e comportamentais em crianças com PHDA, o que molda práticas e julgamentos no quotidiano escolar (DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011). Ao mesmo tempo, os “rótulos” diagnósticos podem afetar negativamente a qualidade da relação pedagógica, condicionando como professores e alunos se veem mutuamente (Zee, Bree, Hakvoort & Koomen, 2020).

As experiências relatadas por docentes do ensino elementar e médio apontam sentimentos de insuficiência formativa e uso de repertórios informais para lidar com a PHDA; prevalecem percepções de maior ocorrência em meninos e leituras críticas do contexto familiar (Lawrence, Estrada & McCormick, 2017). Estudos de percepção e atitude mostram, contudo, que a legitimidade do diagnóstico é amplamente reconhecida pelos professores, ainda que subsistam crenças de sobrediagnóstico e a defesa da integração no ensino regular (Kos, 2004; Jerome, Gordon & Hustler, 1994). Em diferentes contextos, variáveis demográficas e culturais associam-se a vivências de stress na gestão de comportamentos, com menor tolerância a condutas disruptivas à medida que os anos de serviço aumentam; por outro lado, experiência prévia com alunos com

PHDA e maior conhecimento tendem a predispor atitudes mais tolerantes (Mulholland, Cumming & Jung, 2015).

Quando indagados sobre quem deve diagnosticar, docentes referem sobretudo psicólogos e médicos, variando por ciclo de ensino e por contexto (Santos, 2012; Lourenço, 2009; Simão, 2013; Lopes, 2016). Em Portugal, adaptações da escala de percepção de Kos evidenciam alta concordância com a legitimação do diagnóstico e o reconhecimento das dificuldades na gestão comportamental; formação específica está associada a maior auto-competência percebida (Alvarez, 2014). A autoeficácia docente relaciona-se positivamente com conhecimento especializado, ainda que a literatura reporte resultados distintos quanto à magnitude desta relação (Fernández, Mínguez & Casas, 2007; Frigerio, Montali & Marzocchi, 2014).

Quanto ao conhecimento docente sobre PHDA, levantamentos descrevem lacunas persistentes, com professores a reportarem preparo insuficiente e dificuldades em distinguir crenças de evidências—tema também discutido por Eva (cit. por Tegtmejer, 2019). Em estudos com instrumentos padronizados, o acerto é mais elevado em itens de sintomas/diagnóstico e menor em tratamento e informações gerais (Sciutto, Terjesen & Frank, 2000; Padilla, Cuartas, Henao, Arroyo & Flórez, 2018; Sciutto et al., 2015). Alguns trabalhos apontam níveis moderados/adequados de conhecimento em certas amostras (Mulholland, Cumming & Jung, 2015; Frigerio, Montali & Marzocchi, 2014), enquanto outros mostram domínio limitado, nomeadamente sobre medicação (Snider, Busch & Arrowood, 2003). Em termos de preditores, experiência prévia com alunos com PHDA e tempo de serviço surgem frequentemente associados a um maior conhecimento, embora haja achados contraditórios quanto ao papel dos anos de docência (Al-Moghamssi & Aljohani, 2018; Mulholland, Cumming & Jung, 2015; Kos, 2004). De todo modo, fortalecer o conhecimento docente sobre etiologia, manifestações e intervenções é recomendado para reduzir mitos e estigmas (Flanigan & Climie, 2018; Sciutto et al., 2015; Alkahtani, 2013).

A relação entre conhecimento e atitudes também tem sido examinada: conhecimento docente associa-se a crenças e disposições perante a PHDA, ainda que a correlação varie de fraca a moderada entre países (Malouf & Schiller, 1995; Sciutto et al., 2015). Professores com maior conhecimento relatam mais comportamentos de ajuda e valorizam intervenções combinando estratégias pedagógicas e, quando indicado, tratamento médico; paradoxalmente, podem sentir menor competência percebida perante a complexidade da gestão em sala (Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008). A interação direta com alunos com PHDA tende a elevar o conhecimento e a confiança na implementação de práticas de apoio (Sciutto et al., 2015).

No plano comparado e institucional, investigações reportam maior predisposição inclusiva entre docentes da Educação Especial face aos da Educação Geral, sinalizando a importância da formação e da cultura profissional (Politou, 2022). Análises no Reino Unido descrevem trajetórias marcadas por exclusão e insucesso, mas também ganhos relevantes quando há apoio consistente e práticas diferenciadas (Russell et al., 2023).

Em vários países europeus, barreiras estruturais—turmas grandes, escassez de tempo, sobrecarga de demandas—limitam a aplicação de estratégias eficazes, apesar do reconhecimento do valor do reforço positivo e de rotinas claras (Szép et al., 2021).

Em síntese, para o primeiro ciclo, percepções e atitudes dos professores constituem um eixo crítico: reconhecer a validade do diagnóstico, desenvolver conhecimento sólido e experienciar práticas inclusivas correlaciona-se com maior tolerância, melhor gestão e expectativas acadêmicas mais realistas. A formação específica, o diálogo interprofissional e a aprendizagem situada no cotidiano da sala de aula são caminhos promissores para transformar crenças em ações pedagógicas consistentes e equitativas (Kos, 2008; Alkahtani, 2013; Flanigan & Climie, 2018; Mulholland, Cumming & Jung, 2015; Sciotto et al., 2015; Al-Moghamsi & Aljohani, 2018).

PHDA: EXPERIÊNCIAS POSITIVAS DE INCLUSÃO; CRIANÇAS DO 1.º CICLO COM PHDA – CONCEITO E HISTÓRIA

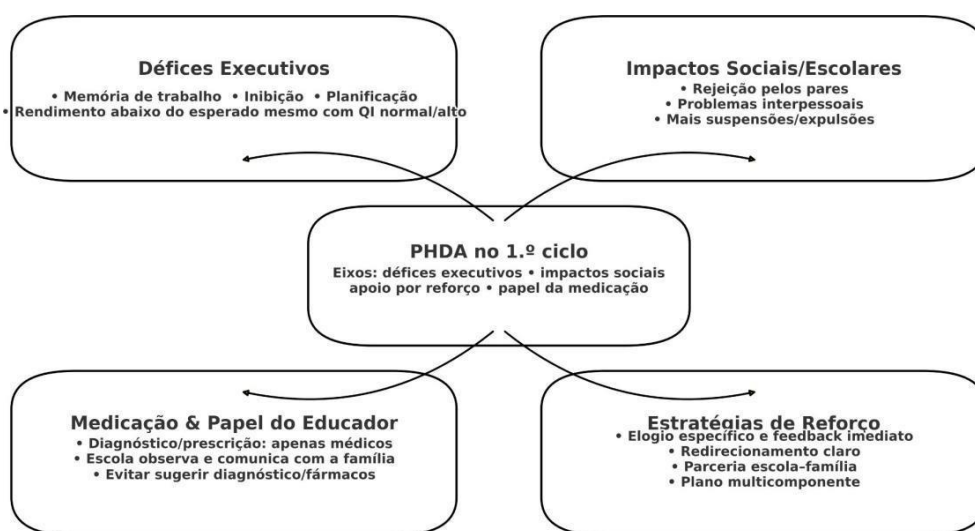


Figura 6 - PHDA no 1.º ciclo (visão geral)

A inclusão de crianças do primeiro ciclo com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) ganha força quando a escola conjuga uma visão desenvolvimental do fenómeno com práticas pedagógicas intencionais. A literatura evidencia que a PHDA emerge cedo e pode persistir ao longo do ciclo vital, com impactos escolares, sociais e familiares (Biederman et al., 2008; Knouse et al., 2008; Kooji et al., 2005; Alfaiate, 2009). Uma perspetiva desenvolvimental ajuda a compreender que os sintomas se transformam com a idade: é frequente o declínio da hiperatividade/impulsividade e a

maior saliência da desatenção quando aumentam as exigências acadêmicas (Lopes, 2004; Rogers et al., 2011; Thompson, Whitmore, Raymond e Crowley, 2006; Monuteaux et al., 2010; Lahey et al., cit. por Bodas, 2009). Esta leitura de trajetória sustenta intervenções educativas progressivas, que respeitam ritmos e necessidades em cada etapa (Fonseca et al., 1998; Matos, 2013).

No cotidiano da sala, barreiras estruturais — turmas numerosas, currículos rígidos, expectativas inflexíveis — tendem a intensificar sintomas e conflitos, ao passo que estratégias de gestão eficazes (ajustes de assentos, contratos de comportamento, flexibilização de atividades) reduzem comportamentos desadaptativos e favorecem a autorregulação (Szép et al., 2021). A relação professor-aluno é determinante: vínculos afetivos positivos associam-se a maior engajamento e menor desregulação, reforçando a centralidade da empatia e da mediação pedagógica (APA, 2011). Relatos de experiências positivas de inclusão mostram ganhos quando a escola aposta em aprendizagem cooperativa, monitoria entre pares e recursos lúdicos — dispositivos que ampliam participação, estatuto social e sentido de pertença das crianças com PHDA (Szép et al., 2021). Em diversas escolas, o reconhecimento de talentos como criatividade, energia e improvisação transforma a imagem do aluno perante colegas e docentes, posicionando-o como colaborador ativo do processo (APA, 2011). No plano do desenho curricular, o Desenho Universal para a Aprendizagem (DUA) tem ampliado, na Europa, as oportunidades de participação plena por meio de múltiplas formas de representação, expressão e engajamento, sem depender de adaptações posteriores (Zerbato & Mendes, 2018).

A organização do espaço e da rotina é outra frente fértil para a inclusão. A simples mudança de assento — aproximando a criança do professor e afastando-a de fontes de distração — pode melhorar substancialmente a atenção; ambientes visualmente limpos e rotinas previsíveis (agendas visuais, cronogramas, lembretes) reduzem ansiedade e ajudam no planejamento de tarefas (APA, 2011; Szép et al., 2021). Tecnologias digitais e recursos gamificados podem aumentar motivação e foco quando integrados com objetivos pedagógicos claros e feedback imediato, evitando o uso indiscriminado que acentua a dispersão (Szép et al., 2021).

A história natural da PHDA recomenda também calibrar expectativas: na infância predominam sinais de hiperatividade/impulsividade, muitas vezes os primeiros a alertar famílias e escolas (APA, 2011; Lopes, 2004). Com a escolarização, dificuldades de organização do trabalho, planejamento e resolução de problemas tornam-se mais visíveis, refletindo comprometimentos em funções executivas como inibição de respostas e memória de trabalho (Rommelse & Buitellar, 2008; Rinsky & Hinshaw, 2011). Ainda que haja debate sobre a evolução dos défices neuropsicológicos ao longo da idade

— com resultados por vezes inconclusivos — a tendência geral aponta diminuição de comprometimentos à medida que os sintomas cedem (Brown, 2009; Fonseca et al., 1998; Massman et al., cit. em Fonseca et al., 1998; Bodas, 2009).

Entre os ingredientes que sustentam experiências de sucesso, destacam-se: rotinas claras, reforço positivo e contratos de comportamento co-construídos com a criança, que estabelecem metas realistas e critérios transparentes de acompanhamento (Szép et al., 2021). Programas de aprendizagem cooperativa e trabalho em pares ou pequenos grupos criam oportunidades de mediação social e desenvolvimento de competências socioemocionais, reduzindo o estigma e fortalecendo a participação (Zerbato & Mendes, 2018; Fonseca et al., 1998).

A parceria escolar–familiar é eixo estruturante. Quando há diálogo contínuo e estratégias conjuntas, as crianças sentem-se mais seguras e apoiadas; redes locais (saúde, psicologia, terapia) ampliam o alcance das intervenções e ajudam a integrar respostas (APA, 2011). Em síntese, transformar ilhas de excelência em políticas e rotinas institucionais requer formação docente contínua e coerência organizacional: é esta tessitura — entre desenvolvimento, pedagogia e cultura escolar — que converte desafios em trajetórias de sucesso para alunos do primeiro ciclo com PHDA (Szép et al., 2021; Zerbato & Mendes, 2018; Biederman et al., 2008; Knouse et al., 2008; Kooji et al., 2005; Alfaiate, 2009; Monuteaux et al., 2010; Rogers et al., 2011).

II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Questão de investigação:

Que estratégias poderão ser utilizadas pelos professores para que os alunos com PHDA superem as suas dificuldades?

Objetivo geral

Identificar, detalhar e investigar estratégias pedagógicas e de gestão comportamental úteis com o objetivo de fomentar a participação e as aprendizagens de alunos do 1º ciclo com PHDA.

Objetivos Específicos

- Planear práticas para alunos com medidas universais, seletivas e adicionais (DL 54/ 2018) usadas pelos professores.
- Detalhar a forma que os professores devem adequar aulas, as avaliações e organizar a sala às necessidades de alunos com PHDA.
- Observar as evidências que impactam nas estratégias (seja no envolvimento, nos comportamentos durante a execução das tarefas e no desempenho das atividades).
- Apresentar um modelo prático (brochura) embasado no DUA (Desenho Universal para a Aprendizagem)

2. ETAPAS DE ESTUDO

- Revisão da literatura centrada em crianças com PHDA no 1º ciclo e em ferramentas de inclusão baseados em estudos comprovados.
- Comparar as informações obtidas a partir da literatura com as experiências vivenciadas pela investigadora no contexto do seu estágio.
- Transformação das análises em texto científico e estratégias de como pode ser usado na prática educativa (consubstanciadas na brochura com atividade).

3. ORIENTAÇÕES PRÁTICAS ALINHADAS COM A LITERATURA

Estruturar em níveis (universais, seletivas, adicionais) e domínios (instrução, organização, comportamento, avaliação, família).

Planeamento com DUA: múltiplas formas de representação (ex.: instruções orais + visuais), ação/expressão (ex.: escolha de meios de resposta), e envolvimento (ex.: escolha de tarefas/tempos).

Rotinas previsíveis: agenda visual; sinalização de transições; tempos curtos de trabalho intercalados com micro-pausas ativas.

Gestão do espaço: proximidade ao professor, redução de estímulos distratores, cantos de autorregulação.

Reforço específico e imediato (elogio descritivo; economia de fichas temporária quando necessário).

Contratos de comportamento construídos, com 2 a 3 metas observáveis, critérios claros e revisão semanal.

Sinais não verbais e priming (antecipação de tarefas/desafios; checklists pessoais; temporizadores visíveis).

4. AVALIAÇÃO E FEEDBACK

É o processo de recolher, interpretar e usar informações sobre o que e como o aluno aprende, não apenas para dar uma nota, mas para melhorar a aprendizagem.

No contexto da inclusão, a avaliação deve ser:

Contínua (ao longo do processo e não apenas no fim);

Formativa (serve para ajustar o ensino);

Flexível (permite diferentes formas de demonstrar o que se aprendeu);

Individualizada (considera o ponto de partida e o progresso do aluno).

É a informação devolvida ao aluno sobre o seu desempenho, para que ele saiba o que fez bem, o que precisa melhorar e como pode fazê-lo.

É o elo entre o ensino e a aprendizagem autorregulada.

5. PARCERIA ESCOLAR-FAMILIAR E REDE

Caderno de comunicação diário/semana; alinhamento de reforçadores entre casa e escola.

Reuniões breves quinzenais/mensais; articulação com educação especial/psicologia.

6. FORMAÇÃO E ORGANIZAÇÃO ESCOLAR

Sessões de partilha de práticas entre pares; observação entre professores.

Guias rápidos (1–2 páginas) por ciclo/ano com estratégias testadas localmente.

Produto final esperado: Guia de Estratégias para PHDA no 1.º Ciclo (1–2 páginas por domínio), pronto a difundir na escola/agrupamento.

III - GUIA DE ESTRATÉGIAS PARA PHDA NO 1.º CICLO

1. FINALIDADE DA BROCHURA

Foi elaborado um Guia de Estratégias para PHDA no 1.º Ciclo. Este documento tem como finalidade apoiar docentes e profissionais de educação na promoção da participação, da autorregulação e da aprendizagem dos alunos, oferecendo recursos práticos e de fácil aplicação em contexto escolar.

2. ESTRUTURA DO DOCUMENTO

O guia foi estruturado em domínios temáticos, correspondentes aos principais desafios identificados na fase de diagnóstico: organização da sala e rotinas, instrução pedagógica, reforço e feedback, gestão comportamental, avaliação e colaboração escolar–familiar. Para cada domínio foram reunidas recomendações, estratégias e exemplos práticos, apresentados em linguagem clara e acompanhados de modelos visuais (quadros de autorregulação, grelhas de monitorização, contratos de comportamento, entre outros).

Cada secção do guia ocupa entre uma e duas páginas, permitindo uma leitura rápida e objetiva. Esta opção editorial visa tornar o documento acessível e funcional para professores que, no quotidiano, dispõem de tempo limitado para consultar materiais extensos.

- **Domínio da organização e rotinas:** inclui propostas de agendas visuais, sinais de transição, divisão das tarefas em blocos curtos e arrumação da sala para reduzir distrações.
- **Domínio da instrução pedagógica:** apresenta estratégias de ensino explícito, uso de multimodalidades, oportunidades frequentes de resposta e práticas do Desenho Universal para a Aprendizagem (DUA).
- **Domínio do reforço e feedback:** descreve formas de elogio descritivo, feedback corretivo breve, auto-monitorização e utilização de reforços sociais e simbólicos.
- **Domínio da gestão comportamental:** integra modelos de contratos de comportamento, economias de fichas, técnicas de auto instrução e treino de competências sociais.
- **Domínio da avaliação:** sugere a flexibilização de formatos e tempos, incluindo esquemas, gravações áudio e trabalhos práticos.
- **Domínio da colaboração escolar–familiar:** recomenda estratégias de comunicação regular, partilha de progressos e continuidade das rotinas em casa.

3. PRINCÍPIOS DE CONSTRUÇÃO DO GUIA

A construção do guia baseou-se em dois princípios fundamentais. O primeiro foi a integração da evidência científica com a experiência prática recolhida junto dos docentes e psicólogos envolvidos no estudo. O segundo foi a adequação ao contexto real da escola, garantindo que as estratégias propostas são exequíveis em turmas numerosas e diversificadas, sem exigir recursos adicionais complexos.

4. APLICAÇÃO PRÁTICA E POTENCIAL DE DIFUSÃO

Espera-se que este guia funcione não apenas como um instrumento de apoio individual ao professor, mas também como um recurso coletivo do agrupamento, passível de ser partilhado em reuniões pedagógicas, planos de formação interna e práticas de ensino. A sua difusão permitirá consolidar uma cultura de resposta inclusiva, na qual a PHDA deixa de ser vista apenas como um obstáculo e passa a constituir uma oportunidade de inovação pedagógica e de desenvolvimento profissional.

Assim, o Guia de Estratégias para PHDA no 1.º Ciclo constitui uma resposta prática e fundamentada às dificuldades diagnosticadas, alinhando-se com os princípios da escola inclusiva e com as orientações do Decreto-Lei n.º 54/2018. A sua disseminação pretende contribuir para que a pertença, a participação e a aprendizagem sejam garantidas de forma equitativa a todos os alunos do 1.º ciclo.

5. BROCHURA COM ATIVIDADES

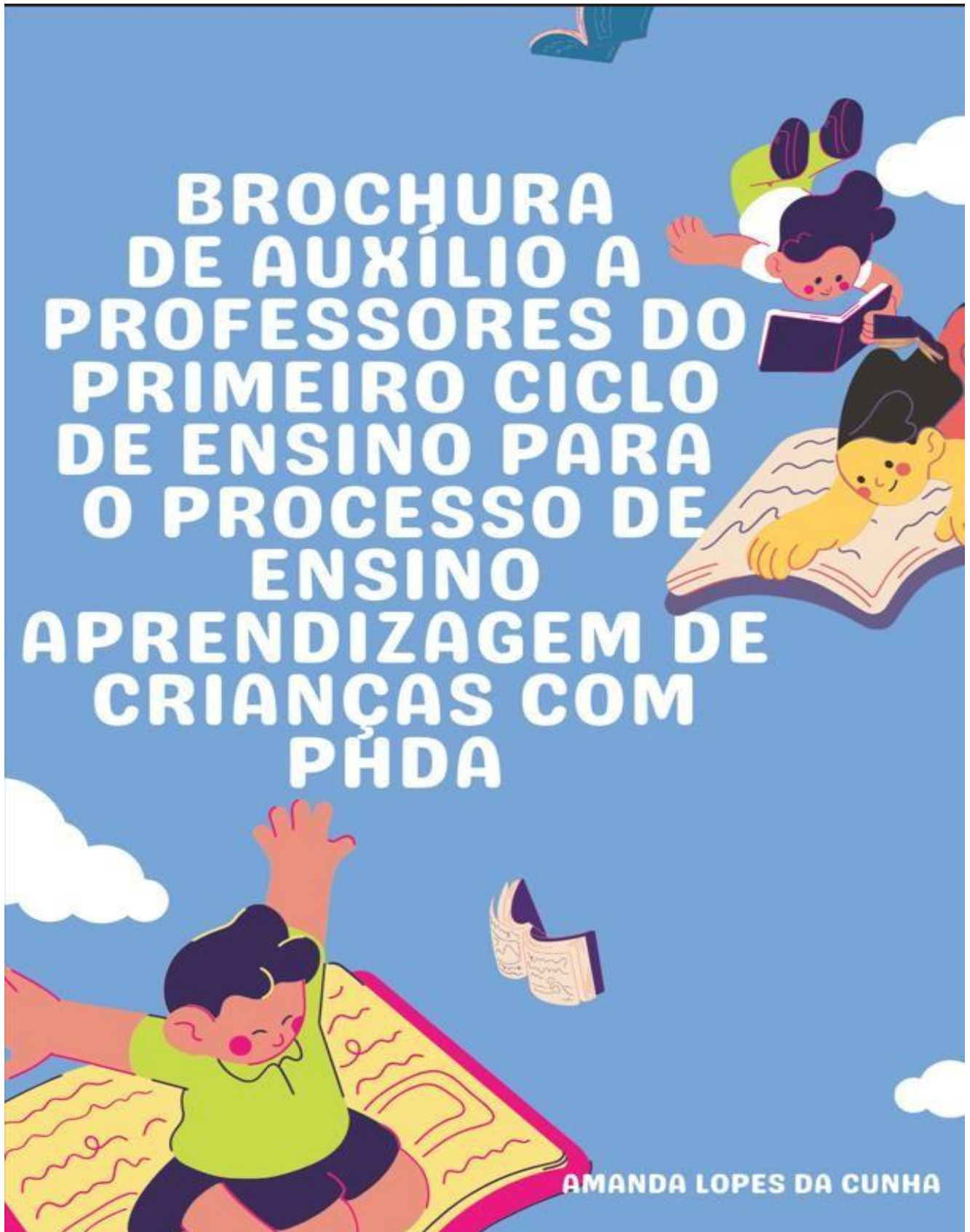


Figura a - Capa

Índice

- Introdução.....3-4
- Como Estimular a Atenção de Crianças com Sinais de PHDA.....5
- Entendendo as dificuldades.....6
- Estratégias práticas e jogos para fortalecer a atenção.....7
- Jogo 2: Lince (ou jogos de procurar figuras).....8
- Outras atividades que estimulam.....9
- Dicas gerais para professores e terapeutas.....10
- Bibliografia

Figura b- índice

Este folheto tem como objetivo auxiliar os professores no reconhecimento e no estímulo da atenção de crianças que apresentam sinais de PHDA (Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção), oferecendo estratégias práticas e reflexões pedagógicas que possam ser aplicadas no dia a dia escolar.

A PHDA é uma condição que afeta o comportamento, a concentração e o controlo da impulsividade, podendo interferir de forma significativa no processo de ensino e aprendizagem. Muitas vezes, essas crianças demonstram dificuldade em manter o foco por longos períodos, alternam rapidamente de uma atividade para outra e podem apresentar inquietação constante.

Mais do que identificar os desafios, este material busca promover uma prática docente mais inclusiva e consciente, ajudando o professor a compreender as necessidades específicas dessas crianças e a criar ambientes de aprendizagem mais acolhedores, motivadores e organizados.

Por isso ao longo deste folheto, propõem-se atividades educativas, jogos e dinâmicas simples que favorecem o desenvolvimento da atenção, da autorregulação e do interesse pela aprendizagem — competências essenciais para o sucesso escolar e social.

O propósito é que cada professor se sinta instrumentalizado e confiante para adaptar suas práticas, reforçando o papel da escola como um espaço de apoio, compreensão e desenvolvimento integral da criança.

Como Estimular a Atenção de Crianças com Sinais de PHDA

A importância de estimular a atenção

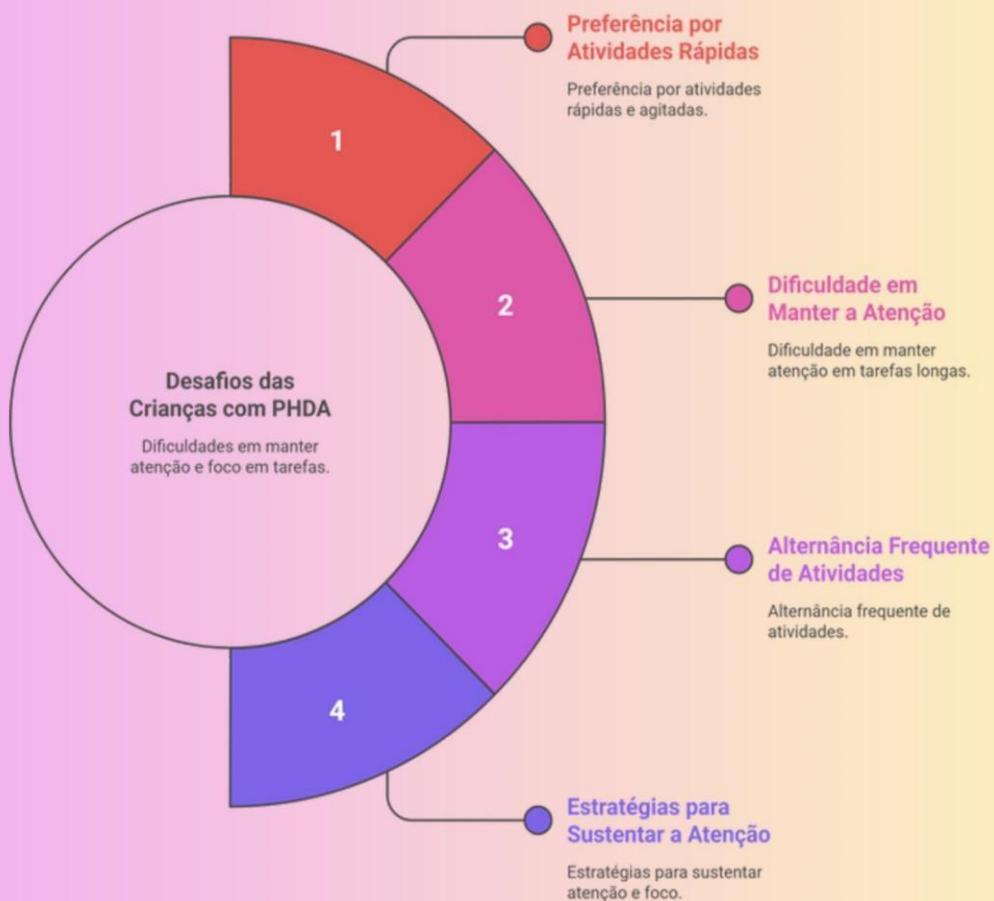
- O déficit de atenção, com ou sem hiperatividade, pode causar prejuízos no desenvolvimento e na aprendizagem da criança.
- Estimular as habilidades atencionais ajuda a reduzir sintomas e melhorar o desempenho escolar.
- Crianças com outras condições, como o autismo, também podem se beneficiar dessas práticas.



Entendendo as dificuldades

- Crianças com PHDA tendem a:
 - Preferir atividades rápidas e agitadas.
 - Ter dificuldade em manter-se atentas em tarefas longas.
 - Alternar de atividade com frequência.
- O desafio do adulto é ajudá-las a sustentar a atenção e aprender a voltar ao foco após distrações.

Desafios e Estratégias para Crianças com PHDA



Estratégias de enfrentamento

- A inquietação e a desatenção da criança produz desconforto em todas as áreas da vida da mesma.

E como na escola é onde se exige mais atenção e concentração devido às demandas e as atividades, o transtorno pode ser observado de forma mais evidente.

O papel da escola é:

- Utilizar ferramentas práticas pedagógicas que propiciem a interação social e o processo de ensino aprendizagem das crianças com PHDA.

Mas quais seriam elas???

• Formação contínua do professor

É importante que o professor esteja em constante formação e na renovação dos métodos de ensino para transformar suas aulas e o processo de ensino aprendizagem em momentos satisfatórios, onde a diversão pode ser aliada à experiências inovadoras e criativas por parte dos alunos.

- Quando o professor(a) segue alguns passos é possível colaborar para a mudança de comportamento do aluno (a) com PHDA em sala de aula, a partir de atitudes como:

O que é necessário em sala de aula

- Estabelecer rotina

Organizar e manter uma rotina estruturada, com indicação clara das tarefas e dos horários ao longo do dia, é fundamental para proporcionar previsibilidade, segurança e estabilidade emocional às crianças.

Uma rotina bem definida contribui para reduzir a ansiedade e favorecer a concentração, pois o aluno passa a compreender o que irá acontecer e o que dele se espera, o que facilita o envolvimento nas atividades e torna as transições entre tarefas mais tranquilas e organizadas.

Além disso, a rotina auxilia na criação de hábitos de estudo e autocontrolo, aspectos fundamentais para o desenvolvimento da autonomia. Quando o aluno consegue antecipar o que virá a seguir, tende a sentir-se mais confiante e a participar de forma mais ativa nas atividades escolares.

É importante que o professor explique e reforce diariamente a sequência das tarefas, utilizando recursos visuais como quadros, cartões, horários ilustrados ou sinais combinados. Esses elementos ajudam a criança a visualizar o tempo e a compreender a estrutura do dia.

Alcançando Foco e Segurança



Determinar
Rotina



Organizar
Tarefas



Reduzir
Ansiedade



Aumentar o
Foco

Exemplos de práticas eficazes

- Iniciar o dia com um momento de roda ou de conversa, onde os alunos participem da construção da rotina e compreendam as atividades que serão realizadas.
- Definir locais fixos (como o lugar onde cada criança se senta) e horários claros para as disciplinas e intervalos.
- Garantir consistência no ambiente de cada atividade (ex.: o mesmo espaço para leitura, arte, ou jogos).
- Incluir elementos previsíveis e divertidos que sinalizem transições, como:
 - O “Momento da Roda” antes das aulas,
 - A “Dança Maluca” para preparar o grupo para a próxima tarefa.
 - Esses pequenos rituais tornam o dia mais estruturado e ajudam o aluno a manter-se tranquilo e focado durante as mudanças de atividade.



- Instituir regras

Definir regras e esclarecer o que se espera dos alunos é essencial para promover a autorregulação, o respeito mútuo e a convivência em harmonia na sala de aula.

A implementação de normas contribui para o desenvolvimento da conduta, da responsabilidade e da consciência coletiva, ajudando as crianças a compreenderem a importância de limites claros para o bom funcionamento do grupo.

Exemplos de práticas eficazes

- Incentivar a pontualidade e o cumprimento de horários.
- Estimular o hábito de levantar a mão antes de falar ou intervir.
- Promover o respeito ao tempo de fala do outro.
- Pedir autorização para sair da sala (ex.: ir à casa de banho).
- Reforçar a organização do material escolar e a manutenção da limpeza do espaço (ex.: jogar as aparas da borracha ou de lápis no lixo, não riscar as carteiras, colocar pastilhas em baixo da carteira).
- Criar hábitos de estudo com rotinas curtas e estruturadas.
- Ajudar a minimizar distrações e conversas paralelas, favorecendo o foco coletivo.



- Comunicação de escola e família

Estabelecer uma comunicação eficaz entre a escola e a família é essencial para o sucesso académico, social e emocional do aluno.

A constância dos bons hábitos em ambos os contextos — casa e escola — cria coerência e continuidade, permitindo que comportamentos positivos e estratégias de aprendizagem sejam reforçados de forma consistente.

O papel da família é oferecer suporte emocional, apoio nas rotinas diárias e transmissão de valores, contribuindo para um ambiente estável e encorajador.

Já a escola deve adaptar as práticas pedagógicas às necessidades de cada aluno, identificar precocemente sinais de dificuldade e implementar estratégias personalizadas, como o uso de rotinas estruturadas e regras visuais.

Quando há partilha de informações e colaboração contínua entre pais e educadores, é possível alinhar expectativas, compreender melhor o comportamento do aluno e promover intervenções mais eficazes.

Essa parceria fortalece a motivação, a autoconfiança e o sentimento de pertença da criança, tornando o processo educativo mais harmonioso e significativo.

Importância da família

- O apoio emocional e estrutural

A família exerce um papel fundamental no acolhimento e no suporte à criança, especialmente desde o momento do diagnóstico.

Oferecer um ambiente familiar afetivo, organizado e previsível é essencial para o equilíbrio emocional e o desenvolvimento das rotinas diárias.

Essa estabilidade reflete-se diretamente no comportamento e no rendimento académico, favorecendo a concentração, a segurança e a autoconfiança da criança com PHDA.

- Motivação e autoestima

A participação ativa dos familiares no processo de aprendizagem contribui significativamente para o fortalecimento da autoestima e da motivação da criança.

Quando os pais demonstram interesse pelas tarefas escolares, celebram pequenas conquistas e valorizam o esforço, ajudam o aluno a acreditar nas próprias capacidades e a desenvolver uma atitude mais positiva perante os desafios.

- Acompanhar de forma ativa o desenvolvimento do aluno

É papel da família acompanhar de forma contínua o desenvolvimento integral do aluno, mantendo uma comunicação aberta com professores e terapeutas.

A colaboração entre casa e escola permite reforçar as estratégias educativas também no ambiente familiar, garantindo coerência nas intervenções e promovendo um progresso mais sólido e consistente.

Importância da escola

- Identificar e encaminhar

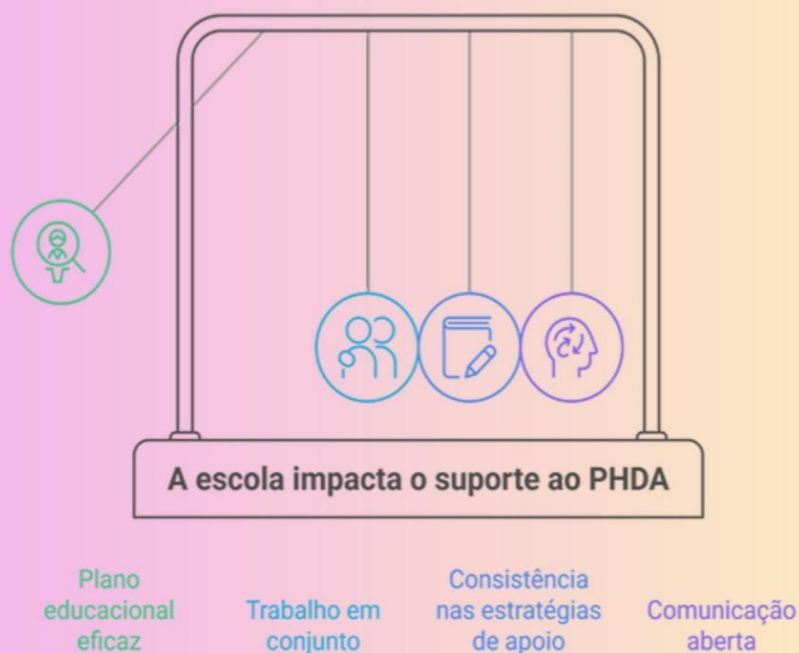
O papel de suma importância que tem os profissionais da educação tem é o de identificar os sintomas de PHDA, informar à família e recomendar o encaminhamento do aluno para a avaliação profissional.

- Suporte educacional especializado

A escola tem o dever de adaptar o currículo e os meios de ensino para suprir as necessidades específicas do aluno, como introduzir e destacar o uso de rotinas visuais e instruções simplificadas e claras.

- Ambiente propiciador de aprendizagem

A escola tem o papel de estudar e aplicar estratégias para auxiliar na concentração, no desenvolvimento, como através do uso de quadros de regras e combinados, auxiliando na autorregulação comportamental do aluno.



- . Ofertar um local de troca e de proximidade com o professor
Fazer uso de estratégias que propiciem o contato mais próximo do aluno com o professor para se ter um melhor acompanhamento e a execução mais efetiva de propostas de manifestações comportamentais.

- . A importância dos momentos de pausa
Garantir momentos de pausa assegura o processamento das informações, como também a qualidade da execução das tarefas e a regulação do autocontrole no ambiente de sala de aula.

- . Compartilhar e executar técnicas de estudo

- . O uso de temporizadores como estratégia de potencializar o tempo útil de estudo

Compreendendo que o processo de aprendizagem deve ser algo natural e que é necessário uma complexa atividade mental para que isso ocorra é preciso passar por processos como:

- . Pensamento
- . Percepção
- . Emoção
- . Memória
- . Motricidade
- . Mediação

- . Clarificar as regras e as tarefas de modo a simplificar o objetivo (ambiente e tarefas a serem executadas em sala de aula).

Ideias

- . Ainda que as pessoas com PHDA muitas vezes não gostem de ter uma rotina e prefiram novidades é importante estabelecer um quadro de incentivos das tarefas a serem realizadas ao longo da semana.



A minha lista de Tarefas

Tarefa Diária	S	T	Q	Q	S
Momento de acolhimento, roda de conversa					
Lista de chamada					
Retomar aulas anteriores e atividades de casa					
Aula					
Lanche					
Atividade					
Momento de roda final					
Momento de relaxamento (ouvir música, brincar, atividades ao ar livre)					

Estratégias práticas e jogos para fortalecer a atenção

Jogo 1: Jogo da Memória (ou “Jogo da Atenção”)

- Trabalha a atenção sustentada e a vez do outro.
- Dicas:
 - Comece com poucas peças (2 ou 3 pares).
 - Jogue turnos curtos: uma rodada rápida, depois uma pausa para outra atividade que a criança goste.
 - Vá aumentando gradualmente o tempo de atenção e o número de pares.
 - Elogie o esforço, não apenas o acerto.
 - Vá aumentando gradualmente a complexidade e os pormenores das imagens do jogo.

Como melhorar a atenção através do Jogo da Memória?



Jogo 2: Lince (ou jogos de procurar figuras)

- A criança precisa encontrar um item específico em meio a vários estímulos visuais.
- Pode ser substituído por:
 - Revistas, livros ilustrados ou páginas com muitas figuras.
 - Peça para encontrar algo de interesse da criança (“Procure todas as bolas!”) e depois algo neutro (“Agora ache o nariz do gato”).
- Ajuda a manter a atenção mesmo em tarefas menos interessantes.

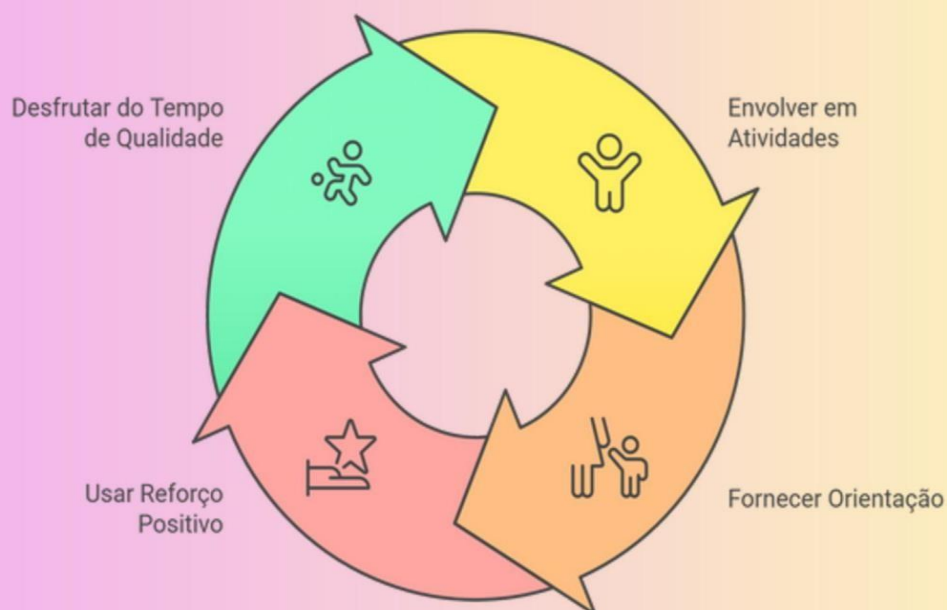
Como melhorar o foco da criança durante tarefas visuais?



Outras atividades que estimulam

- Revistinhas de jogos infantis (labirintos, códigos, pintura por número/cor).
- Importante: faça junto com a criança.
 - Se a atividade for difícil, ela pode desistir sozinha.
 - Sua presença, incentivo e alegria tornam o momento mais prazeroso e eficaz.
- Use reforçadores positivos: elogios, tempo de brincadeira, cores vivas, músicas, etc.

Ciclo de Atividades de Estimulação Infantil



Dicas gerais para professores e terapeutas

- Mantenha uma relação prazerosa e motivadora.
- Alterne atividades: um pouco do que a criança quer, um pouco do que você propõe.
- Evite longas sequências de tarefas difíceis.
- Participe do jogo — o aprendizado precisa ser divertido também para o adulto!
- Siga a liderança da criança, especialmente nas primeiras interações, para criar vínculo e engajamento.

Como melhorar o aprendizado e o engajamento da criança?



18

Figura r- Dicas Gerais para Professores e Terapeutas

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- ASSIS, M. (1994). *Memórias Póstumas de Brás Cubas*. Ática.
- BARKLEY, R. A. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 4. ed. Guilford Press, 2015.
- BRAGA, C. F.; RODRIGUES, M. S. Desafios docentes no atendimento de estudantes com TDAH no ensino fundamental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 25, n. 3, p. 423-440, 2019.
- CARROLL, A. Current perspectives on attention deficit hyperactivity disorder: a review of literature. *Australasian Journal of Special Education*, v. 40, n. 1, p. 1-21, 2016.
- CREELMAN, K. A literature review of understanding and supporting students with ADHD in the classroom. *Northwest Journal of Teacher Education*, v. 16, n. 1, 2021.
- FREIRE, P. (1996) *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Paz e Terra.
- LEAL, M. (2010). *Intervention in learning difficulties with children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Primary School: a North of Portugal Research*. 2010. Tese (Doutoramento em Ciências da Educação) – Universidade Católica Portuguesa.
- LISPECTOR, C. (1973). *Uma Aprendizagem ou o Livro dos Prazeres*. Rio de Janeiro.
- POLANCZYK, G. et al. ADHD (2014). prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, v. 43, n. 2, p. 434–442, 2014.
- ROUSSEAU, J.-J. (1995). *Emílio, ou Da Educação*. Martins Fontes.
- WILLCUTT, E. G. et al. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, v. 9, p. 490-499, 2012.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5*. Artmed.
- Araújo, M. I. de O. (2016). *Atendimento educacional especializado nas escolas estaduais do Rio Grande do Norte: A perspectiva dos professores*. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)*. Guilford Press.
- Garcia, R. M. C. (1999). A educação de sujeitos considerados portadores de deficiência: contribuições vygotskianas. *Ponto de Vista*, 1(1), 42–55.
- Politou, T. C. (2022). Investigation of the feelings, attitudes and concerns of special and general education teachers regarding the inclusive education of students with ADHD. *Open Access Library Journal*, 9, e9211. <https://doi.org/10.4236/oalib.1109211>
- Russell, A. E., Benham-Clarke, S., Ford, T., Eke, H., Price, A., Mitchell, S., Newlove-Delgado, T., Moore, D., & Janssens, A. (2023). Educational experiences of young people with ADHD in the UK: Secondary analysis of qualitative data from the CATCH-uS mixed-methods study. *British Journal of Educational Psychology*, 93(4), 941–959.
- Szép, A., Dantchev, S., Zemp, M., Schwinger, M., Chavanon, M.-L., & Christiansen, H. (2021). Facilitators and barriers of teachers' use of effective classroom management strategies for students with ADHD: A model analysis based on teachers' perspectives. *Sustainability*, 13(22), 12843. <https://doi.org/10.3390/su132212843>
- Zerbato, A. P., & Mendes, E. G. (2018). Desenho universal para a aprendizagem como estratégia de inclusão escolar. *Educação Unisinos*, 22(2), 147–155. <https://doi.org/10.4013/edu.2018.222.04>
- Lispector, C. (1999). *A paixão segundo G.H. Rocco*.
- PERRENOUD, Philippe. *Desenvolver competências ou ensinar saberes?: a escola que prepara para a vida*. Penso Editora, 2013.
- Pessoa, F. (1999). *Livro do desassossego*. Assírio & Alvim.
- Rousseau, J.-J. (2004). *Emílio, ou da educação*. Martins Fontes.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. Paz e Terra.

IV - DISCUSSÃO GERAL E IMPLICAÇÕES

1. PAPEL DA ESCOLA NA INCLUSÃO

É indiscutível a relevância da escola para o desenvolvimento humano. Entretanto, diversos debates vêm ganhando destaque quando se trata da verdadeira função da instituição escolar e da urgência de reformulações curriculares, principalmente no que diz respeito à sua importância para a sociedade. Como afirma Perrenoud (2013):

Ninguém vai à escola apenas por ir, mas para adquirir conhecimentos, competências, atitudes e valores necessários para enfrentar a vida. Dizer que a escola deve preparar para a vida é óbvio. Ninguém discordaria disso ou defenderia que a escolaridade seja um fim nela mesma. A grande questão é: como a escola deve preparar os jovens para a vida? Se essa resposta fosse simples e consensual, não haveria tantas discussões intensas sobre reformas curriculares, especialmente aquelas voltadas ao desenvolvimento de competências. Não é uma questão simples e dificilmente chegaríamos a um consenso absoluto (Perrenoud, 2013, p.164).

A missão central da escola ainda gera debates, pois muitos entendem que cabe a ela a formação integral dos indivíduos. Nesse sentido, a presença de crianças com Necessidades Especiais (NEE) nas instituições de ensino representa grandes desafios, sobretudo no que se refere à adaptação pedagógica para atender de forma adequada às diferentes realidades e necessidades dos estudantes. Embora a escola tenha enorme importância social, a responsabilidade de educar não é apenas dela: família e sociedade também participam da formação de cidadãos críticos e atuantes. Assim, o ambiente escolar deve acolher, transmitir e construir conhecimentos fundamentais para o desenvolvimento humano e social.

2. EDUCAÇÃO INCLUSIVA E DIREITOS

A Declaração de Salamanca (1994) reforça que um dos pilares da educação inclusiva é garantir que todos possam aprender em condições de igualdade, sempre que possível, independentemente de suas limitações. O documento destaca:

Escolas inclusivas devem reconhecer e responder às necessidades diversas de seus alunos, considerando estilos e ritmos de aprendizagem, garantindo ensino de qualidade para todos por meio de um currículo adequado, organização eficaz, estratégias didáticas adequadas, recursos e parceria com a comunidade. Deve haver uma continuidade de serviços e apoio proporcional às necessidades especiais apresentadas (DECLARAÇÃO DE SALAMANCA, 1994, p.5).

Resultado de uma conferência mundial realizada em Salamanca, na Espanha, em junho de 1994, essa declaração orienta políticas e práticas voltadas à garantia do direito à educação de qualidade para pessoas com NEE — sejam crianças, jovens, adultos ou idosos.

O documento reforça que o direito à educação já está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos e reafirmado na Declaração Mundial sobre Educação para Todos. Ele destaca ainda o direito das pessoas com deficiência de opinar sobre sua própria educação e o direito das famílias de serem ouvidas sobre o que consideram mais adequado para seus filhos.

3. RESPONSABILIDADE DOCENTE E PRÁTICA PEDAGÓGICA

Diante disso, a escola e seus profissionais precisam adotar práticas pedagógicas realmente inclusivas. O ambiente escolar é um espaço de socialização e construção de conhecimento; logo, precisa ser acessível e acolhedor. Nunes e Madureira (2015) explicam que a educação inclusiva é um movimento social, político e educacional que assegura a participação e o respeito às diferenças, buscando desenvolver competências que promovam cidadania e participação ativa.

4. FORMAÇÃO DOCENTE E DESAFIOS REAIS

Apesar de ser um direito, a educação inclusiva ainda é um objetivo a ser plenamente alcançado. Quando falamos sobre inclusão, é impossível ignorar o papel dos professores. Seu trabalho está diretamente ligado à qualidade do ensino e ao desenvolvimento dos estudantes. Por isso, o docente precisa estar preparado, consciente de seu papel de mediador e criador de saberes. Mercado (2002) destaca que o professor precisa recriar constantemente sua prática pedagógica, considerando a diversidade dos alunos e os diferentes contextos em que atua.

Nesse sentido, é essencial que o docente compreenda sua responsabilidade e domínio de conteúdo para adaptar estratégias que contemplem todos os estudantes. Quando reconhece sua função de criar e recriar métodos, contribui para a formação crítica e participativa dos indivíduos, respeitando suas singularidades. Como explica Rios (2001), o bom desempenho docente depende tanto do domínio do conhecimento quanto das estratégias para colocá-lo em prática.

Contudo, a realidade nem sempre favorece essa atuação. Muitas escolas públicas carecem de estrutura, políticas adequadas e apoio pedagógico para atender alunos com NEE. As turmas grandes dificultam a atenção individualizada e, muitas vezes, crianças acabam invisibilizadas no processo de ensino.

5. INCLUSÃO, PHDA E POTENCIAL DE MUDANÇA

Entre essas dificuldades, alunos com PHDA costumam enfrentar obstáculos maiores, especialmente na aprendizagem. Quando o professor reconhece e intervém corretamente, é possível promover avanços significativos. O ser humano possui grande capacidade de desenvolver e modificar habilidades cognitivas, e a escola pode ser um espaço de superação quando o professor acredita no potencial dos alunos e utiliza estratégias adequadas.

6. CONCLUSÃO DA DISCUSSÃO

Ainda que não seja uma tarefa simples, compreender as dificuldades enfrentadas pelos estudantes é essencial. Para isso, é indispensável o investimento em formação docente e qualificação profissional voltada à inclusão. No caso dos alunos com PHDA, a falta de acompanhamento adequado gera desmotivação e pode trazer prejuízos para a vida adulta. Portanto, uma educação inclusiva, efetiva e de qualidade é um caminho fundamental para uma sociedade mais justa e igualitária.

CONCLUSÃO

A inclusão de alunos do 1.º ciclo com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) pede uma abordagem que articule história, conceito e prática. Num sistema educativo que deve assegurar pertença e participação para todos, a PHDA não é vista como uma “doença” a ser “curada”, mas como uma condição com a qual escola e comunidade aprendem a conviver por meio de estratégias adequadas (Lopes, 2004). Esta perspetiva alinha-se com o quadro internacional dos direitos: a educação como direito universal orientado ao desenvolvimento pleno da pessoa (ONU, 1948) e o apelo a sistemas que respeitem a diversidade, as necessidades e as características dos alunos (UNESCO, 2008). No mesmo rumo, a Declaração de Salamanca consolidou a ideia de escolas inclusivas, onde todos aprendem juntos, com currículos ajustados, organização flexível, uso intencional de recursos e cooperação com as comunidades (UNESCO, 1994; Sanches, 2005).

Esse caminho implicou mudanças de paradigma: da lógica de “deficiência” para o conceito de Necessidades Educativas Especiais e, depois, para políticas de inclusão que recusam, de princípio, qualquer exclusão académica ou presencial (Correia, 2010; Rodrigues, 2006). Falar em educação inclusiva é propor uma nova imagem de escola, assentada em equidade, diversidade e cultura de cooperação, rompendo com o currículo único, o “aluno-padrão” e a aprendizagem reduzida à mera transmissão (Rodrigues, 2007; Rodrigues, 2003). Em Portugal, a legislação reforçou a responsabilidade da escola regular perante todos os alunos, exigindo adaptações organizacionais e curriculares para garantir sucesso e igualdade de oportunidades (Silva, 2009).

No cotidiano, é decisivo criar um ambiente em que o aluno se reconheça e participe, o que sustenta motivação e eficácia das aprendizagens (Leite, 2003). Persistem, contudo, obstáculos: gerir comportamentos diversos em currículos rígidos é exigente e pode gerar exclusão sem uma mediação intencional (Sosin & Sosin, 2006). Daí o papel central do professor: atitude proativa, levantamento de necessidades e adaptação das intervenções são pontos de partida para uma gestão pedagógica efetiva (Santos, 2011; DuPaul e Stoner, 2003). Estratégias organizacionais clássicas — colocar a criança perto do professor, reduzir distrações, permitir movimento regulado, ajustar métodos e critérios de avaliação e mobilizar tecnologias e tutoria entre pares — tendem a ser eficazes quando têm objetivos claros (Parker, 2003; Paasche, Gorril e Strom, 2010; Rodrigues, 2008; Rodrigues, 2011). No plano comportamental, combinam-se reforços sociais e materiais, contratos de comportamento e economias de fichas, com abordagens cognitivo-comportamentais (autoinstrução, treino de competências sociais) cuja eficácia depende de aplicação coerente e sistemática (Vasquez, 1997; Rodrigues, 2008). Nada disso dispensa a parceria escolar-familiar, essencial para dar continuidade e consistência às intervenções (Rodrigues, 2011).

A consolidação de uma escola inclusiva também depende das percepções e do conhecimento dos docentes. A literatura indica que rótulos diagnósticos e níveis de

conhecimento influenciam a forma como se gerem comportamentos e expectativas, embora a relação entre “conhecimentos” e “percepções” ainda seja pouco integrada na investigação (Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008; Kos, 2004; Mulholland, Cumming & Jung, 2015). Estudos com professores do 1.º e 2.º ciclos mostram a utilidade de operacionalizar percepções em dimensões como Falta de Controlo, Perceção de Competência e Influências na Gestão, relacionando-as com formação, tempo de serviço e experiência prévia com alunos com PHDA (Alvarez, 2014; Kos, 2004; Mulholland, Cumming & Jung, 2015). Sendo muitas vezes o professor quem primeiro identifica dificuldades e encaminha para avaliação, o seu conhecimento não só orienta práticas como também molda o clima de sala e as oportunidades de participação (Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008).

Em síntese, a história recente da inclusão e a compreensão atual da PHDA convergem num imperativo: converter direitos em rotinas institucionais. Isso implica escolas que rejeitem a exclusão, se organizam para responder à diversidade e investem numa docência colaborativa e reflexiva; professores que articulam gestão pedagógica, estratégias comportamentais e parceria com as famílias; e políticas que garantam formação contínua e recursos — para que pertença, participação e aprendizagem sejam experiências efetivas para todas as crianças do primeiro ciclo, incluindo aquelas que vivem com PHDA (UNESCO, 1994; UNESCO, 2008; Sanches, 2005; Correia, 2010;

Rodrigues, 2006; Rodrigues, 2007; Rodrigues, 2003; Silva, 2009; Leite, 2003; Lopes, 2004; Santos, 2011; DuPaul e Stoner, 2003; Parker, 2003; Paasche, Gorril e Strom, 2010; Vasquez, 1997; Rodrigues, 2008; Rodrigues, 2011; Sosin & Sosin, 2006; Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008; Kos, 2004; Mulholland, Cumming & Jung, 2015; Alvarez, 2014).

Dessa maneira, é fundamental que o professor seja capaz de identificar as particularidades do aluno, para então refletir sobre como o processo de ensino pode ser adaptado às suas habilidades. Isso significa escolher atividades e conteúdos que favoreçam seu desenvolvimento, considerando seu nível e ritmo de aprendizagem.

Compreendendo que a inclusão é um processo contínuo e em constante construção, a rede de ensino precisa promover ações e projetos que orientem as práticas dos professores, estudantes e equipe pedagógica. Tais iniciativas devem estimular o desenvolvimento de habilidades mentais como atenção, percepção, memória, raciocínio, criatividade, imaginação e linguagem. Além disso, devem oferecer suporte aos profissionais envolvidos na inclusão de alunos com deficiência, contribuindo para uma prática pedagógica mais eficaz e humanizada.

REFERÊNCIAS

- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Persistence, remission and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry, 73*(7), 713–720. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0465>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Araújo, M. (2016). O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade como motivo de encaminhamento ao atendimento educacional especializado. *Revista Educação Especial, 29*(54), 115–128.
- Assis, M. de. (1994). *Memórias póstumas de Brás Cubas*. Ática.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Caye, A., Swanson, J. M., Thapar, A., Sibley, M. H., Arseneault, L., Hechtman, L., & Rohde, L. A. (2016). Life span studies of ADHD: Conceptual challenges and predictors of persistence and outcome. *Current Psychiatry Reports, 18*(12), 111. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0750-x>
- Classi, P., Milton, D., Ward, S., Sikirica, V., & Johnston, J. (2012). Social and emotional difficulties in children with ADHD and their impact on healthcare utilization and costs. *Journal of Medical Economics, 15*(5), 888–897. <https://doi.org/10.3111/13696998.2012.689783>
- Cordinhã, A., & Boavida, J. (2008). Perturbação de hiperatividade e défice de atenção: Da avaliação à intervenção. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 42*(2), 57–78.
- Czamara, D., et al. (2013). ADHD and learning difficulties: A genetic perspective. *European Child & Adolescent Psychiatry, 22*(7), 425–434.
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of ADHD and learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 46*(1), 43–51. <https://doi.org/10.1177/0022219412464351>
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (2nd ed.). Guilford Press.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2002). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine, 32*(3), 423–433.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. Paz e Terra.
- Greenwood, C. R., & Delquadri, J. C. (1995). Classwide peer tutoring. *Exceptional Children, 62*(1), 89–103.
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community. *Archives of Disease in Childhood, 90*(Suppl 1), i2–i7.
- Kos, J. M. (2004). Addressing the needs of students with ADHD. *Intervention in School and Clinic, 40*(2), 99–105.

Lispector, C. (2009). *A paixão segundo G.H. Rocco*.

Mulholland, M., Cumming, T., & Jung, M. (2015). Teacher attitudes toward students with ADHD. *International Journal of Inclusive Education*, 19(2), 1–15.

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Classificação internacional de doenças* (11ª ed.). OMS.

Pessoa, F. (2011). *Livro do desassossego* (R. Zenith, Org.). Companhia das Letras.

Piffner, L. J. (2011). *All about ADHD: The complete practical guide for classroom teachers*. Scholastic.

Politou, E. (2022). Teachers' perceptions of ADHD and inclusion in Greece. *European Journal of Special Education Research*, 8(2), 45–60.

Rousseau, J.-J. (1995). *Emílio, ou da educação*. Martins Fontes.

Russell, A. E., et al. (2023). Prevalence of ADHD in the United Kingdom. *Journal of Attention Disorders*, 27(4), 321–334.

Scheuermann, B., & Hall, J. (2012). *Positive behavioral supports for the classroom*. Pearson.

UNESCO. (1994). *The Salamanca statement and framework for action on special needs education*. UNESCO.

UNESCO. (2008). *Inclusive education: The way of the future*. UNESCO.

U.S. Department of Education. (2006). *Teaching children with attention deficit hyperactivity disorder: Instructional strategies and practices*.

