INSTITUTO SUPERIOR DE LISBOA E VALE DO TEJO

Departamento de Educação

Estratégias de ensino para alunos com PHDA em contexto de sala de aula

Sandra Gabriela Fernandes Correia de Freitas Ferreira

Nº 21429

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial

Domínio Cognitivo e Motor

Orientadores:

Professor Doutor João Casal

Professora Doutora Francisca Fragoso

Odivelas, 2023

INSTITUTO SUPERIOR DE LISBOA E VALE DO TEJO

Departamento de Educação

Estratégias de ensino para alunos com PHDA em contexto de sala de aula

Sandra Gabriela Fernandes Correia de Freitas Ferreira

Nº 21429

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial

Domínio Cognitivo e Motor

Orientadores:

Professor Doutor João Casal

Professora Doutora Francisca Fragoso

Odivelas, 2023

Agradecimento

Agradeço à minha família

Aos professores que participaram neste estudo

Ao meus orientadores de mestrado, Professor Doutor João Casal e Professora Doutora Francisca Fragoso

A todos os pedagogos que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional

A todos os que me motivaram neste desafio

Sumário analítico

Introdução: Estudo sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) em crianças do 1º ciclo.

Objetivo: Conhecer as estratégias usadas por professores do 1.º ciclo em contexto de sala de aula.

Metodologia: Trata-se de um estudo misto - qualitativo e quantitativo. O período de recolha de informação decorreu entre Abril e Maio de 2023, através de entrevista estruturada (perguntas abertas e fechadas) e de um inquérito por questionário (perguntas tipo aberto) havendo 6 participantes sido escolhidos de forma intencional.

Resultados: Os dados mostram que todos professores já tiveram vivências com alunos com PHDA, no qual passaram por momentos desafiantes com as crianças e revelaram possuir conhecimentos que lhes permitiram associar os comportamentos observados, nomeadamente a falta de atenção e a irrequietude, à patologia de estudo. Alguns dos intervenientes tiveram formação contínua participando em colóquios e Workshops, Na sua prática letiva aplicaram estratégias procurando dar resposta às solicitações, às necessidades apresentadas pelas crianças.

Conclusão: Os docentes possuem estratégias de intervenção para trabalhar com crianças com PHDA, no processo de ensino aprendizagem, os pedagogos articulam com técnicos, com a família e assistentes operacionais perspetivando a calma, a harmonia e o sucesso escolar do discente integrado na turma.

Palavras-chave - PHDA; Perceção; Articulação; Estratégias educativas; Inclusão.

Abstract

Introduction: Study on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in primary school children.

Objective: To understand the strategies used by Elementary teachers in the classroom context.

Methodology: This is a mixed study - qualitative and quantitative. The information collection period took place between April and May 2023, through a structured interview (open and closed questions) and a questionnaire survey (open questions) with 6 participants being chosen intentionally.

Results: The data shows that all teachers have had experiences with students with ADHD, in which they went through challenging moments with the children and revealed that they had knowledge that allowed them to associate the observed behaviors, namely lack of attention and restlessness, with the pathology under study. Some of the participants had ongoing training by participating in colloquiums and workshops. In their teaching practice, they applied strategies seeking to respond to the requests and needs presented by the children.

Conclusion: Teachers have intervention strategies to work with children with ADHD, in the teaching-learning process, pedagogues work with technicians, the family and operational teaching assistants to ensure calm, harmony and academic success of the student integrated into the class.

Keywords - ADHD; Perception; Articulation; Educational strategies; Inclusion.

Prefácio

Ensinar é um ato versátil, rico, que fomenta uma série de ações, desde ser investigador, criativo, comunicador, simplificador... não basta apenas falar de conhecimentos ou articular conceitos. Para o aluno receber o saber há que fazê-lo compreender, demonstrando e aplicando esses conhecimentos, com naturalidade no dia a dia, conduzindo-o no sentido da procura do seu sucesso.

Para potenciar esse sucesso, é fundamental o trabalho colaborativo de todos intervenientes educativos, no qual cada um dá o seu contributo, de acordo com as necessidades de cada discente. O agir de cada um deve estar centrado no ritmo e das caraterísticas físicas e psicológicas que caraterizam o aluno, no meio de uma multidão. Este trabalho baseia-se na articulação de diferentes conceitos numa dimensão inclusiva, perante um aluno com PHDA, reunindo estratégias de ensino para o desenvolver no domínio cognitivo e motor. Com o intuito de incremento da satisfação global da turma e do docente.

Lista de abreviaturas e acrónimos

AAP – *American Academy Pediatrics*

APA – *American Psychological Association*

Art. – Artigo

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ASRS – *Adult ADHD* (PHDA) *Self-Report Scale*

DL – Decreto-Lei

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DT – Diretor de turma

EB – Escola Básica

EE – Encarregado de educação

EINAQ - *European Interdisciplinary Network for ADHD* (PHDA) *Quality Assurance*

EMAEI - Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

EUA – Estados Unidos da América

CID – Classificação internacional de doenças

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NEE – Necessidades Educativas Especiais

Nº - Número

OA – Objeto de aprendizagem

PHDA – Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção

PTT – Professor Titular de Turma

QI – Quociente de Inteligência

SPO – Serviços de Psicologia e Orientação

UE – União Europeia

UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência, Cultura

Índice

Agradecimentos.....I

Sumário analítico e Palavras-chave.....II

Abstract and Keywords.....III

Prefácio.....IV

Lista de abreviaturas e acrónimos.....V

Índice.....VI

Índice de Quadros.....IX

Índice de Gráficos.....X

Índice de Apêndices.....XII

Introdução.....1

Revisão literária.....4

Capítulo I – Enquadramento Teórico.....5

1 – Desenvolvimento humano.....5

1.1 – Desenvolvimento global da criança dos 0 aos 6 anos de idade.....7

1.2 – Modelos sobre o desenvolvimento.....8

1.3 – Tipos de desenvolvimento.....9

2 – Perturbações.....9

2.1 – Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção.....11

2.2 – Educação para o Desenvolvimento.....12

2.3 – Educação inclusiva.....14

2.4 – Conceito de N.E.E.....15

2.5 – Intervenção em Educação Especial.....20

3 – Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (P.H.D.A.).....21

3.1 – Perspetiva histórica.....21

3.2 – Enquadramento teórico da P.H.D.A.....24

3.2.1 – Os subtipos de P.H.D.A.....26

3.2.2 – Etiologia / Causas da P.H.D.A.....28

3.3 – A P.H.D.A. ao longo da vida.....30

3.4 – Diagnóstico / Avaliação.....34

3.4.1 – Critérios de diagnóstico da P.H.D.A.....34

3.5 – Intervenção em P.H.D.A.....36

3.5.1 – Estratégias facilitadoras de aprendizagem para alunos com P.H.D.A. em qualquer contexto.....39

3.5.2 – Técnicas de intervenção na Família com criança / jovem com P.H.D.A.....40

3.5.3 – Estratégias de intervenção na Escola para alunos com P.H.D.A.....40

3.6 – O Yoga em P.H.D.A.....42

3.7 – A dança em P.H.D.A.....43

3.7.1 – Trabalho de campo.....45

3.7.1.1 – Caracterização e Contextualização da Criança.....45

3.7.1.2 – Planificação da Atividade.....45

Capítulo II – Metodologia.....49

1 – O problema / questão de investigação.....49

2 – Objetivos da investigação.....49

2.1 – Objetivo geral.....49

2.2 – Objetivos específicos.....50

3 – Tipos de estudo.....50

4 – Sujeito / participantes.....50

5 – Instrumentos de recolha de dados.....51

6 – Cronograma.....54

7 – Procedimentos de recolha de dados.....54

Capítulo III – Resultados.....56

1 – Apresentação e Análise de Dados.....56

2 – Discussão de Resultados da Investigação.....71

Capítulo IV – Conclusão.....79

1 – Em notas finais.....86

2 – Para finalizar, este trabalho propõe-se as seguintes sugestões.....87

Capítulo V – Referências Bibliográficas.....87

1 – Bibliografia.....88

2 – Webgrafia.....92

Capítulo VI – Apêndices.....A

Apêndices.....A

Índice de Quadros

Quadro 1 – Comparação de sinais e sintomas comuns na PHDA na infância e adolescência.....32

Quadro 2 – Planificação da atividade de Dança.....46

Quadro 3 – Plano do projeto.....54

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Tempo de serviço.....56

Gráfico 2 – Formação Inicial.....56

Gráfico 3 – Formação continua em PHDA.....57

Gráfico 4 – Experiência com crianças com PHDA.....57

Gráfico 5 – Identificar crianças com PHDA.....58

Gráfico 6 – Comportamentos da criança que chamaram à atenção.....58

Gráfico 7 – Comportamento observado associado à impulsividade, à irrequietude e falta de atenção.....59

Gráfico 8 – Pesquisa sobre a perturbação.....60

Gráfico 9.1 – Desafios vivenciados inicialmente junto da criança com PHDA.....60

Gráfico 9.2 (continuação) – Desafios vivenciados inicialmente junto da criança com PHDA.....61

Gráfico 10 – Articulação entre professores e técnicos.....61

Gráfico 11 – Os professores articularam com diferentes técnicos.....62

Gráfico 12 - Articulação entre professores e assistentes operacionais.....62

Gráfico 13 – Aplicação de estratégias especificas em contexto fora de aula.....63

Gráfico 14 - Articulação entre professores e família.....64

Gráfico 15.1 – Comunicar com alunos com PHDA.....64

Gráfico 15.2 (continuação) – Comunicar com alunos com PHDA.....65

Gráfico 16.1 – Situações que acalmaram a criança com PHDA.....65

Gráfico 16.2 (continuação) – Situações que acalmaram a criança com PHDA.....66

Gráfico 17 – Alteração do comportamento ao longo do dia.....66

Gráfico 18 – Evolução da aprendizagem com adaptações.....67

Gráfico 19.1 – Estratégias utilizadas para diminuir a irrequietude motora e falta de atenção em contexto de sala de aula.....67

Gráfico 19.2 (continuação) – Estratégias utilizadas para diminuir a irrequietude motora e falta de atenção em contexto de sala de aula.....68

Gráfico 20.1 – Estratégias dos professores para potenciar o sucesso.....68

Gráfico 20.2 (continuação) – Estratégias dos professores para potenciar o sucesso.....69

Gráfico 21 – Estratégias de organização em trabalhos de grupo.....69

Gráfico 22.1 – Estratégias de ensino mais eficazes pelos professores.....70

Gráfico 22.2 (continuação) – Estratégias de ensino mais eficazes pelos professores.....70

Índice de Apêndices

Apêndice A – Entrevista – Professores 1º Ciclo.....*A*

Apêndice B – Questionário – Professores 1º Ciclo.....*D*

Apêndice C – Tabelas 1, 2 e 3.....E

Tabela 1 – Tempo de serviço

Tabela 2 – Formação Inicial

Tabela 3 – Formação continua em PHDA

Apêndice D – Tabelas 4, 5 e 6.....F

Tabela 4 – Experiência com crianças com PHDA

Tabela 5 – Identificar crianças com PHDA

Tabela 6 – Comportamentos da criança que chamaram à atenção

Apêndice E – Tabelas 7 e 8.....G

Tabela 7 – Comportamento observado, associar à impulsividade, à irrequietude e falta de atenção

Tabela 8 – Pesquisa sobre a perturbação

Apêndice F – Tabelas 9 e 10.....H

Tabela 9 – Desafios vivenciados junto da criança com PHDA numa 1ª fase

Tabela 10 – Articulação entre professores e técnicos

Apêndice G – Tabelas 11, 12 e 13.....I

Tabela 11 – Os professores articularam com diferentes técnicos

Tabela 12 - Articulação entre professores e assistentes operacionais

Tabela 13 – Aplicação de estratégias especificas em contexto fora de aula

Apêndice H – Tabelas 14 e 15.....J

Tabela 14 - Articulação entre professores e família

Tabela 15 – Comunicar com alunos com PHDA

Apêndice I – Tabelas 16 e 17.....K

Tabela 16 – Situações que acalmaram a criança com PHDA

Tabela 17 – Alteração do comportamento ao longo do dia

Apêndice J – Tabelas 18 e 19.....L

Tabela 18 – Evolução da aprendizagem com adaptações

Tabela 19 – Estratégias utilizadas para diminuir a irrequietude motora e falta de atenção em contexto de sala de aula

Apêndice K – Tabela 20.....M

Tabela 20 – Estratégias dos professores para potenciar o sucesso

Apêndice L – Tabelas 21 e 22.....N

Tabela 21 – Estratégias de organização em trabalhos de grupo

Tabela 22 – Estratégias de ensino mais eficazes pelos professores

Introdução

O presente trabalho foi realizado no âmbito do Mestrado em Ensino Especial – Domínio Cognitivo e Motor, onde foi formulado para o projeto de investigação o problema: Quais são as estratégias de ensino para alunos com PHDA em sala de aula?

As crianças com PHDA tem despertado cada vez mais o interesse dos professores em saber identificar e trabalhar com estas crianças. Perspetivando uma escola inclusiva, centrada em respeitar mais os ritmos e estilos de aprendizagem de cada um, recorrendo a currículos adequados, a uma boa organização escolar e a estratégias pedagógicas, que fomentam a qualidade e o êxito do aluno.

Esta investigação pretende, compreender a realidade atual do meio educativo de um grupo selecionado de professores, analisar o conhecimento que dispõem em identificar e em associar os sintomas observados em crianças com PHDA, entender os meios de organização, conhecer suas estratégias de intervenção pedagógica, indicar as dificuldades que vivenciaram com a criança e as necessidades em articular com outros intervenientes educativos, assim como, referenciar estratégias usadas que potenciaram mais o sucesso do discente.

O trabalho centrou-se na questão de partida - Quais são as estratégias de ensino para alunos com PHDA em sala de aula? Definindo-se o objetivo geral e os objetivos específicos, sendo impulsionadores do trabalho.

Numa primeira fase do Primeiro Capítulo é feita a apresentação de alguns conceitos de desenvolvimento humano a nível motor, cognitivo, e afetivo como facilitadores e clarificadores do desenvolvimento do trabalho.

Numa segunda fase aborda-se o desenvolvimento global da criança dos 0 aos 6 anos de idade, da 1º a 2 º infância, demonstrando a importância da estimulação das diversas experiências educacionais na mesma.

Continuando nesta linha de desenvolvimento, menciona-se modelos e tipos de desenvolvimento educacional, perturbações que aparecem na 1ª / 2 º infância ou na adolescência e fala-se da Educação para o desenvolvimento das principais formas de intervenção (sensibilização, mobilização, formação e de materiais pedagógicos).

Articulando com Educação inclusiva que procura promover a igualdade de oportunidades a todas as crianças e jovens de todas as condições físicas, sociais e culturais.

Em seguida, é feito uma breve apresentação histórica de PHDA, desde o século XVIII até o século XXI, assim como uma pequena abordagem da Prevalência de PHDA, prosseguindo-se com o enquadramento teórico sobre PHDA, no qual é retratado as estratégias de intervenção, nomeadamente é referido a dança e o yoga no desenvolvimento do domínio cognitivo e motor no processo de ensino e aprendizagem.

Terminando o Primeiro Capítulo com uma proposta de trabalho em campo, onde é elaborado uma planificação de uma atividade com objetivo desenvolver a parte físico-motora, cognitiva, efetiva, social e comunicação corporal de uma criança com PHDA.

Em seguida no Segundo Capítulo, é apresentado o tipo de estudo escolhido, a definição e caracterização da amostra e dos instrumentos utilizados, referindo os procedimentos adotados. Estas ações estão dispostas no cronograma.

Posteriormente no Terceiro Capítulo, é feita a apresentação dos dados primários recolhidos no qual se recorreu às técnicas de análise de conteúdos, análise estatística e análise descritiva (enunciadas no capítulo anterior) e exibida os percentis de cada categoria, permitindo a discussão de resultados.

Finalizando o trabalho com a conclusão abordando os principais conceitos debruçados nos capítulos anteriores. Assim como é feita referência sobre as dificuldades sentidas ao longo desta investigação, e acrescentando também algumas sugestões para investigações futuras.

Revisão literária

Os principais conceitos desenvolvidos são:

- Desenvolvimento humano;
- Perturbações;
- Educação para o desenvolvimento;
- Educação inclusiva;
- PHDA;
- Perspetiva histórica de PHDA;
- Prevalência;
- Etiologia / Causas da PHDA;
- Diagnóstico / Avaliação;
- Estratégias de Intervenção em PHDA.

O projeto de investigação centraliza-se no intuito de conhecer diferentes estratégias de organização utilizadas pelos professores, em alunos com PHDA, nas suas práticas educativas no 1.º ciclo.

Capítulo I – Enquadramento teórico

Para que haja uma compreensão mais profunda de uma dada perturbação, nomeadamente em PHDA, é importante falar da evolução humana, contribuindo assim para um melhor entendimento e articulação de conceitos que envolva o estudo desta patologia no contexto de ensino e aprendizagem. Neste decurso evolutivo, a aprendizagem ocorre ao longo de um prazo variável que promove um conjunto de adaptações internas e comportamentais para receber o conhecimento.

1. Desenvolvimento humano

No decurso dos tempos, o homem evoluiu, mudando as suas caraterísticas físicas, cognitivas socias, tornando-o único na sua maneira de ser (sensibilidade motora, postura reta, bípede...) e de agir (com uma linguagem e pensar próprio, possuindo uma linguagem de escrita que distingue de outros seres vivos). (OA da Unidade Curricular de Motricidade, Mobilidade e Acessibilidade, 2021/2022)

O desenvolvimento motor implica uma mudança comportamental do movimento. O seu desenvolvimento ósseo e nervoso depende de fatores maturacionais (alterações fisiológicas determinadas por especificidades genéticas) e de aprendizagem (processo de transformação resultante da prática, pelo que a estimulação precoce é fundamental para o aperfeiçoamento das funções motoras essenciais como o equilíbrio e a postura e o desenvolvimento de funções percetivo-motoras complexas como a perceção de trajetórias).

O domínio cognitivo centra-se no desenvolvimento intelectual, pensamento, raciocínio, abstração e de resolução de problemas do seu dia-a-dia, exemplo: resolver um problema de matemática. Portanto, o domínio cognitivo verifica-se no nível, ou na qualidade da resposta produzida perante qualquer situação. Com

aprendizagens mais significativas na leitura, interpretação de textos, declamação de poemas.

O domínio psicomotor relaciona-se com a capacidade de manipulação de objetos, desenvolvimento de habilidades, exercício do próprio corpo, (psicomotricidade fina e grossa). Com aprendizagens mais significativas na escrita, na realização de jogos coletivos, ou atividades físicas individuais e coletivas: na ginástica ou dança.

O domínio afetivo-emocional entende-se como o saber estar e ser, o modo de interagir com as suas experiências, regras de conduta e aquisição de valores. Com aprendizagens mais significativas na relação interpessoal, na internalização de valores, regras, normas e princípios e ainda na empatia.

O desenvolvimento infantil é fundamental para a formação social e cognitiva.

Na 1ª e 2ª infância, o cérebro da criança passa por fases diferentes de amadurecimento, a nível motor, cognitivo e emocional.

1ª infância (0 a 3 anos):

- O crescimento corporal e desenvolvimento motor são rápidos;
- Desde as primeiras semanas, a memória e a capacidade de aprendizagem estão presentes;
- A compreensão da fala desenvolve-se de maneira rápida;
- Aumenta o interesse pelas demais crianças;
- Forma-se o vínculo afetivo com outras pessoas;
- A criança começa a exibir-se como um indivíduo, e não como extensão da mãe;
- O brincar deve ser estimulado com objetos de cores e formas variadas;
- Ouvir histórias, favorece o desenvolvimento da fala, como também a parte afetiva.

2ª infância (3 a 6 anos):

- A habilidade motora e os movimentos finos ficam mais precisos;
- Surge o comportamento egocêntrico, mas aumenta a perspetiva sobre os outros;
- A imaginação e a criatividade tornam-se mais apuradas para brincar e realizar atividades;
- Há evolução na linguagem e na memória;
- A criança consegue desenvolver diversas atividades sozinha, como brincadeiras relacionadas à prática desportiva;
- A família ainda é o núcleo social, mas outras crianças passam a ser importantes;
- Existe a formação da fala, da memória, da imaginação e da inteligência emocional;
- Estimular a criatividade e a imaginação através de desenhos e pinturas.

1.1 Desenvolvimento global da criança dos 0 aos 6 anos de idade

Como aprendem e desenvolvem as crianças dos 0 aos 6 anos?

O cérebro de uma criança tem de ser estimulado, proporcionando-lhe uma diversidade de experiências educacionais, vivencias sociais, emocionais, de forma de condicionar a sua evolução ao êxito. É durante os três primeiros anos que o cérebro da criança desenvolve as suas conexões neuronais (sinapto génese).

A sua capacidade de plasticidade neuronal é extensível até os 6 anos, forçando assim a necessidade de incitar os vários domínios da criança, fomentando caminhos alternativos, sempre no sentido inclusivo.

O desenvolvimento de uma criança acarreta o crescimento e alterações do corpo físico, a evolução emocional, cognitiva e social com tempo de maturação e ritmo próprio.

A aprendizagem, que tem início desde o nascimento até fase adulta, envolve uma série de etapas necessárias para a sobrevivência do homem como ser social, que não deverão ser antecipadas, pois poderão ser geradoras de conflitos.

Aprender é um despertar dos sentidos, é o conhecer os limites ou as capacidades do seu corpo. A ação do saber é movida pela curiosidade natural da criança ou por um conjunto de estímulos dados pelo adulto. Cabendo ao adulto o desenvolvimento da capacidade dentro de si, para entender a linguagem verbal ou não verbal e o temperamento de uma criança. Permitindo assim, dar respostas mais adequadas às necessidades das mesmas, fazendo leituras comportamentais mais ajustadas, proporcionando ambientes mais seguros e confiantes, consequentemente a criança revela mais as suas emoções com o apoio imprescindível da sua família.

1.2 Modelos sobre o Desenvolvimento

Assim, sendo temos duas ideologias / modelos sobre o Desenvolvimento.

- Modelo Transacional (Sameroff e Chandler) – É uma interação, dinâmica, continua, bidirecional entre a criança e o meio, sendo ambas de semelhante importância no processo de desenvolvimento.

- Modelo Ecológico (Bronfenbrenner) – Caracteriza o desenvolvimento enquanto resultado de uma interação com ajuste mútuo e progressivo do processo entre a criança, o contexto pessoal e o contexto alargado - família (micro) / escola (meso) / cidade (exo), país (macro) - no tempo e nas suas relações intrínsecas.

Em ambos modelos o desenvolvimento da criança resulta na interação com o meio, assumindo um papel ativo na construção do saber. (Nielsen, L., 1999, pp.23 - 25)

1.3 Tipos de desenvolvimento

Desenvolvimento Típico: A criança alcança os patamares ditos normais dentro da idade esperada, nos diferentes domínios (físico, motor, cognitivo, emocional e social).

Desenvolvimento Atípico: O desenvolvimento não ocorre da forma esperada para a idade e o comportamento desvia-se ou diferencia-se das atitudes consideradas normais. A criança revela sinais diferentes da normalidade, com atrasos significativos na aquisição das etapas típicas do desenvolvimento, ou comportamentos desadequados prolongados e resistentes, ou a falta de interesse e desmotivação constante, ou a ansiedade excessiva ou tristeza, ou dificuldade constante de concentração. (OA da Unidade Curricular de Intervenção Precoce na Infância, pp. 2-4)

No sentido de desenvolver mais o enquadramento teórico do trabalho, é feito uma síntese de perturbações que aparecem na 1ª, 2ª infância e adolescência, tentando alargar o campo de visão da existência de outras patologias, manifestadas durante este intervalo de tempo, a qual é assinalado a PHDA.

2. Perturbações

As perturbações aparecem na 1ª e na 2ª infância ou na adolescência, apresentando-se clinicamente nessa altura, no entanto muitas vezes só são diagnosticadas na idade adulta.

O diagnóstico que é feito aos adultos com perturbações que aparecem habitualmente na primeira, na segunda infância e na adolescência são definidos por critérios de satisfação relevantes ao mesmo.

Atualmente as perturbações são apresentadas por uma tabela de critérios que se aplicam às crianças, adolescentes e adultos, de acordo com os seus sintomas.

As perturbações que surgem na primeira e segunda infância ou na adolescência são:

- Dificuldade Intelectual e do Desenvolvimento, a qual se caracteriza por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (QI de 70 ou inferior);

- Perturbações de Aprendizagem, as quais são caracterizadas por um funcionamento escolar inferior ao esperado para a faixa etária;

- Perturbações de Aptidões Motoras e do Desenvolvimento da Coordenação, as quais se manifestam inferiores para a idade cronológica e nível intelectual do sujeito;

- Perturbações da Comunicação, que se manifestam em dificuldades da fala ou da linguagem;

- Perturbações Globais do Desenvolvimento, caracterizadas por défices graves e perturbações generalizadas em várias áreas do desenvolvimento, onde se inclui a perturbação do espectro do Autismo;

- Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção, a qual falaremos de forma mais aprofundada ao longo do trabalho;

- Perturbações de Alimentação e de Comportamento, as quais são caracterizadas por alterações persistentes do comportamento alimentar e de ingestão de alimentos;

- Perturbações de Tiques, as quais se caracterizam por tiques vocais e/ou motores, onde se inclui, por exemplo as Perturbação de Gilles de la Tourette;

- Perturbações de Eliminação com a encoprese (fezes) e enurese (urina).

2.1 Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção

Nas Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção incluem a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, a Perturbação do Comportamento e a Perturbação de Oposição.

Na Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, os subtipos desta perturbação poderão ser do tipo predominantemente desatento, tipo predominantemente hiperativo-impulsivo e tipo misto.

No que concerne à Perturbação do Comportamento, esta manifesta-se através de um padrão de comportamento persistente e repetitivo em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais próprias da faixa etária do indivíduo. Esta perturbação do comportamento causa um défice clinicamente significativo na atividade social, escolar e laboral.

Por último, a Perturbação de Oposição caracteriza-se um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiante, desobediente e hostil relativamente às figuras de autoridade, caracterizando-se por fúrias, discussão com os adultos, desafio ou recusa em cumprir os pedidos ou regras dos adultos, entre outros. Estes comportamentos exprimem-se por uma persistente teimosia, resistência às ordens, falta de cedência ou negociação com os adultos ou companheiros.

Após a abordagem do entendimento da evolução do homem, e considerando que o âmbito do trabalho é transversal à escola e à comunidade envolvente é imprescindível falar-se de Educação para o desenvolvimento na vertente inclusiva.

2.2 Educação para o desenvolvimento

A Educação para o desenvolvimento é um conjunto de ações de aprendizagem dinâmicas que perspetiva alargar a consciência social, centrada no desenvolvimento pessoal sustentável de cada um. Esta pressupõe uma panóplia de interações sociais, culturais, políticas e económicas, projetando um conjunto de valores e práticas de inclusão, de interculturalidade, de justiça, de solidariedade e de paz que devem ser visíveis no cidadão / sociedade global ao longo do tempo. Fomenta uma compreensão junto da opinião pública mundial no sentido cooperativo para o desenvolvimento e transformação social no combate às desigualdades sociais e discriminação e da promoção do bem-estar nas suas múltiplas dimensões.

A Educação para o desenvolvimento objetiva a mudança, pelo que implica conhecer a realidade envolvente da forma agir (no espaço, desde o microsistema ao macrosistema e no tempo ligando o passado ao futuro), através de decisões solidarias de justiça e de equidade, reavaliando, sempre que necessário, de forma ajustar as ações pessoais / coletivas em prol do mundo em que vivemos, ao longo da vida. Numa ação pessoal, que se reflete para o seu semelhante, perpetuando-se para o global numa relação de interdependência. É a opinião pública que a educação para o desenvolvimento visa promover a autonomia do pensamento (refletir), levando-o a tomar decisões construtivas face a desequilíbrios e injustiças a nível pessoal e coletivo.

É um processo que perspetiva uma interação e um envolvimento pessoal e coletivo ativo. Centrado na formação dos vários domínios (linguístico, raciocino, lógico, artístico, físico, cultural) do individuo de forma integral e sustentável. De forma a desenvolver as suas potencialidades, aumentando a sua consciência social local / global e compreensão face às origens dos problemas de desenvolvimento e das desigualdades.

As principais formas de intervenção da Educação para o desenvolvimento (de acordo com os objetivos e os públicos-alvo a alcançar) são:

• Sensibilização - Chamar atenção a grupos específicos ou não, fornecendo-lhes o máximo de informações pertinentes para que haja uma melhor compreensão da problemática em questão, levando-o a um possível aprofundamento do tema. Lobbying (atividade de pressão político-social por um grupo focado em ações concretas determinadas no tempo) e Advocacia (atividade de pressão político-social casuística ao longo do tempo).

• Mobilização – Ações que visam chamar atenção de identidades políticas, a opinião pública e outras (atores sociais, sociedade civil), para mudança de políticas e de ações.

• Formação - Debruça-se na promoção das capacidades do destinatário, que mais tarde lhe permita trabalhar um dado tema relacionado com Educação para o desenvolvimento.

• Produção de materiais pedagógicos – Fundamentais na divulgação junto dos agentes educativos na comunidade escolar. (OA de Educação, Desenvolvimento e Dimensão Social, 2021/2022).

No processo de educação para o desenvolvimento, a escola deve assumir um papel ativo, nos vários níveis de ensino e ciclos de educação, contribuir para um mundo mais justo, inclusivo e solidário ao fomentar: a aquisição de conhecimentos; o desenvolvimento de capacidades das crianças e jovens; a promoção de valores, atitudes e comportamentos; a compreensão critica da realidade social envolvente; a participação informada perante desafios locais e globais.

De acordo com o documento, (European Multi-Stakeholder Steering Group on Development Education, 2007, no Referencial de Educação para o Desenvolvimento), a sensibilização e a educação para o desenvolvimento contribuem para a erradicação da pobreza e a promoção do desenvolvimento sustentável. Através de:

• "Abordagens e atividades educativas que se baseiam também em ideias e perceções das disparidades entre as condições de vida dos seres humanos e dos esforços necessários para ultrapassar essas disparidades, bem como na participação em ações democráticas que influenciam as situações sociais, económicas, políticas ou ambientais que afetam a pobreza e o desenvolvimento sustentável."

• "Sensibilização da opinião pública (baseada nos valores dos direitos humanos, da responsabilidade social, da igualdade de género e num sentimento de pertença a um só mundo." (Referencial de Educação para o Desenvolvimento, p.5)

2.3 Educação inclusiva

Genericamente, a educação inclusiva pode ser entendida como uma conceção de ensino que tem como objetivo garantir o direito de todos à educação, pressupondo a igualdade de oportunidades e a valorização das diferenças humanas, implicando a transformação da cultura, das práticas e das políticas vigentes na escola e nos sistemas de ensino.

Desta forma, a Inclusão é um processo que permite apoiar a Educação para Todos e para cada criança no Mundo (Ainscow & Ferreira, 2003, citado em Rodrigues, 2003). Este conceito implica percecionar a escola como um espaço onde todas as

crianças e jovens, nomeadamente alunos com PHDA tenham lugar para aprender e adquirir conhecimento e desenvolverem-se enquanto pessoas.

A inclusão presume que todas as crianças e jovens que tenham também PHDA tenham uma resposta educativa num ambiente que lhes proporcione o desenvolvimento das suas capacidades.

Segundo a UNESCO, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Salamanca e enquadramento da ação 1994, pp.11), a escola inclusiva é um princípio fundamental para a educação de todas as crianças, para que possam estar todas juntas, atendendo à diversidade e respeitando as necessidades de todas.

A Constituição portuguesa, no seu Artigo nº 74 cita "Inserir as escolas nas comunidades que servem e estabelecer a interligação do ensino e das atividades económicas, sociais e culturais(...) Promover e apoiar o acesso dos cidadãos portadores de deficiência ao ensino e apoiar o ensino especial, quando necessário (...) Assegurar aos filhos dos imigrantes apoio adequado para efetivação do direito ao ensino".

Por sua vez, o Decreto-lei nº 54/2018, de 6 de julho, estabelece "(...) os princípios e as normas que garantem, enquanto processo que visa responder à diversidade das necessidades e potencialidades de todos e de cada um dos alunos, através do aumento da participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa" (art. 1º, nº 1). Reforça ainda o papel dos Encarregados de educação, estabelecendo um conjunto de direitos e deveres regedores do seu envolvimento participativo no processo educativo, cooperando ativamente inclusive nas medidas educativas de suporte à aprendizagem e à inclusão.

A Declaração de Salamanca é o documento fundamental para a definição de princípios da escola inclusiva, uma escola para todos, visando melhorar a vida e a autonomia das pessoas portadoras de deficiência, no entanto, Armstrong e Barton (2003, pp.87) vão mais longe na definição de Necessidades Educativas Especiais (NEE), na medida em que este conceito contempla "alunos que têm dificuldades de aprendizagem, muito ligeiras ou mais graves, no plano intelectual ou no domínio da escrita e leitura. A maioria dos alunos tem insucesso nas aprendizagens básicas. Muitos deles são jovens que tem perturbações afetivas ou do comportamento, mais ou menos graves, de origem diversa."

Este documento lista, no seu art. 3º, como princípios orientadores da educação inclusiva:

"a) Educabilidade universal, a assunção de que todas as crianças e alunos têm capacidade de aprendizagem e de desenvolvimento educativo;

b) Equidade, a garantia de que todas as crianças e alunos têm acesso aos apoios necessários de modo a concretizar o seu potencial de aprendizagem e desenvolvimento;

c) Inclusão, o direito de todas as crianças e alunos ao acesso e participação, de modo pleno e efetivo, aos mesmos contextos educativos;

d) Personalização, o planeamento educativo centrado no aluno, de modo que as medidas sejam decididas casuisticamente de acordo com as suas necessidades, potencialidades, interesses e preferências, através de uma abordagem multinível;

e) Flexibilidade, a gestão flexível do currículo, dos espaços e dos tempos escolares, de modo que a ação educativa nos seus métodos, tempos, instrumentos e atividades possa responder às singularidades de cada um;

f) Autodeterminação, o respeito pela autonomia pessoal, tomando em consideração não apenas as necessidades do aluno, mas também os seus interesses e preferências, a expressão da sua identidade cultural e linguística, criando oportunidades para o exercício do direito de participação na tomada de decisões;

g) Envolvimento parental, o direito dos pais ou encarregados de educação à participação e à informação relativamente a todos os aspetos do processo educativo do seu educando;

h) Interferência mínima, a intervenção técnica e educativa deve ser desenvolvida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação se revele necessária à efetiva promoção do desenvolvimento pessoal e educativo das crianças ou alunos e no respeito pela sua vida privada e familiar." (Salamanca e enquadramento da ação 1994)

A Agência Europeia para o Desenvolvimento da Educação Especial, no seu relatório de 2012 referente ao estudo realizado sobre a formação de professores, define os valores fundamentais para o trabalho dos professores em contexto escolar inclusivo:

• Valorização da diversidade – a diferença é um recurso e um valor para a educação;

• Apoio a todos os alunos – numa ação académica, prática, social e emocional;

• Trabalho colaborativo – profissionais de educação e família em equipa enquanto metodologia essencial;

• Desenvolvimento profissional e pessoal – contínuo, ao longo da vida.

A criação da escola inclusiva fundamenta-se essencialmente em três pilares:

• Ética que se baseia em princípios e valores de respeito, aceitação igualdade, inclusão;

• Medidas políticas educativas que permitem enquadrar a ação da escola e sua comunidade;

• Práticas educativas que sejam facilitadores da integração e aceitação do individuo em contexto escolar / social respeitando as necessidades de cada um, criando condições e estratégias adequadas às suas necessidades, desenvolvendo as suas potencialidades (artísticas, académicas, funcionais, motoras, sensoriais e sociais). (Pereira F. e Fernandes R., 2018, pp.11)

O princípio da escola inclusiva é abrangente, na medida em que permite a igualdade de oportunidades para todas as crianças e jovens de todas as condições físicas, mais propriamente com PHDA sociais e culturais, isto é, independentemente da crença, etnia, cultura, condição económica, portadoras ou não de deficiência, onde a qualidade e o sucesso do ensino são iguais para todos. (Saches I., 2001).

As escolas inclusivas têm como objetivo favorecer as relações entre os alunos e o seu envolvimento nos seus processos educacionais. A criação de escolas inclusivas envolve três dimensões que se destacam: a dimensão ética, referente aos princípios e valores que se encontram; a dimensão relativa à implementação de medidas de políticas educativas e a dimensão respeitante às práticas educativas.

Uma escola inclusiva deve estar centrada e orientada para o currículo, e não nas incapacidades ou dificuldades dos seus alunos. (Ainscow, 1998)

O Decreto – Lei nº. 54/2018 de 6 de julho pretende “concretizar o direito de cada aluno a uma educação inclusiva que responda às suas potencialidades, expetativas, e necessidades no âmbito de um projeto educativo comum e plural que proporcione a todos a participação e o sentido de pertença em efetivas condições de equidade, contribuindo assim, decisivamente, para maiores níveis de coesão social.” (Preâmbulo da Lei).

2.4 Conceito de N.E.E

Os alunos com Necessidades Educativas Especiais são aqueles que apresentam dificuldades maiores que o habitual (mais amplas e mais profundas), logo necessitam de ajudas suplementares específicas para atingir os objetivos educativos propostos, necessitando de meios didáticos ou serviços particulares definidos, em função das suas características intrínsecas.

Estas necessidades podem ser de carater permanente, implicando adaptações generalizadas do currículo, de acordo com as caraterísticas do aluno, mantendo-se durante grande parte ou todo percurso escolar do discente, como por exemplo: paralisia cerebral, surdos, cegos...

Ou temporárias, implicando a modificação parcial do currículo, de acordo com as caraterísticas do aluno, mantendo-se durante um dado período do seu desenvolvimento, como por exemplo: problemas ligeiros na aprendizagem do processo de leitura e escrita e cálculo. (OA de Domínio Cognitivo e Motor, 2021/2022).

2.5 Intervenção em Educação especial

Atualmente, em educação especial a intervenção baseia-se no modelo inclusivo. Na escola deve-se articular os aspetos sociais, a legislação e a vertente psicopedagógico. Isto é os agentes educacionais devem ter em conta os princípios reguladores da Lei nos processos inclusivos, são responsáveis pela psicopedagogia e têm a função de articular a escola e a sociedade, (aluno, família, comunidade…). (OA de Gestão dos Processos Inclusivos, 2021/2022)

Princípios fundamentais da intervenção - Educação Inclusiva:

- Inclui todos os alunos - com/sem relatório médico;

- As medidas são aplicadas quando necessário – podem ser transitórias ou permanentes;

- Os Pais / EE e alunos têm maior responsabilização/envolvimento nas decisões;

- A EMAEI - Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (constituída por elementos permanentes e elementos variáveis) - trabalha em conjunto na intervenção de cada aluno.

As figuras educacionais que participam na educação inclusiva são:

- Educador / professor titular de turma/ diretor de turma;

- Professor de educação especial;

- Professor de Apoio Educativo;

- Outros técnicos especializados da equipa educacional (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas de fala, ocupacionais, motores… médicos, enfermeiros…);

- Assistente ou auxiliar de ação educativa. (OA de Gestão dos Processos Inclusivos, 2021/2022)

Para a avaliação de casos de alunos com PHDA, é proposto que o professor de educação especial realize:

- Planeamento de observações e entrevistas;
- Observações naturalistas do ambiente escolar e do familiar;
- Observações sistemáticas do ambiente escolar e do familiar;
- Entrevistas Semiestruturadas ao educador / PTT / DT;
- Entrevistas Semiestruturadas à família (Ficha de Anamnese, …).

3. PHDA

".. com frequência, a agitação resulta da incapacidade de a criança se focar ou concentra-se numa atividade." (Antunes, N. et al; 2021; pp. 220).

3.1 Perspetiva histórica

A PHDA no século XVIII

Em 1775 um médico alemão Melchior Adam Weikard publica um livro "O médico Filosófico" sobre o papel de fatores médicos e fisiológicos na origem das Perturbações Emocionais e comportamentais. A importância deste trabalho para a história de PHDA, refere-se nomeadamente com o capítulo referente à atenção inconstante" (…) uma pessoa desatenta tem que se concentrar no seu tópico por um período de tempo maior e de modo mais insistentes que outras (…)". Para Weikard são resultados da educação e do impacto neurológico, as diferenças ao nível de atenção observadas entre indivíduos. Estas dificuldades de atenção "teriam uma prevalência superior entre os mais jovens e entre os indivíduos do sexo feminino". Weikard recomenda banhos frios, extrato de plantas, águas minerais, equitação, frequência de ambientes sem distratores, como tratamento para esses problemas.

Os seus registos clínicos são presentemente considerados, os mais antigos da PHDA. (Moura, Pereira e Simões 2020, pp. 3).

A PHDA no século XIX

No séc. XIX, médicos oriundos dos Estados Unidos da América, Alemanha, França, Grâ-Bretanha, entre outros fornecem-nos descrições de crianças cuja sintomatologia se aproxima do atual diagnóstico de PHDA." Neste século, a sintomatologia observada começa a ser associada condições nervosas mórbidas ou a danos cerebrais, priorizando-se os fatores biológicos como possível causa". (Moura, Pereira e Simões 2020, pp. 4 – 5)

A PHDA no século XX

Ao longo deste século, a PHDA apresenta várias designações "(Doença Hipercinética, Lesão Cebral Mínima, Disfunção Cerebral Mínima, Reação Hipercinética da Infância, entre outras)", sendo um período de desenvolvimento e reconhecimento da perturbação, enquanto entidade clínica, onde as suas caraterísticas passam a ser descritas de maneira mais rigorosa e metódica. (Moura, Pereira e Simões, 2020, pp. 8)

Na década de 90 há avanços tecnológicos no âmbito da neuroimagem e da genética, levando a uma melhor compreensão das causas da PHDA, mais propriamente sobre a sua possível natureza neurológica e genética. Nesta altura se reconhece que a perturbação poderá não ser apenas das crianças, mas também crónico e persistindo até à idade adulta. (Moura, Pereira e Simões, 2020, pp. 21)

A PHDA no século XXI

Os estudos sobre a problemática continuam no século XXI, procurando melhorar a compreensão sobre a natureza, os mecanismos envolvidos, as estratégias

terapêuticas mais adequadas, e o impacto que a perturbação tem no funcionamento da pessoa.

É publicada a atual edição DSM-5 reconhecendo internacionalmente a PHDA como Perturbação do neurodesenvolvimento crónica, considerada uma das problemáticas do desenvolvimento infantil mais frequentes na idade escolar. (Moura, Pereira e Simões, 2020, pp. 22).

Prevalência da PHDA

A PHDA é caraterizada por sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade, aparecendo antes dos 12 anos, no início durante a infância prologando-se na idade adulta, afetando o funcionamento académico, ocupacional e social do individuo. O estudo da PHDA, nos últimos anos, cresceu significativamente na população adulta. Os vários estudos epidemiológicos têm sido publicados nas últimas décadas para uma melhor compreensão mais abrangente da PHDA. Embora, se verifique um aumento da prevalência da PHDA, nos últimos tempos, a nível mundial os dados recolhidos têm demonstrado resultados divergentes. Esta variabilidade (esta variação), encontrada nos registos escritos (literatura), parece estar relacionada com os vários critérios metodológicos (características da amostra; fontes de informação; número de informantes; idade dos participantes; região geográfica e critérios de diagnóstico) na identificação, no diagnóstico da pessoa com PHDA. (Moura, Pereira e Simões, 2020, pp. 65 - 66)

Prevalência em Portugal

Existem poucos estudos epidemiológicos, embora a prevalência não seja muito diferente da média existente nos países europeus “(4,5 %; Polanczyk et al, 2007)” como também, nos países com um contexto sociocultural semelhante a Portugal. “Possivelmente, o estudo mais abrangente realizado em Portugal com crianças, numa amostra de 1586 crianças da região de Coimbra que frequentavam o 1º. e 2º ciclos do ensino básico no início da década de 90 do século XX, reportou uma

prevalência de 4,3% (Fonseca, Rebelo, Simões, e Ferreira, 1995)". (Moura, Pereira e Simões, 2020, pp. 68).

Em suma

Moura, Pereira e Simões defendem que a PHDA está presente em todos os países e culturas com uma prevalência relativamente consistente, mantendo-se ao longo da vida da pessoa e interferindo no seu relacionamento social, académico e ocupacional.

Com uma prevalência estimada entre os 5% e os 7%, variando consoante o tipo de apresentação, do sexo e da idade. "Os tipos de apresentação combinada e predominantemente de desatenção são os mais frequentes. Porém, a PHDA seja mais prevalente nos rapazes, a diferença tende a esbater-se na fase adulta em resultado do declínio dos sintomas de hiperatividade-impulsividade (…)". A PHDA é mais prevalente nas crianças e é muito influenciado por fatores genéticos. (Moura, Pereira e Simões, 2020, pp. 75).

3.2 Enquadramento teórico da Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)

Ao definir hiperatividade Lobo Antunes defende que "... com frequência, a agitação resulta da incapacidade de a criança se focar ou concentra-se numa atividade." (Antunes, N. et al; 2021; pp. 220)

Em termos clínicos, a PHDA é definida pela APA (Academia Americana de Psiquiatria) no seu manual DSM-5, como uma perturbação do neuro desenvolvimento caraterizada pela persistente desatenção ou falta de concentração e / ou impulsividade – hiperativa que se revela desde cedo na vida

do aluno, e com duração superior a 6 meses, não estando relacionado com acontecimentos pontuais recentes na vida da criança e/ou família.

Do ponto de vista da fisiopatologia, a PHDA é um distúrbio neurobiológico que envolve uma disfunção de várias regiões específicas do sistema nevoso central, associado a uma redução do tamanho do córtex pré-frontal, núcleos da base e do cerebelo e à menor disponibilidade de neurotransmissores. Criando défice no processamento de informação recebida e incapacitando a inibição da resposta produzida até que toda a informação seja processada. Razão pela qual a hiperatividade e a impulsividade foram as características mais marcantes da PHDA. Este conceito está em evolução destacando-se agora também a desatenção, como subtipo de PHDA de acordo com os subtipos dos sintomas. (Antunes, R., 2021, p. 19 - 20)

Na CID 10: tem a classificação - F90 - Perturbações de hiperatividade;

Na DSM-5: tem o nome de Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção

“Estas classificações nem sempre homogéneas, mas todas colocam a hipótese de haver vários tipos.” (OA de Psicopatologia de Desenvolvimento, 2021/2022, p. 96)

Assim, Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção caracteriza-se predominantemente por um padrão persistente de falta de atenção e / ou impulsividade, hiperatividade com intensidade mais frequente e grave comparativamente com indivíduos com o mesmo nível de desenvolvimento. As faltas de atenção podem manifestar-se em situações escolares, laborais ou sociais, não dando atenção suficiente aos pormenores, cometendo erros nas tarefas realizadas.

Os subtipos desta perturbação derivam dos sintomas apresentados, nomeadamente tipo predominantemente desatento, tipo predominantemente hiperativo-impulsivo e tipo misto).

3.2.1 Os subtipos de PHDA

1.º Subtipo: - 314.01 Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção. Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo [F90.0). (American Psychiatric Association, 2002, p..87).

Hiperativo - Os discentes são irrequietos, falam muito, revelam dificuldade em manter-se no lugar durante muito tempo. A hiperatividade pode ser de ordem motora, verbal ou cognitiva. (Antunes, R., 2021, p. 25 - 26); (Parker, H., 2003, pp. 10-11)

PHDA - Sinais de Hiperatividade:

- Tem dificuldade em brincar de forma sossegada;
- Dificuldade em manter-se quieto, mexe as mãos, os pés e agita-se na cadeira;
- Levanta-se frequentemente quando era suposto estar sentado;
- Agita-se excessivamente, corre, salta, mesmo quando não era suposto;
- É barulhento e tem dificuldade em brincar sozinho;
- Exibe um padrão persistente de atividade motora excessiva que não é substancialmente modificado pelo contexto ou por ordens. (OA de Psicopatologia de Desenvolvimento, 2021/2022, pp. 100 - 102)

Impulsivo - São crianças impulsivas, impacientes apresentando dificuldades em esperar por reforços positivos. Evitam o que é aborrecido, difícil e frustrante dando

preferência ao que é divertido e interessante no momento. (Antunes, R., 2021, p. 27 - 28); (Parker, H., 2003, pp. 10-11)

PHDA - Sinais de Impulsividade:

- Tem dificuldade em esperar pela sua vez em situações de grupo, nomeadamente em jogos, filas etc.;

- Frequentemente responde sem pensar ainda antes de terem completado a questão;

- Frequentemente interrompe os outros;

- Frequentemente fala excessivamente sem conseguir respeitar as regras sociais. (OA de Psicopatologia de Desenvolvimento, 2021/2022, pp. 100-102) (Parker, H., 2003, pp. 10-11).

2.º Subtipo - 314.00 Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção, Tipo Predominantemente Desatento [F98.8] (American Psychiatric Association, 2002, pp.87).

Os alunos são desatentos demonstram dificuldades em concentrar-se por tempo esperado para a sua idade, principalmente em atividades que não são do seu gosto, e que sejam rotineiras, como por exemplo os trabalhos de casa. (Antunes, R., 2021, p. 23)

Sinais de Desatenção:

- Falta de atenção aos detalhes e erros por descuido inclusive em tarefas lúdicas;

- Parece não ouvir o que lhe é dito;

- Não segue instruções sem que se possa atribuir a deficiência mental ou comportamento de oposição;

- Dificuldade em concluir tarefas;

- Desorganização nas tarefas e atividades;

- Perde objetos com frequência;

- Distrai-se muito facilmente;

- Esquece-se do que pretendia fazer nas atividades. (OA de Psicopatologia de Desenvolvimento, 2021/2022, pp. 100 - 102)

3.º Subtipo - 314.01 - Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção, Tipo Misto [F90.0]).

As crianças apresentam simultaneamente sintomas de défice de atenção e hiperatividade – impulsividade, que influenciam negativamente no comportamento (no seio familiar / escolar) e na aprendizagem, interferindo assim, na adaptação pessoal em contexto social. Os sintomas do PHDA podem evoluir de um subtipo para outro, conforme os diferentes ambientes da criança, ao longo dos tempos. (Antunes, R., 2021, p. 28)

3.2.2 Etiologia / Causas da PHDA

Pensa-se a PHDA, enquanto perturbação neuro comportamental mais frequente nas crianças, sendo etiologicamente multifatorial, fruto de uma interação complexa de fatores genéricos/hereditários, neurobiológicos e ambientais. Esta complexidade expressa-se na grande variabilidade dos sintomas e na idade em que são reconhecidos, bem como na severidade, nas comorbilidades (patologias associadas), na evolução e na resposta ao tratamento.

Fatores genéticos - Alguns estudos genéticos feitos indicam inúmeros genes que podem estar relacionados no desenvolvimento da PHDA, estimando-se que 25% das crianças com PHDA têm um familiar próximo com o mesmo diagnóstico.

Fatores neurobiológicos - Alguns estudos têm descrito diferenças estruturais no cérebro das crianças com PHDA, tais como, menor volume cerebral e do cerebelo. Demonstrando uma menor atividade cerebral global, e deficiente ativação do córtex pré-frontal que controla a atenção, organização, planeamento, motivação, cognição e atividade motora. Inferindo assim, nos processos de: planeamento; raciocínio abstrato; flexibilidade mental e de memória de trabalho, resultando em défice de atenção, na inibição de impulsos e nas respostas motoras e funções executivas.

Fatores pré-natais e pós-natais - Perante alguns estudos, o consumo de tabaco, álcool ou tranquilizantes, durante o período pré-natal, está associado ao desenvolvimento do PHDA. O baixo peso ao nascer e a prematuridade são outros fatores perinatais apontados. O normal funcionamento da criança na fase pós-natal, poderá sofrer mudanças estruturais e funcionais, com infeções do sistema nervoso central e traumatismos cranianos graves.

Fatores ambientais - O impacto dos fatores ambientais associados à patogénese da PHDA ainda está a ser estudado. Os núcleos de investigação referem que a dieta alimentar, os aditivos e conservantes alimentares, os açucares refinados, as intolerâncias e alergias alimentares, ácidos gordos essenciais, o défice de ferro e zinco e a exposição a metais pesados como o chumbo e o mercúrio condicionam, alterações de comportamento, nomeadamente a hiperatividade, dificuldades de aprendizagem e alterações ao nível da cognição.

Fatores familiares e socioculturais - Embora sem relação causa-efeito direta, o ambiente familiar conflituoso, pouco estruturado e com baixo poder económico podem estar associados ao risco de as crianças desenvolverem sintomas mais

agravados de PHDA. Por sua vez, a PHDA também pode perturbar as interações e a dinâmica da família. Em suma, a PHDA é uma doença de base neurológica, com forte influência genética influenciada pelo meio ambiente. Caracterizada pela afetação do sistema nervoso central, envolvendo fatores neurobiológicos que condicionam uma deficiente ativação do córtex pré-frontal com défices nas funções executivas, incluindo o controlo da atenção e a inibição dos impulsos. (Antunes, R., 2021, p. 31 - 36)

3.3 A PHDA ao longo da vida

A PHDA na idade pré-escolar

A partir dos 4 anos de idade, crianças com sintomas da PHDA, poderão ser avaliadas, segundo as orientações da AAP de 2011.

No diagnóstico devem ser incluídas as informações da família nuclear, educadores, todas as pessoas que se relacionem com a criança, para constatar se os sinais estão presentes e se interferem em mais do que um contexto. Devendo excluir outras origens de comportamentos problemáticos (desafio, ansiedade, perturbação de oposição ou de humor).

Identificar os sintomas de PHDA, em crianças de 4 anos, não é fácil, mas é possível. O seu comportamento é mais reativo (explosões emocionais, pular de alegria por pequenas coisas, gritos) sentem as emoções durante mais tempo e profundamente do que as restantes crianças da sua idade, reagindo de maneira inadequada ao contexto. Podem reagir agressivamente (em situação de frustração), ter estados de choro, raiva (períodos mais longos e parecem que surgem do nada), a um descontrolo emocional, revelando dificuldades em se controlar sozinhas.

"Habitualmente, uma criança com PHDA não consegue permanecer sentada no tapete para ouvir uma história ou concentrar-se em tempo suficiente para terminar uma atividade, mesmo que seja prazerosa. Em casa pode ser difícil relaxar à noite, na hora de deitar, brincando e pulando na cama (…) Tem dificuldade em partilhar e brincar de forma cooperativa, mas também não sabe brincar sozinha, utilizando os brinquedos de forma impulsiva e destrutiva".

O tratamento nesta idade tem-se revelado resultados eficazes no seu relacionamento com as pessoas (pais, colegas, educadoras). Num ambiente com menos crianças, estímulos, uma rotina consistente pode a ajudar no seu desempenho. (Antunes, R., 2021, p. 37-39)

A PHDA na idade escolar

A criança vai desenvolvendo a capacidade de autorregular mais as suas emoções, dando respostas mais controladas às situações, atendendo à maturação própria da idade. Uma grande parte das crianças caraterizam-se por comportamentos menos adequados, falta de atenção, dificuldade em lidar com emoções negativas e baixa autoestima. Esta última característica originada por comentários desprestigiastes dos pais, colegas, e professores, o que conduz muitas vezes a um desinteresse da escola, a um maior isolamento dos colegas e a mais conflitos. É importante um acompanhamento psicoterapêutico, com diagnóstico e medidas de intervenção precoces, de forma ajudar aumentar a autoestima da criança tornando-a mais descontraída, bem-sucedida e feliz. (Antunes, R., 2021, p. 40-41)

A PHDA na adolescência

É uma fase em que o adolescente vivência momentos mais intensos, tumultuosos do seu desenvolvimento, na vertente psíquica, física, social e meio escolar/ familiar.

No âmbito psíquico, o adolescente deve:

- adaptar-se às mudanças corporais;

- construir relações psicoafectivas com amigos / namorados;

- alcançar maior autonomia emocional perante os pais.

As mudanças físicas podem causar um estado de ansiedade e comparações com outros colegas. É importante que o jovem tenha um equilíbrio emocional para que haja uma melhor aceitação ao novo aspeto físico.

No ponto de vista de relacionamento, as amizades assumem um papel fundamental na descoberta de si mesmo. Normalmente o adolescente no seu quotidiano, tem um grupo, dando-lhe desenvoltura de maior autonomia perante os pais, sendo uma das condições para desenvolver uma nova identidade.

Porém, as regras são imprescindíveis num núcleo familiar "As regras têm de existir em qualquer família". (Antunes, R., 2021 p. 42- 43)

"Quando o adolescente se vir envolvido nalguma dificuldade, é útil que os pais lhe possibilitam algum tempo antes de dar início ao diálogo e que se mantenham o mais calmos possível, para evitar que a impulsividade e a dificuldade de autocontrolo característicos da PHDA agravem a situação".

Quadro 1 – Comparação de sinais e sintomas comuns na PHDA na infância e adolescência

Crianças dos 6 aos 12 anos	Adolescentes dos 13 aos 17 anos
* Desatenção * Agitação motora * Comportamento impulsivo e perturbador	* Dificuldade no planeamento e organização de tarefas * Desatenção (geralmente persistente)

* Perturbações da aprendizagem * Comportamento agressivo * Baixa autoestima * Insucesso escolar * Rejeição pelos pares * Perturbação das relações familiares	* Redução da agitação motora * Oscilações rápidas do humor * Comportamento agressivo, antissocial ou delinquente * Consumo de álcool e drogas * Instabilidade emocional * Acidentes * Insucesso escolar
Adaptado por Carlos Filipe de EINAQ (European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Assurance)	

(Antunes, R., 2021, p.46- 47)

A PHDA na idade adulta

Com o crescimento, na entrada da vida adulta, a incidência de hiperatividade diminui naturalmente (trepar, pular, correr…). Porém, o défice de atenção e a impulsividade tendem a continuar na fase adulta, em cerca de 50% dos adultos a quem foi feito o diagnóstico na infância, persistindo sinais e sintomas, carecendo de intervenção psicológica.

Em Portugal, estudos epidemiológicos, em populações com idades superiores a 18 anos, revelaram uma prevalência perto de 3%, sendo o reconhecimento da PHDA nos adultos muito reduzido por causas de várias ordens:

- por se acreditar erradamente, que PHDA era uma perturbação de crianças;

- ser em geral pouco diagnosticada pelos psicólogos, psiquiatras de adultos, e neurologistas por não estarem familiarizado com as suas manifestações clínicas, e as expressões sindromáticas das perturbações do desenvolvimento;

- a PHDA no adulto, ser muito normalmente acompanhada por outras perturbações que a confundem como abuso de substâncias, depressão ou ansiedade. (Antunes, R., 2021, p. 50 - 53)

O diagnóstico da PHDA, nas crianças, nos adolescentes e nos adultos tem de ser feito através de uma avaliação sistemática da história clínica do indivíduo, desde a infância e na recolha cuidadosa de sintomas e sinais ligados com a perturbação. É importante recolher as informações com persistência e presença de sintomas em diferentes contextos sociais e atividades (relacionamentos familiares, de amigos, trabalho, momentos em casa / lazer).

“A forma como a PHDA se apresenta nos adultos é diferente da que se verifica nas crianças, pelo que os critérios de diagnóstico que são aplicáveis a estas não são, necessariamente, aplicáveis aos adultos”. (Antunes, R., 2021, p. 54 - 55)

3.4 Diagnóstico / Avaliação

A avaliação da PHDA é feita pelo médico tendo como base fundamental as observações da família e se for o caso, da escola sobre os comportamentos da criança, pois é com eles que ela permanece a maior parte do seu tempo ativo. As atitudes da criança nos seus contextos diários é que são as analisadas pelo médico, chama-se a observação ecológica. O diagnóstico de PHDA assenta prioritariamente, no conhecimento do quotidiano íntimo da criança e da sua família, na análise das atitudes em casa, e se for o caso, na escola e não só no consultório médico, para isso é necessário “vê-la” sentada na carteira “ouvi-la” conversar, brincar e reagir. (Antunes, N. et al; 2021; pp. 221)

3.4.1 Critérios de diagnóstico da PHDA

- Sintomas devem aparecer antes dos 7 anos de idade (na DSM 5 já não obriga a este critério);
- Persistência de sintomas durante mais de 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa;
- Verificar sintomas de Falta de Atenção e sintomas de Hiperatividade-Impulsividade. São exigidos 6 ou mais dos critérios em cada uma das áreas;
- Os défices provocados pelos sintomas devem ter repercussões em dois ou mais contextos (escola, casa…);
- Necessária confirmação clínica do défice no funcionamento social, académico ou laboral;
- Se existir uma perturbação global do desenvolvimento (ex. autismo), ou uma qualquer perturbação psicótica não se diagnostica PHDA;
- Os sintomas não podem ser melhor explicados por outra perturbação mental, como as perturbações do humor (ex. depressão) ou da ansiedade.

- Segundo a DSM-5, para o diagnóstico da PHDA existem três apresentações/tipos:

- Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva na PHDA (se o critério hiperatividade-impulsividade é preenchido, e o critério desatenção não é preenchido nos últimos 6 meses);
- Apresentação predominantemente desatenta na PHDA (Se o critério desatenção é preenchido, mas o critério hiperatividade-impulsividade não é preenchido nos últimos 6 meses);
- Apresentação combinada na PHDA (tanto o critério desatenção quanto o critério hiperatividade/impulsividade se verificam nos últimos 6 meses).

O Diagnóstico deve especificar, se:

- PHDA está em remissão parcial;

- Especificar a gravidade atual da PHDA: Leve, Moderada, Grave (sintomas e limitação funcional). (OA de Unidade Curricular de Psicopatologia do Desenvolvimento, 2021/2022, p. 103)

3.5 Intervenção em PHDA

A intervenção global em PHDA, habitualmente combina medicamentos com intervenções não farmacológicas (técnicas comportamentais, terapia psicológica e adaptações curriculares não significativas ou significativas).

Na Intervenção Farmacológica a medicação (normalmente o metilfenidato) auxilia quer na desatenção quer na hiperatividade. (OA de Psicopatologias do Desenvolvimento, 2021/2022).

Os estimulantes são o tipo de fármaco mais recomendado. Esta terapia química estimula os neurotransmissores do cérebro, permitindo-lhes regular com mais eficácia a atenção, a impulsividade e o comportamento-motor (hiperatividade).

O uso de medicação, na PHDA é controverso, uma vez que causa efeitos secundários à criança.

Os resultados de estudos clínicos efetuados por equipas de técnicos de saúde são importantes para ajudar a família e o educador a tomarem uma decisão informada quanto à utilização ou não de medicação. (Antunes, N. et al; 2021; p. 245).

A intervenção psicossocial é feita em três vertentes: criança, família e escola. A orientação é cognitiva e comportamental. A intervenção psicossocial tem como principais objetivos melhorar os problemas que surgem com os sintomas da perturbação: Problemas académicos; Baixa autoestima; Stress parental; Comportamentos de oposição.

Um comportamento indesejado na escola / sala suscita uma preocupação para todos elementos envolvidos na aprendizagem das crianças e dos adolescentes com PHDA.

Comportamentos indesejados

Um conjunto de condições estruturais, ambientais podem interferir na alteração do comportamento do aluno, desencadear comportamentos inadequados, nomeadamente os seguintes fatores:

Fatores ambientais:

- Quando há falta de organização, rotinas, materiais apelativos e suportes visuais;
- Diferenças de temperatura, barulhos, multidões;
- Diferentes contextos (refeitório / bar, recreio / corredores).

Fatores físicos

- Quando a criança tem vontade de ir casa de banho, fome, sede, sono, etc;
- Estar doente, cansado, preocupado, etc;
- Medicação e os seus efeitos;
- Hiperexcitado ou falta de energia;

Fatores relacionados com a realização de tarefas (desempenho e persistência):

- Sentado por tempos longos e sem pausa;
- Tarefas longas, pouco estimuladoras;
- Ter atividades autónomas (leitura e escrita);
- Esperar pacientemente pela sua vez;
- Realizar uma tarefa rapidamente.

Fatores relacionados com as diferentes fases da aula:

- Regresso às rotinas da semana primeiro período do dia / semana;
- Pausa para almoço;
- Durante o dia momentos de transição;
- Sem aviso prévio mudança de rotina.

Fatores na relação com o outro:

- Um docente / assistente operacional / um membro da direção;
- Colegas da escola;
- Pais ou cuidadores.

Outros fatores:

- Dificuldades de comunicação e de integração social;
- Ausência de apoio essencial à realização de tarefas mais complexas;
- Em situações que se sentem provocados, envergonhados, e ou diminuídos face aos colegas;
- Quando não se sentem ouvidos ou não são dadas opções.

(Antunes, R., 2021, p. 267-269)

Os professores e alunos, cada vez mais deparam-se com exigências escolares mais desafiantes. Levando a necessidade de o professor ajustar as suas estratégias de ensino, desenvolvendo um ambiente de estudo mais adequado às necessidades de cada aluno, estimulando as suas potencialidades. (Antunes, R., 2021, p. 271)

Compreender a dinâmica do comportamento, é um facilitador para a intervenção do agente educativo ser mais eficaz em resolver os desafios, de uma forma mais pró-ativa, preventiva, positiva, na gestão da turma.

3.5.1 Estratégias facilitadoras de aprendizagem para os alunos com PHDA:

- Definir regras;
- Utilizar o contato visual no controle do comportamento como no momento de instrução;
- Certificar que a criança entendeu bem a informação e repetir várias vezes se necessário;
- Fornecer uma instrução de cada vez;
- Antes de iniciar uma atividade, dizer os procedimentos fundamentais para a realização da mesma;
- Desenvolver rotinas de tarefas;
- Circular pela sala;
- Manter uma sala estruturada;
- Recorrer à motivação dos alunos;
- Identificar os pontos fortes dos alunos;

- Diminuir os fatores de distração;
- Facilitar a atenção;
- Organizar o trabalho:
- Utilizar reforço positivo;
- Diminuir a frustração.

3.5.2 Técnicas de intervenção na Família com criança / jovem com PHDA

A equipa interdisciplinar educativa deve dar a conhecer respostas especificas de suporte à família, como: programas de treino parental, grupos de apoio a pais, intervenção na relação pais-filhos e Intervenção na escola.

3.5.3 Estratégias de intervenção na Escola para alunos com PHDA

"Os sintomas pioram com tarefas que requerem esforço cognitivo ou em situações de baixa motivação". (OA Psicopatologias do Desenvolvimento, 2021/2022, p. 104)

- A colaboração entre Casa e Família, no sentido de haver uma parceria nas competências a desenvolver e estratégias facilitadoras de aprendizagem; a criança/jovem necessita mudar comportamentos, para tal pode-se usar "contratos" e ou "cartões" escola-casa, onde as atitudes (em especial as positivas - reforço positivo) são monitorizadas nos dois contextos pela família como pelo educador / PTT / DT.

- Intervenção Comportamental em sala de aula, onde o aluno aprende a se auto monitorizar, refletir, para melhorar comportamentos e conseguir adquirir

competências académicas. Pode-se utilizar técnicas de “contratos comportamentais”, o time-out (tempo de sair do seu lugar e movimentar-se).

- Técnicas de autorregulação, para o controlo da impulsividade e melhoria das capacidades de organização. O aluno aprende a auto monitorizar-se (refletir se está com comportamentos esperados, o que precisa melhorar…), autoavaliação (pensar se as boas atitudes melhoraram as aprendizagens, o que já aprendeu, o que ainda precisa trabalhar…).

- Modificação do Contexto, consiste na reorganização de espaços físicos na sala de aula, organização dos espaços de trabalho, uso de elementos organizadores de trabalho (calendários, quadros de tarefas...).

- Modificação de currículo, das tarefas académicas e das metodologias de ensino. O currículo, conforme as medidas de apoio e inclusão, de acordo com o DL 54/2018, pode ter adaptações não significativas ou significativas (nas competências, nas tarefas e na diversidade de processos de avaliação). Os alunos em geral têm estilos de aprendizagem diferentes, no aluno com PHDA com as suas especificidades, utilizar vários os estilos de ensino/aprendizagem para a transmissão do mesmo conteúdo ajudam-no a ter mais períodos de atenção (usar estilos de ensino multimodais e ativos, com envolvimento e participação do discente).

- Trabalho de tutoria: envolvimento entre colegas para colaboração e orientação de tarefas escolares, este tipo de trabalho colaborativo é muito útil para um aluno com PHDA. (Antunes, N. et al; 2021; pp.256)

O professor titular juntamente com o professor de ensino especial, em trabalho colaborativo, poderá aplicar outras estratégias de intervenção, através dança e yoga, com o intuito de desenvolver o domínio cognitivo e motor.

3.6 O *yoga* em PHDA

O *yoga* como terapia complementar em crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e défice de atenção – PHDA.

O *yoga* teve origem na India, há mais de dois mil anos.

"Ao longo dos séculos, à medida que a influência do *yoga* se foi espalhando, este passou a ser encarado como uma disciplina que contribui para a saúde física, o bem-estar psicológico e a evolução espiritual. É uma filosofia prática que demonstrou ser adaptável a uma série de culturas e países, talvez por se basear num entendimento da humanidade que nos é comum e não nas diferenças, que nos podem dividir." (Bell, R., 2000, p. 5)

O *yoga* e atenção plena (*mindfulness*) têm demonstrado melhorar a saúde física e mental em crianças em idade escolar. Sendo um polo integrador e dinamizador das turmas.

O *yoga* pode ajudar crianças com PHDA aliviando os sintomas centrais dessa perturbação, incluindo hiperatividade e impulsividade, melhorando o desempenho escolar em crianças com PHDA. Um número crescente de escolas integra *yoga* e práticas de atenção plena em programas de educação física ou currículos em sala de aula... com o intuito de melhorar a concentração, a memória, a autoestima e o desempenho académico no seu todo. O comportamento em sala de aula é beneficiado e pode até pode reduzir a ansiedade nas crianças.

As atividades motoras de *yoga* podem ter um caráter lúdico e divertido para as crianças, seja na sala de aula ou em casa através de jogos divertidos e histórias com temas positivos, como por exemplo, compaixão, empatia, gratidão e força.

Os exercícios e jogos motores em geral e em particular os de yoga, desenvolvem a atenção e a concentração na execução dos exercícios, melhorando o equilíbrio, a força, a resistência e a capacidade aeróbica em crianças sendo muito benéfica para casos de PHDA.

A pratica regular de *yoga* desenvolve a consciência dos movimentos, no melhoramento das posturas e das técnicas de respiração, ajudando a controlar a impulsividade caraterística de algumas crianças com PHDA.

O *yoga* é realmente eficaz porque as posturas físicas são tangíveis construindo confiança, força, memória e autoestima agindo como supercondutor ligando a mente ao corpo.

Através dos exercícios de yoga, as crianças começam a perceber que são mentalmente fortes e conseguem transpor essa força, confiança, aceitação e compaixão para o mundo, nas suas ações diárias, oferecendo benefícios psicológicos relevantes para todas as crianças. (Simões, A. 2022)

3.7 A dança em PHDA

A dança promove a coordenação motora, equilíbrio, flexibilidade, fortalecimento da confiança, autoestima, concentração, comunicação/expressão corporal.

A relação da dança com o ritmo, a música, a respiração, desenvolve a consciência corporal, a verticalidade, o equilíbrio, a simetria, amplitude e qualidades do movimento e a orientação do corpo.

Estimula um conjunto de benefícios sociais, em relacionar-se consigo, com outros e com mundo, ou seja, em pequenos e grandes grupos, através de jogos com movimentos improvisados ou coreografados melhorado a qualidade da saúde.

A dança "toca" em várias vertentes do desenvolvimento da criança e potencia um conjunto de experiências com possíveis fins terapêuticos, onde a criança recebe vários incentivos (respeito, encorajamento...) a mover-se e a interagir de acordo com o seu ritmo. É usual o favorecimento da dança: como fisioterapia em clínicas de reabilitação; ou como meio de socialização em programas de integração focados na arte e / ou desporto. É uma atividade física que desenvolve e melhora capacidades físicas e psicológicas do individuo ao proporcionar experiências engrandecedoras.

Os benefícios são ao nível:

- da saúde geral - com uma melhor relação com a sua própria respiração, maior vitalidade e diminuição da ansiedade e hiperatividade;

- psicomotor – com a coordenação de movimentos, noção de centro e partes do corpo, equilíbrio e lateralidade, equilíbrio emocional, disponibilidade para agir sem receio e mostrar-se;

- cognitivo – com maior atenção à sua própria natureza e à natureza do outro, melhor raciocínio, memória e rendimento escolar;

- energético – com aumento da consciência corporal e de si e dos outros no seu todo. (Ferreira, S. 2022)

Sendo o pilar principal desta investigação as estratégias usadas pelos professores no 1.º ciclo, elaborou-se uma planificação da atividade dança, de modo a demonstrar uma possível prática em contexto de sala de aula.

3.7.1 Trabalho de campo

Caracterização e Contextualização da Criança

Frequência do 2º ano do ensino básico, no turno da manhã, não sendo medicada por oposição da Encarregada de Educação.

Aluna com Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção, Tipo Predominantemente Desatento [F98.8] (American Psychiatric Association, 2002, pp.87).

Áreas fracas: Académicas (português e matemática) e Sócio emocional e comportamental.

Áreas Fortes: Física e Motora e Expressão Plástica.

3.7.1.1 Planificação da Atividade

Aluna: Y

Idade: 7 anos

Perturbação: PHDA

Áreas de Desenvolvimento: físico-motor, cognitiva, efetiva, social e de comunicação corporal

Local: Escola no Concelho de Loures

Quadro 2 – Planificação da atividade de Dança

Competências a desenvolver	1. Fomentar a coordenação motora; 2. Promover a lateralidade; 3. Aumentar a noção do corpo; 4. Desenvolver equilíbrio emocional/corporal; 5. Desenvolver a flexibilidade; 6. Melhorar a atenção; 7. Estimular o raciocínio.
Conceitos a desenvolver	1. Motor/noção corporal/atenção/raciocínio; 2. Lateralidade: à esquerda/à direita.
Materiais	Roupa confortável (que permita movimentos), ténis ou sapatilhas, duas fitas (uma amarela, outra azul), e um sistema de som.
Descrição da Atividade	1. Delimitar o espaço com pinos da mesma cor, em forma de retângulo; 2. Falar sobre o tema e os objetivos a serem trabalhados; 3. Dividir a turma em grupos ao longo do espaço; 4. Exercícios de respiração, (inspira/expira acompanhado ao som de uma música calma (sons da natureza); 5. Exercícios de aquecimento das articulações (rodar pescoço, pulsos, joelhos, tornozelos, terminando com uma corrida à volta do retângulo de três minutos);

	6. Os grupos assumem a sua posição inicial no ginásio, a ajudante da professora (aluna com PHDA) distribui duas fitas de cores diferentes a cada aluno; 7. Uma breve explicação: a fita amarela indicava o seu lado direito e a fita azul indicava o seu lado esquerdo; 8. Novamente, ao som da música começava-se com movimentos simples, aumentando progressivamente a sua complexidade, criando um padrão de movimentos, com objetivo automatizar, desenvolver a confiança e a concentração; 9. Terminando com retorno à calma com exercícios de alongamentos; 10. Autorreflexão da atividade (cada aluno diz os aspetos que mais e menos gostaram no intuito de melhorar e ajustar a intervenção da docente); 11. A ajudante da professora (aluna com PHDA) recolhe as fitas aos colegas.
Local	Ginásio.
Organização	Quatro grupos de cinco elementos, em forma de linha, intercalados entre si (de forma todos poderem visualizar a prática da professora).
Estratégias de organização da aula	1. Falar em voz alta, enquanto explica, com algumas nuances de tons de voz; 2. Colocar a aluna na aula onde lhe permita ter um bom campo de visão (à frente, o mais próximo da professora); 3. Posicionar a aluna longe das janelas;

	4. Orientar a aluna junto de alunos calmos e mais concentrados; 5. Alertar a aluna sempre que ocorra mudança de tarefa; 6. Estar atento aos sinais de fadiga e permitir a realização da pausa na atividade.
Avaliação	Trabalhar mais a lateralidade e coordenação motora.

Posteriormente, numa segunda fase seria proposto à turma apresentar a dança à comunidade escolar uma vez que já existia uma coreografia. Assim, dividia-se a turma em grupos e definia-se funções, cada aluno inscrevia-se naquela que se sentia mais confortável, sempre com apoio e visionamento da docente. Como a organização da roupa, (utilizando material de desgaste), a decoração do cenário, a elaboração dos convites e a sua entrega. Fomentando assim, também o trabalho colaborativo da turma com outos agentes educativos (professores, pais, assistentes operacionais), perspetivando o sucesso da atuação através da articulação entre todos, centrados num foco, valorizando a individualidade de cada um.

Capítulo II - Metodologia

Sousa e Batista (2011), defendem que a metodologia de investigação é um processo com génese na seleção da estratégia de investigação, afetando a escolha das técnicas de recolha de dados de acordo com os fins do estudo em causa.

O conhecimento científico tem como génese a interpretação da realidade recorrendo a análises fatuais e metódicas de forma precisa e rigorosa, demonstrando-a e verificando-a.

1. O problema / questão de investigação

Quais são as estratégias de ensino para alunos com PHDA em sala aula?

2. Objetivos da investigação

Para responder à pergunta de partida terá de ser delineado como finalidades deste estudo o objetivo geral e os objetivos específicos a seguir indicados.

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral do estudo é conhecer as estratégias de ensino em sala de aula para alunos com PHDA, no 1º ciclo de ensino.

2.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos foram destacados:

- Identificar os principais desafios sentidos pelos professores em trabalhar com alunos com PHDA;

- Conhecer os procedimentos dos docentes na articulação com os vários elementos da comunidade educativa;

- Identificar as estratégias mais eficazes utilizadas em crianças com PHDA no seu quotidiano;

- Conhecer as estratégias usadas para diminuir a irrequietude motora e a falta de atenção;

- Inteirar com as estratégias utilizadas pelos pedagogos em potenciar o sucesso escolar em crianças com PHDA;

- Refletir sobre as estratégias de ensino que promove a inclusão da criança com PHDA.

3. Tipo de Estudo

Atendendo a questão inicial, ao objeto de estudo e ao objetivo geral e objetivos específicos, foi escolhida a abordagem Mista, qualitativa e quantitativa para a investigação, no sentido de identificar e caraterizar as estratégias aplicadas pelos docentes em contexto dentro e fora da sala de aula, em crianças com PHDA.

4. Sujeito / participantes

O tamanho da amostra de análise foi de 6 professores, do 1º ciclo, obedecendo a seguintes critérios de escolha intencional:

- Professores que lecionam em escolas do 1º ciclo;
- Professores que já lecionaram com crianças com PHDA no turno da manhã/ tarde;
- Professores que tenham tido alunos com PHDA;

5. Instrumentos

Os processos de investigação são facilitadores de uma melhor compreensão e interpretação do estudo.

Para que o processo seja válido e o estudo seja reconhecido pela comunidade científica, os dados deverão ser fiáveis.

Na pesquisa de campo é importante a fase da elaboração dos instrumentos de recolha de dados.

Neste intuito o investigador pode escolher uma observação direta à informação disponível ou indireta construindo um instrumento de recolha de dados, atendendo aos objetivos da sua investigação. (Sousa, M., & Baptista, C., 2011, pp. 102 - 103).

Com o objetivo de reunir um conjunto de dados válidos e responder às questões levantadas neste projeto, irão ser utilizado diferentes instrumentos de recolha.

- O Inquérito por Questionário do tipo aberto (Investigação Quantitativa) permite recolher informações, através de um conjunto de questões, baseando-se no tema PHDA a um grupo representativo da população em estudo, professores do 1º ciclo.

O questionário utilizado é do tipo aberto, facilitando respostas de maior profundidade e liberdade para o inquirido.

"As questões de resposta aberta permitem ao inquirido construir a resposta com as suas próprias palavras, permitindo, assim, a liberdade de expressão."

O questionário deve ser claro e rigoroso e fácil a preencher pelo inquirido, usando uma linguagem apropriada ao público-alvo.

"A construção de um questionário deve obedecer aos seguintes critérios fundamentais: clareza e rigor na apresentação, bem como facilidade de preenchimento para o inquirido.

O tema em estudo deve ser apresentado de uma forma clara e simplista, assim como a linguagem utilizada e a disposição gráfica do questionário, que devem ser adequadas ao público-alvo." (Sousa, M., & Baptista, C., 2011, pp. 97 - 98);

- A Entrevista Estruturada (Investigação Qualitativa) sendo uma técnica de investigação aplicada na recolha de informação complementar à anterior, onde se coloca questões estruturadas, ordenadas e pré-definidas diretas aos sujeitos (professores do ensino regular), permitindo, assim um maior envolvimento, aprofundamento das questões da investigação.

Centrada no objetivo geral (conhecer diferentes estratégias de intervenção em sala de aula com alunos com PHDA) elabora-se um guião de orientação, combinando perguntas abertas em que o entrevistado pode proferir abertamente a sua opinião e por perguntas fechadas onde a sua resposta não é desenvolvida, feitas de forma informal.

O investigador procurará ser o mais imparcial possível no seu diálogo com o entrevistado.

Esta recolha e análise de informação possibilita o fornecimento de pistas e dados que contribuem para conhecer e caracterizar melhor os intervenientes deste estudo.

A entrevista é uma técnica usada na recolha de dados na investigação qualitativa, em que se faz uma seleção da amostra dos indivíduos a entrevistar, e se tem bem definida os seus prepósitos.

"A entrevista é um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas cuidadosamente selecionadas, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos da recolha de informações (Ketele, 1999, pp.18)". (SOUSA, M., & BAPTISTA, C., 2011, pp. 79 a 81)

A análise dos dados é uma parte importante do estudo, neste sentido recorreu-se às técnicas de análise de conteúdos, análise estatística e análise descritiva em função dos objetivos e dos instrumentos de recolha de dados que foram usados. A apresentação dos dados primários (são aqueles que o investigador recolhe com os seus instrumentos) foi feita através de gráficos e tabelas, quantificando os indicadores de cada categoria / subcategoria em percentagens, facilitando a relação e a compreensão dos dados recolhidos. (Sousa M e Baptista C, pp.114).

1. Cronograma

Quadro 3 – Plano do projeto

Procedimento	Previsão de Realização
Escolha do Tema	Maio 2022
Pesquisa Bibliográfica	Junho 2022
Constituição da Amostra	Novembro 2022
Recolha de informação (entrevista estruturada e questionário).	Janeiro 2023
Tratamento de dados	Março 2023
Discussão dos resultados	Abril 2023
Entrega da Dissertação	Outubro 2023

2. Procedimentos

Para uma melhor compreensão do trabalho irão ser descritos os procedimentos aplicados.

Começou-se com a escolha da patologia, PHDA, seguindo-se com a pesquisa bibliográfica em metodologia de investigação, sendo importante para definir a problemática, os objetivos de estudo, a amostra e os instrumentos a utilizar na pesquisa.

Posteriormente, constituir-se-á a amostra e recolher-se-á informações necessárias sobre a situação escolar do professor.

Completar-se-á a investigação com as entrevistas e inquéritos por questionário, usando um guião já estruturado a aplicar aos docentes do 1º ciclo do ensino básico no intuito de conhecer as estratégias usadas pelos professores em alunos com PHDA.

Finalizadas as entrevistas e os inquéritos por questionário procedeu-se à sua transcrição ficando a ideia, da experiência e dos conhecimentos, que os professores participantes no estudo têm sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção.

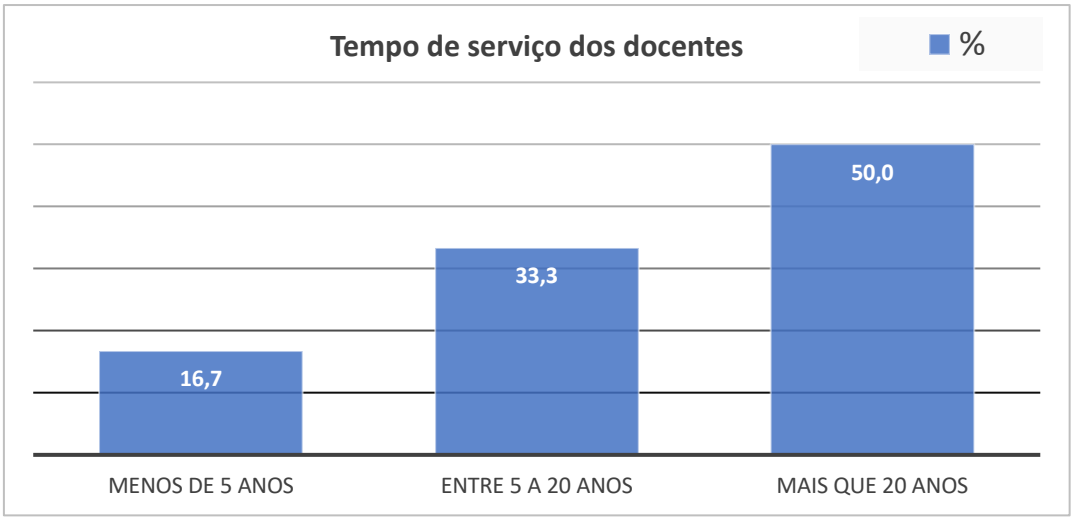
Neste sentido desenvolveu-se a organização e análise dos dados recolhidos de maneira estruturada de acordo com a sua classificação e categorização.

O estudo realizado, no concelho de Loures, distrito de Lisboa, teve como participantes na pesquisa seis professores que lecionam no 1º ciclo.

Capítulo III – Resultados

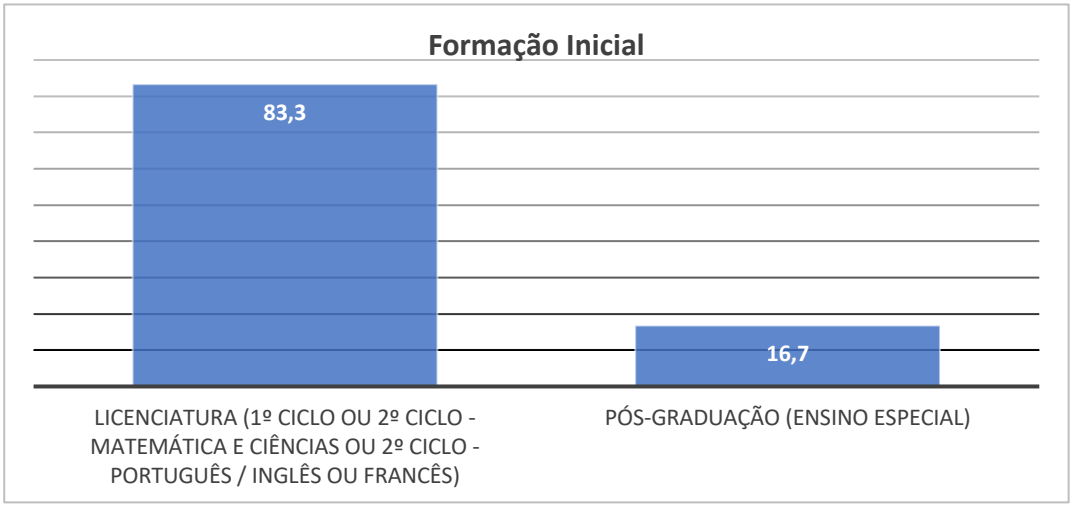
1. Apresentação e análise de Dados.

Gráfico 1 - Tempo de serviço



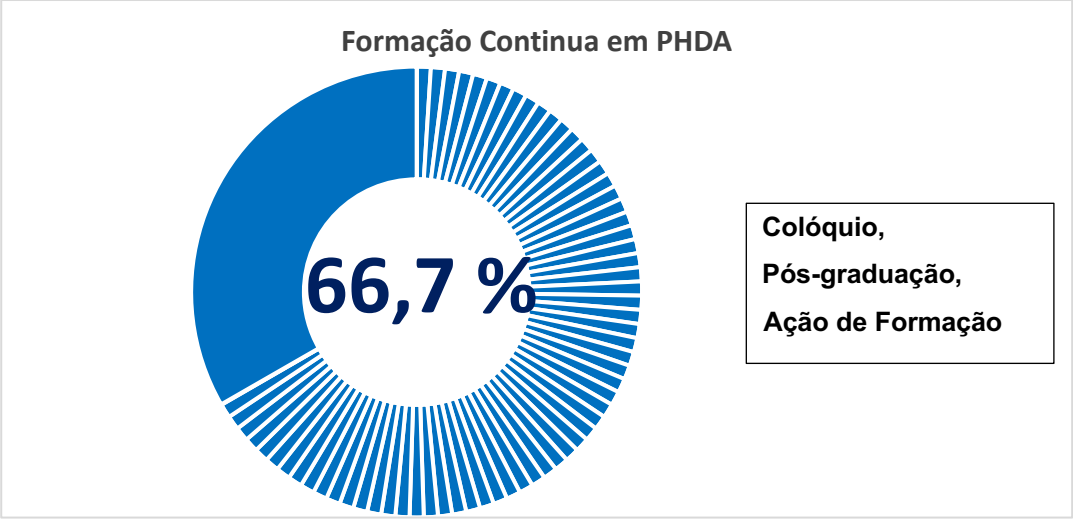
Através da tabela de caraterização do entrevistado verificou-se que o tempo serviço abrange elementos de todo o espectro, desde inferior a 5 anos a superior a 20 anos. Encontrou-se a moda do tempo de serviço no escalado de mais de 20 anos de carreira.

Gráfico 2 – Formação Inicial



Relativamente à formação inicial constatou-se cinco participantes que têm licenciatura na variante de Matemática e Ciências, Português / Inglês ou Francês (83,3%) e um participante com pós-graduação (16,7%).

Gráfico 3 – Formação continua em PHDA

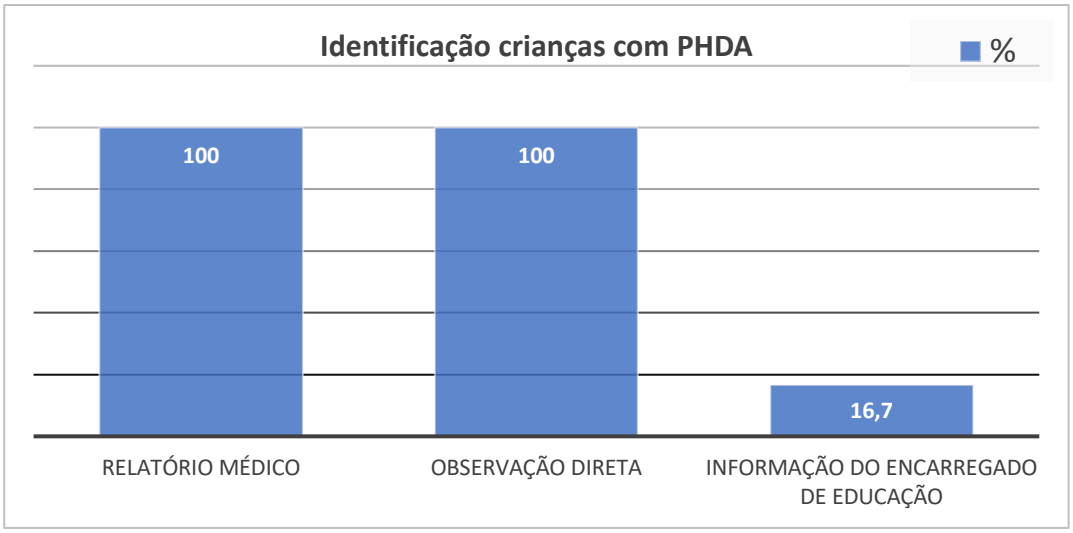


Identificou-se também, que quatro dos elementos no estudo (66,7%) tiveram algum tipo de formação continua em PHDA, através de colóquio, workshop, pós-graduação e ou ação de formação, enquanto 33,3% não tiveram formação especifica em PHDA.

Gráfico 4 – Experiência com crianças com PHDA

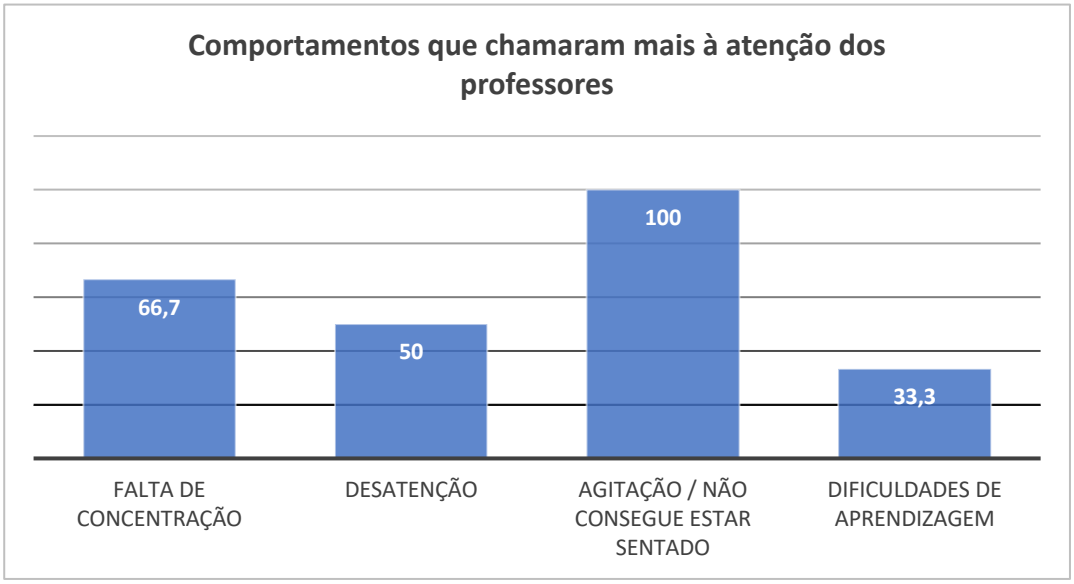
Neste estudo, a totalidade dos entrevistados (100%) já tiveram vivências com crianças com PHDA, ao longo da sua carreira, onde a sua prática / experiência varia entre a uma a cinco crianças.

Gráfico 5 – Identificar crianças com PHDA



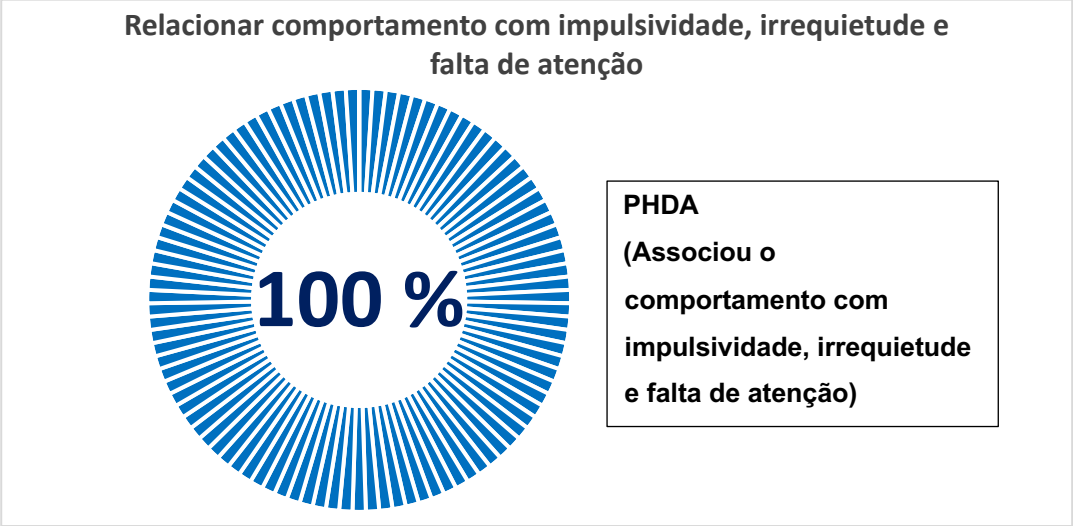
Averiguou-se que 100% dos inquiridos identificaram crianças com PHDA através de relatórios médicos e observação direta. Constando ainda 16,7% que referiram que a informação foi comunicada também pelos pais.

Gráfico 6 – Comportamentos da criança que chamaram à atenção



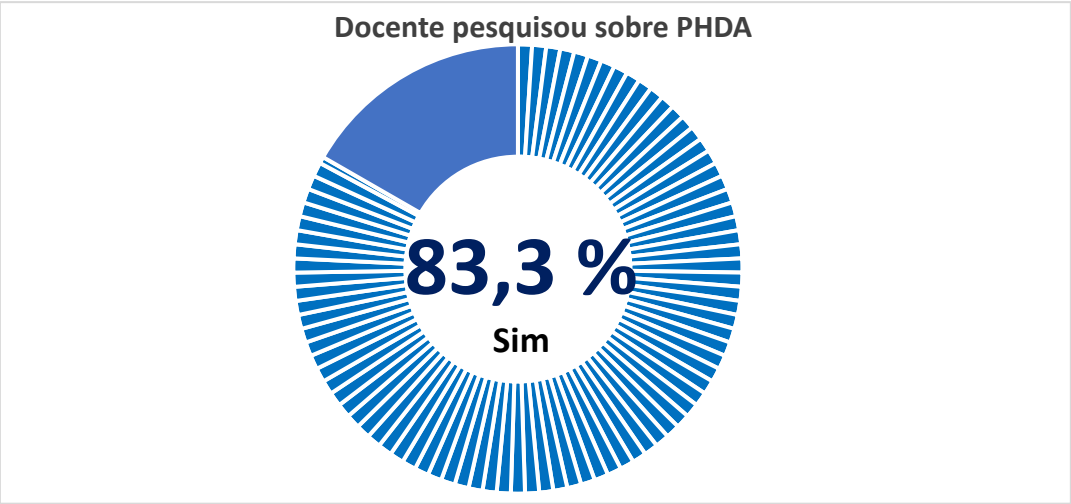
Verificou-se que os comportamentos, em crianças PHDA, que chamaram mais à atenção dos professores entrevistados, foram a irrequietude dos seus educandos com incidência máxima (100%), seguido pela falta de concentração (66,7%) e pela desatenção (50%). Por fim, apenas num terço dos casos, a dificuldade de aprendizagem foi registada.

Gráfico 7 – Comportamento observado associado à impulsividade, à irrequietude e falta de atenção



Todos os inquiridos (100%) associaram a impulsividade, irrequietude e/ou falta de atenção ao comportamento observado na sala de aula.

Gráfico 8 – Pesquisa sobre a perturbação



Quanto à pesquisa sobre a perturbação (83,3%) dos docentes desempenharam esta ação de alargar os seus conhecimentos, contrapondo com (16,7%) que não sentiram necessidade de o fazer.

Gráfico 9.1 – Desafios vivenciados inicialmente junto da criança com PHDA

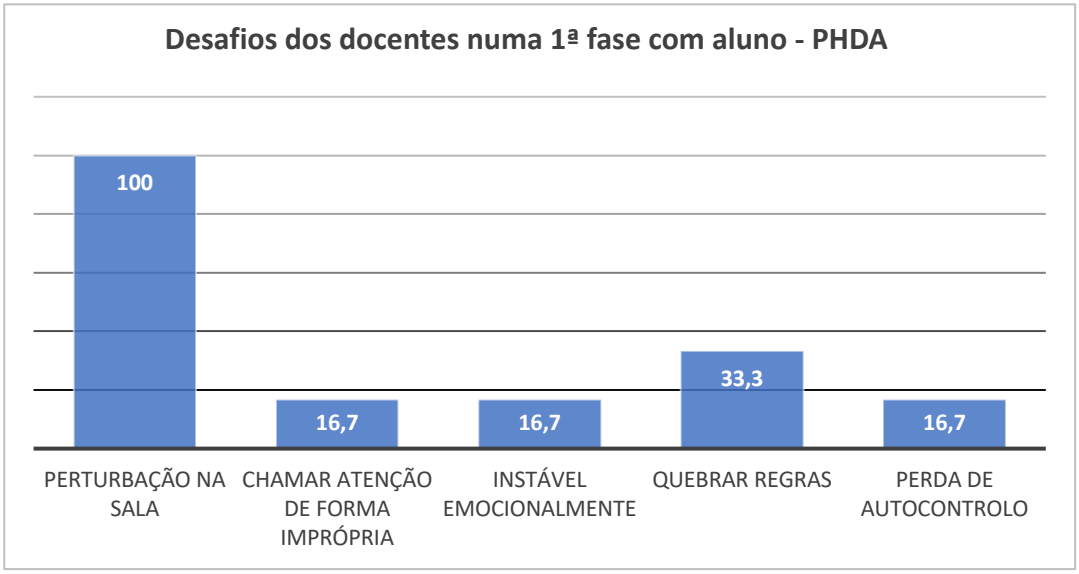
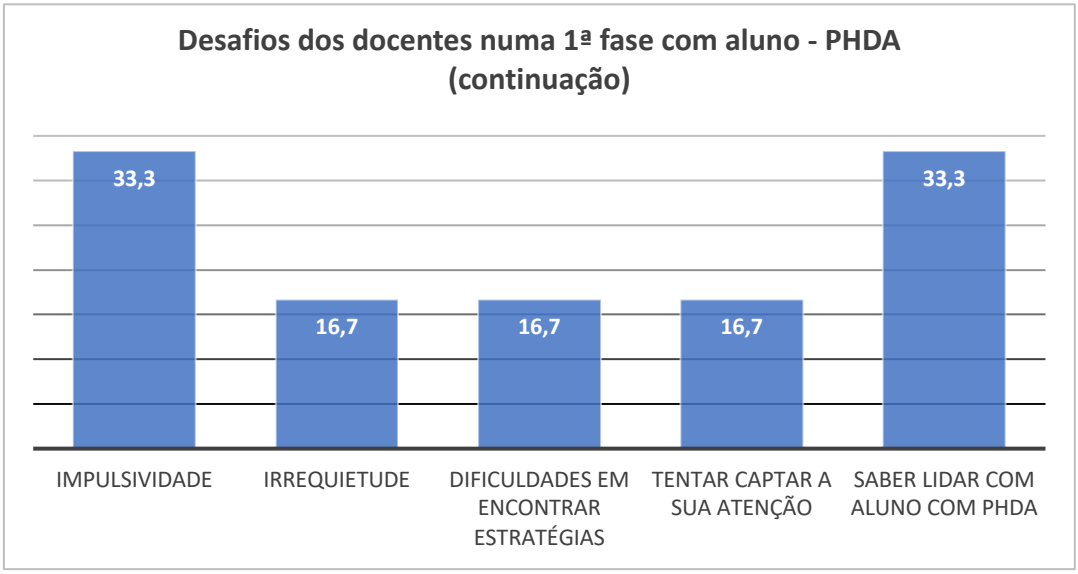


Gráfico 9.2 (Continuação) – Desafios vivenciados inicialmente junto da criança com PHDA

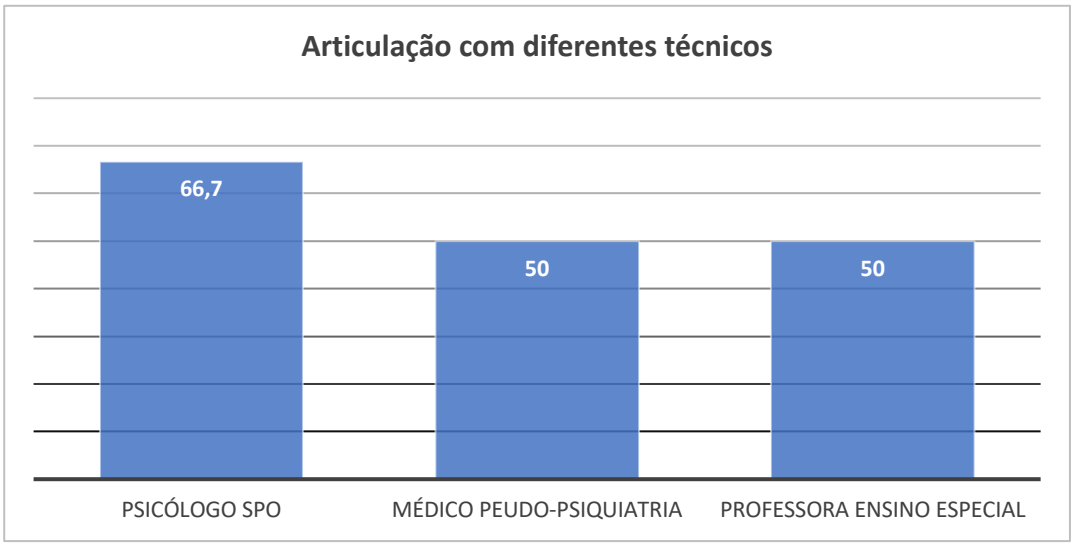


Os docentes, numa fase inicial vivenciaram desafios junto da criança com PHDA, e 100% dos intervenientes de estudo indicaram ser elemento perturbador na sala. O que contrapõe com os 16,7% identificados como instabilidade emocional, ou ser uma chamada de atenção de forma imprópria, ou um comportamento de irrequietude, ou perda de autocontrolo, ou tentar chamar atenção do professor ou ainda dificuldades por parte do docente em encontrar estratégias.

Gráfico 10 – Articulação entre professores e técnicos

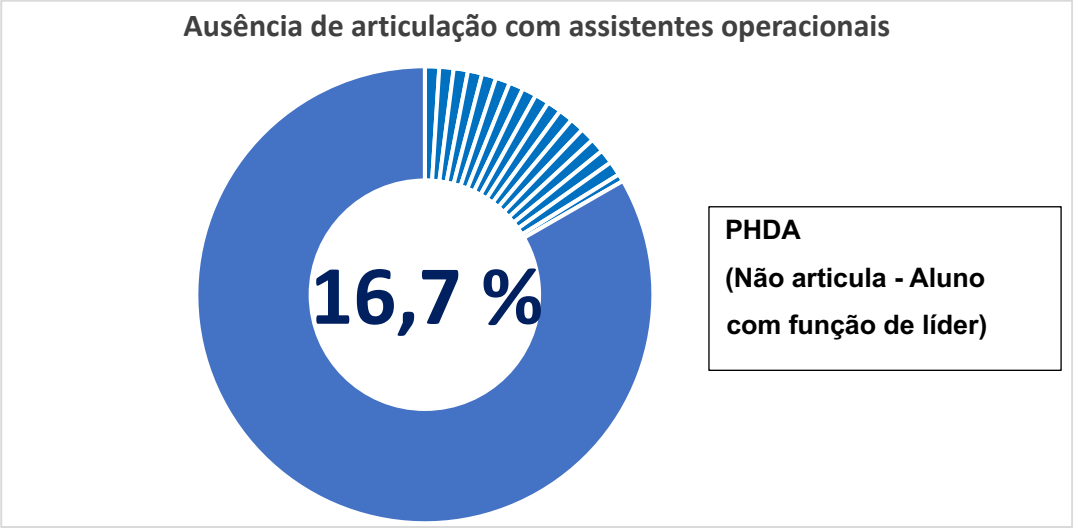
Todos os indagados (100%) verbalizaram articular com técnicos sobre a situação escolar do seu discente.

Gráfico 11 – Os professores articularam com diferentes técnicos



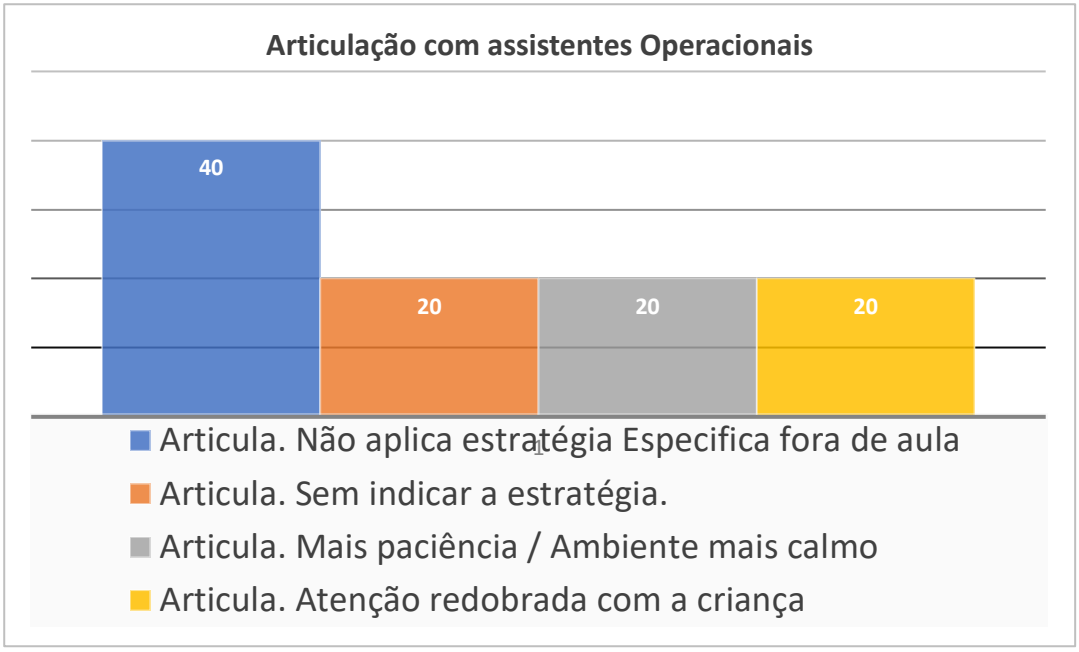
Nesta articulação com técnicos, o Psicólogo do SPO (66,7%) teve maior representação. Por sua vez, o recorrer à Professora de Ensino Especial ou ao Pedopsiquiatra foi a escolha de 50% dos pedagogos.

Gráfico 12 - Articulação entre professores e assistentes operacionais



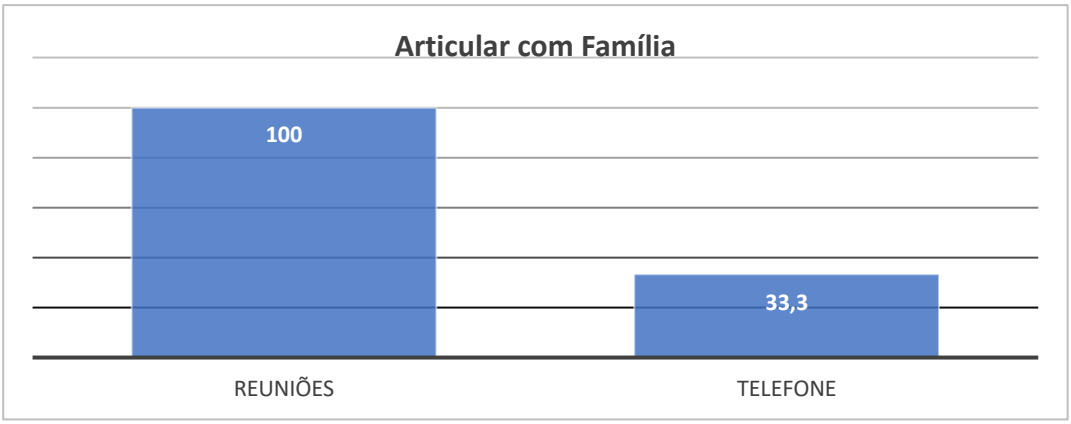
Quase a totalidade dos pedagogos (83,3%) articulou com as assistentes operacionais da escola, contrapondo-se com (16,7%) que não se pronunciaram sobre a criança com PHDA, uma vez que a criança assumia uma atitude de liderança perante o grupo.

Gráfico 13 – Aplicação de estratégias especificas em contexto fora de aula



Em contexto fora de aula 40% dos docentes, não indicaram estratégias junto das assistentes operacionais. Já os demais, aplicaram estratégias especificas em contexto fora de aula, repartindo os 60% equitativamente (20%) nomeadamente: atenção redobrada com o aluno, ter uma atitude mais compreensiva / paciência; tentar um ambiente mais calmo.

Gráfico 14 - Articulação entre professores e família



Os professores procuraram coordenar com a família através de reuniões (100%) no propósito de definir estratégias mais ajustadas para os seus discentes. Com o intuito de comunicar mais rapidamente com os Encarregados de Educação 33,3% fizeram-no por telefone.

Gráfico 15.1 – Comunicar com alunos com PHDA

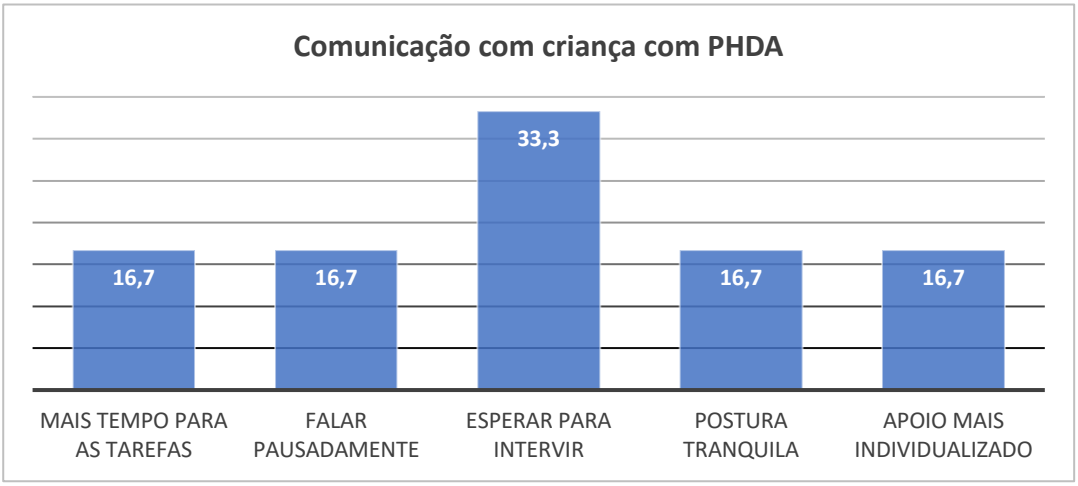
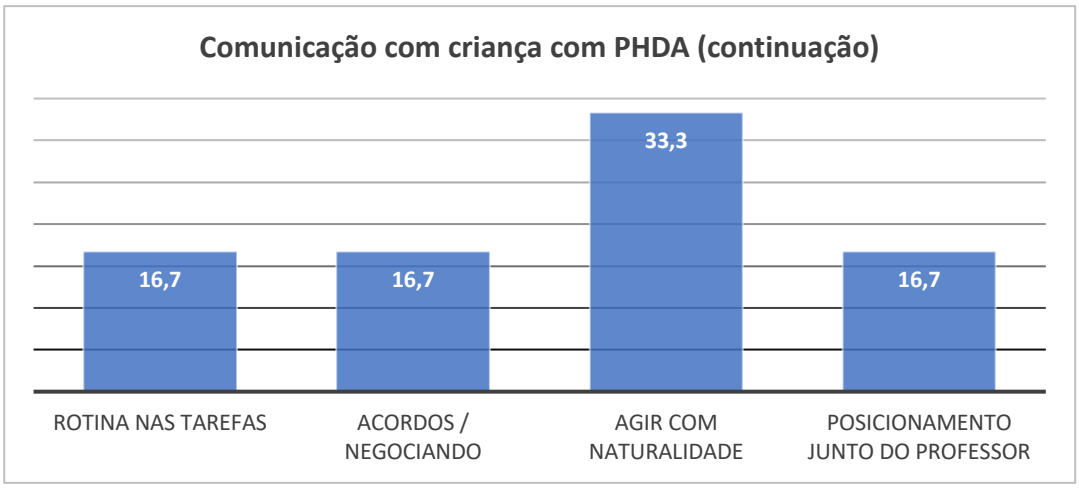


Gráfico 15.2 (Continuação) – Comunicar com alunos com PHDA



Na comunicação com a criança que tenha PHDA, (33,3%) dos docentes tentaram agir de forma natural com o intuito de aumentar o bem-estar da criança, ou esperar que a criança se acalme para intervir. Outras formas de interagir foram adotadas pelos entrevistados em 16,7% dos casos, nomeadamente: desenvolveram tarefas com rotinas diárias, ou deram-lhes mais tempo na realização de tarefas, procurar falar mais pausadamente, apresentar uma atitude mais tranquila, oferecer um apoio mais individualizado e de proximidade recorrendo ao diálogo.

Gráfico 16.1 – Situações que acalmaram a criança com PHDA

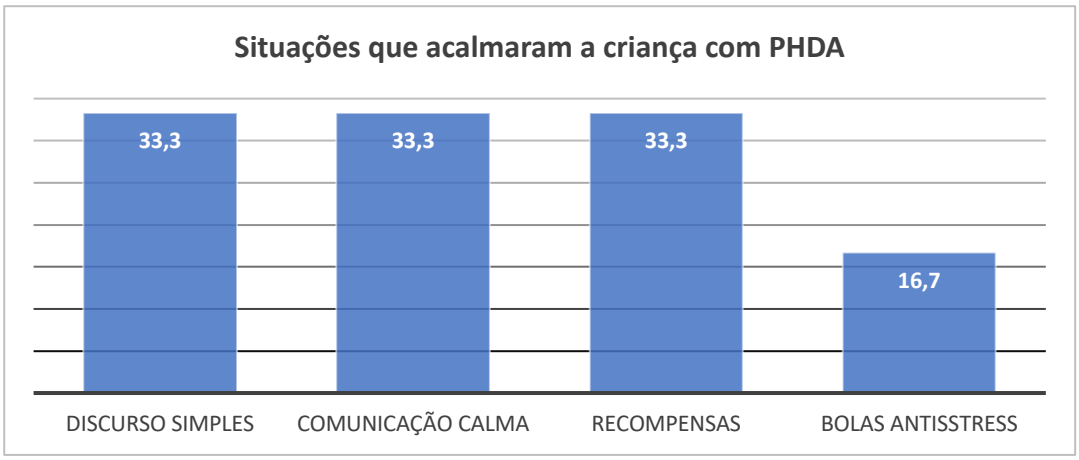
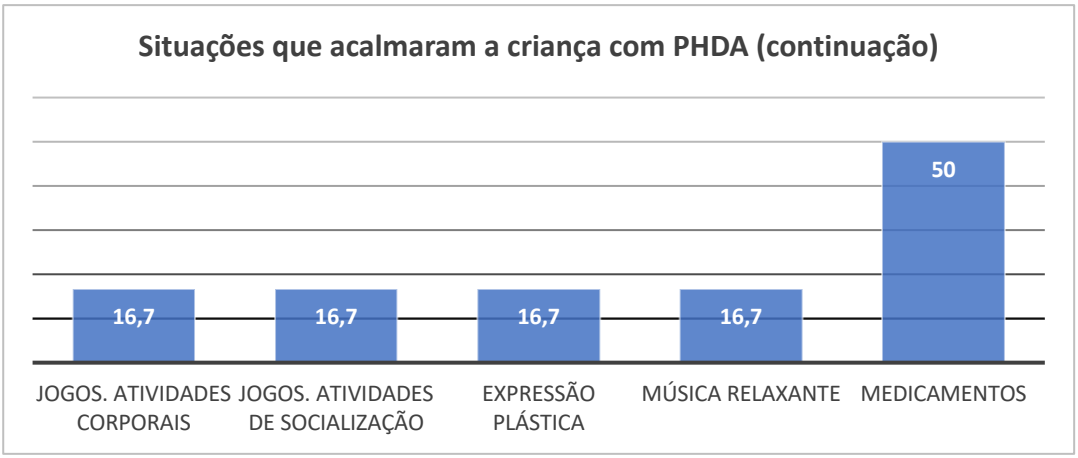
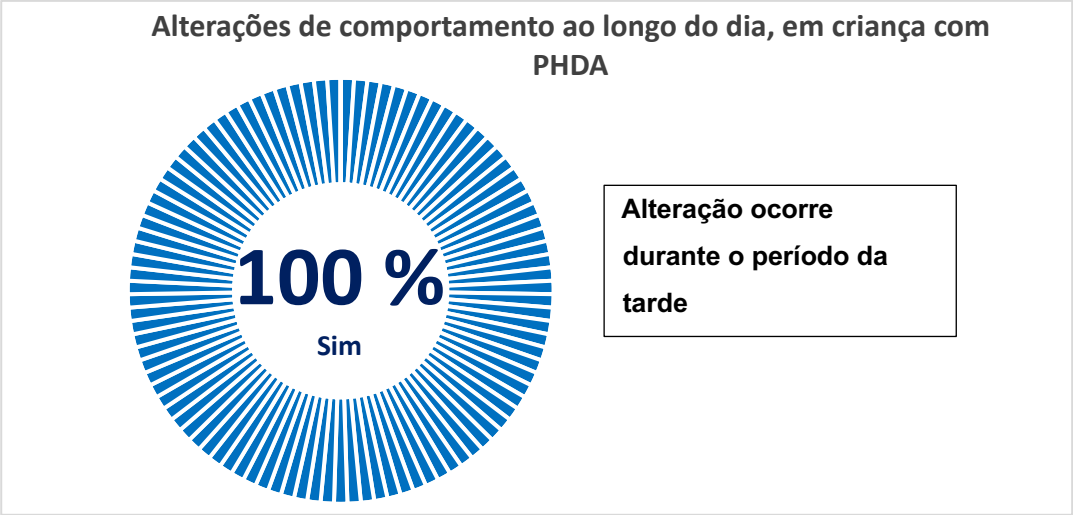


Gráfico 16.2 (Continuação) – Situações que acalmaram a criança com PHDA



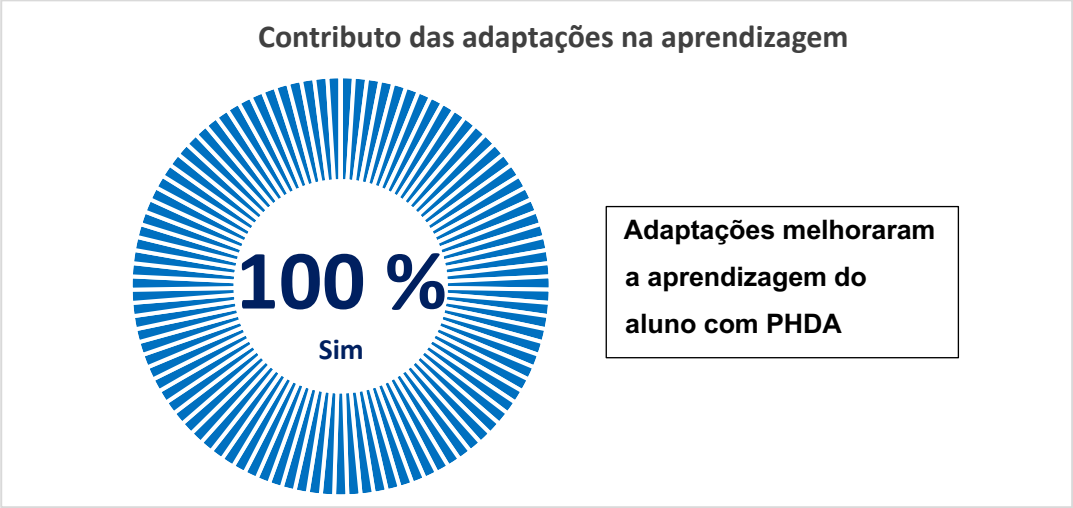
Dos inquiridos, 50% apontaram para a medicação como forma para acalmar a criança com PHDA. Já 33,3% refletem a utilização do discurso simples, e calmo, bem como recompensas na base do diálogo no processo de ensino e aprendizagem. Outras soluções apresentadas, cada uma com incidência de 16,7%, fazem referência à calma como fator promotor da tranquilidade seja enquanto postura, ou no discurso, no uso de bolas antisstress, ou através da música, ou na realização de jogos de socialização / corporais ou tarefas de expressão artística.

Gráfico 17 – Alteração do comportamento ao longo do dia



Em relação ao comportamento da criança com PHDA, 100% dos entrevistados referem que este altera-se durante a tarde.

Gráfico 18 – Evolução da aprendizagem com adaptações



Em relação às adaptações feitas em contexto escola/família da criança com PHDA, 100% dos entrevistados referem que as consideraram benéficas para o sucesso escolar do educando.

Gráfico 19.1 – Estratégias utilizadas para diminuir a irrequietude motora e falta de atenção em contexto de sala de aula

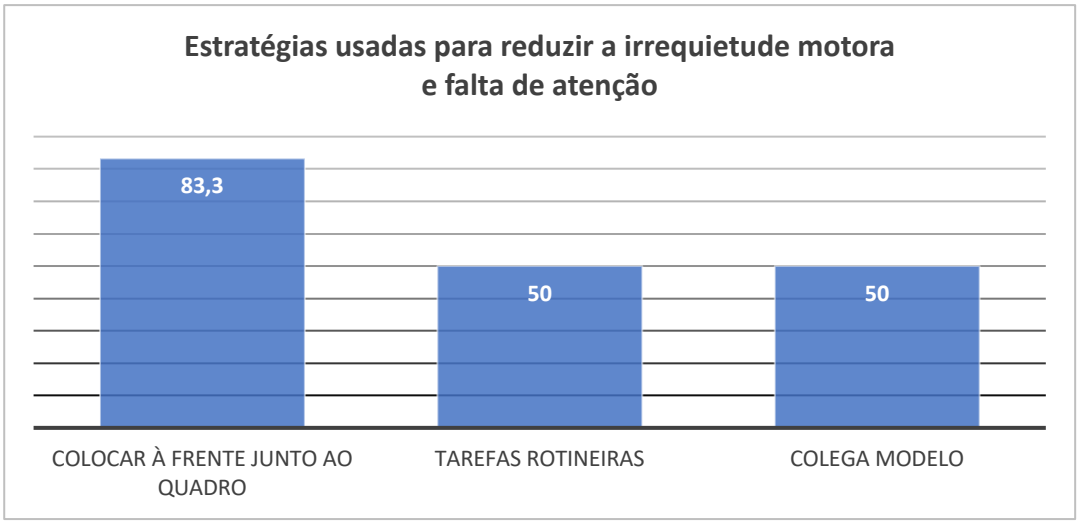
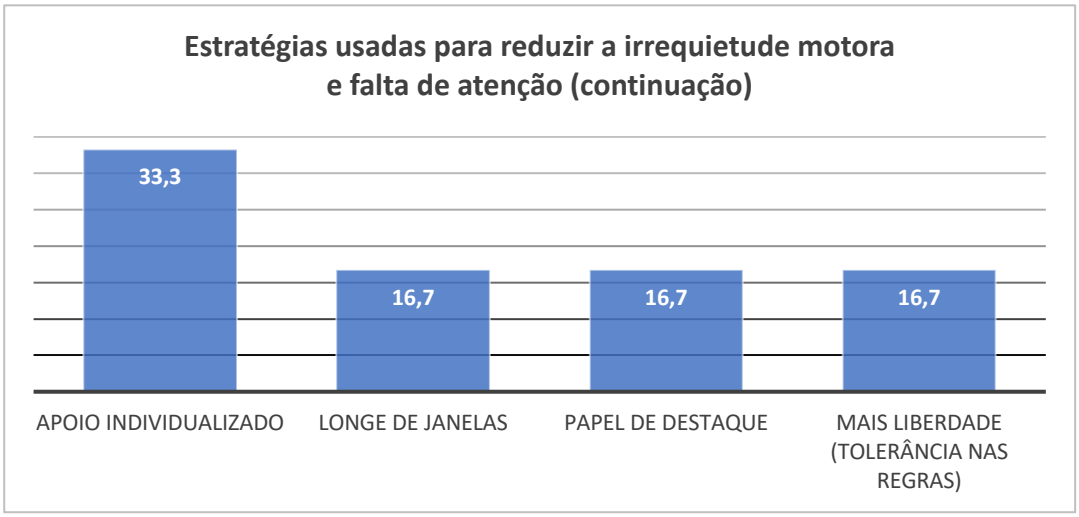


Gráfico 19.2 (Continuação) – Estratégias utilizadas para diminuir a irrequietude motora e falta de atenção em contexto de sala de aula



Em relação, às estratégias dentro de sala de aula mais utilizadas no intuito de diminuir a irrequietude motora e a falta de atenção destacou-se com 83,3% o posicionamento do aluno à frente do quadro. Aferiu-se do público-alvo do estudo que 16,7% preferiu as estratégias de: colocar o aluno longe de janelas: dar à criança um papel de destaque: dar mais tolerância quanto às regras da sala.

Gráfico 20.1 – Estratégias dos professores para potenciar o sucesso

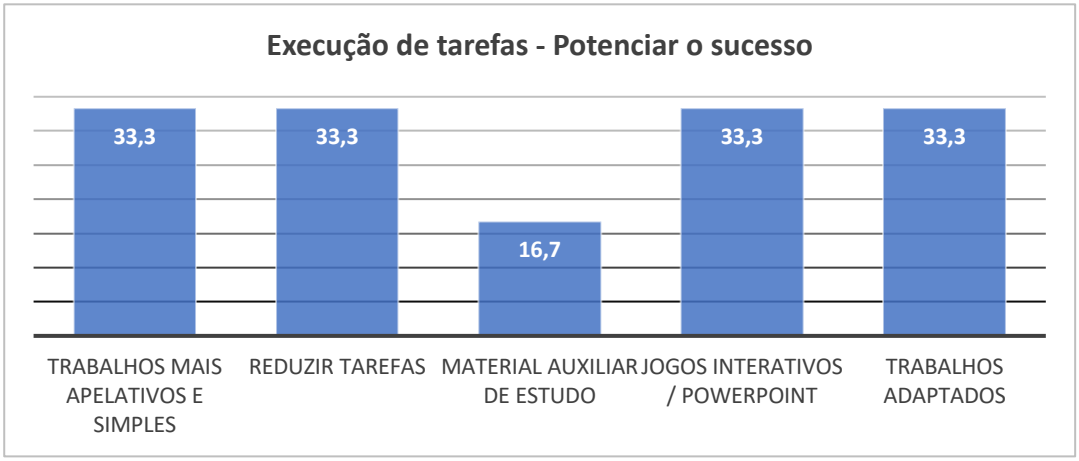
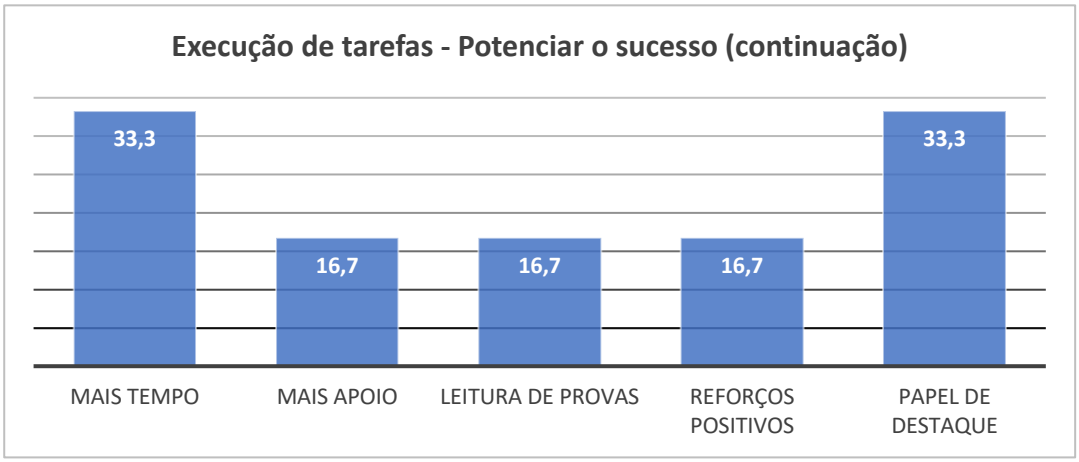
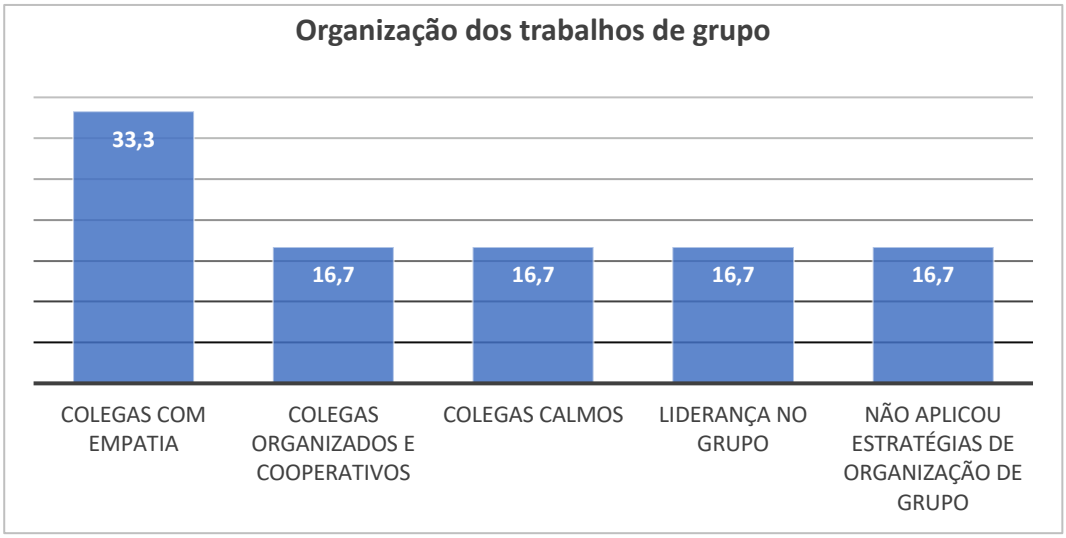


Gráfico 20.2 (Continuação) – Estratégias dos professores para potenciar o sucesso



Quanto às estratégias especificas para potenciar o sucesso do aluno com PHDA durante a realização de tarefas escolares, verificou-se que 33,3% dos pedagogos procuraram atribuir um papel de destaque ao aluno, ou dando-lhe mais tempo na realização das atividades, ou adaptando-os e tornando-os mais apelativos, ou reduzidos, ou simples no seu entendimento e execução, ou recorrendo a jogos interativos / *PowerPoint*. Contrapondo com o emprego de reforços positivos, ou a leitura de prova, ou o fornecimento de material de estudo específico, dando mais apoio à criança com PHDA, o qual foi inscrito por 16,7% dos inquiridos.

Gráfico 21 – Estratégias de organização em trabalhos de grupo



No que diz respeito à organização de trabalhos de grupo 16,7% não aplicaram quaisquer estratégias de organização. Dos restantes 83,3% que aplicaram estratégias, 33,3% dos professores procuram colocar o aluno com PHDA junto de um colega tenha mais afinidade, empatia.

Gráfico 22.1 – Estratégias de ensino mais eficazes pelos professores

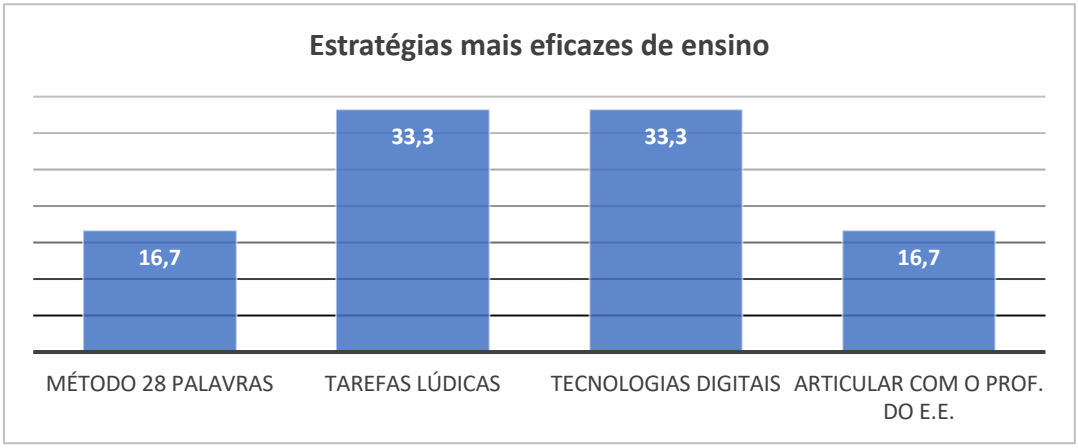
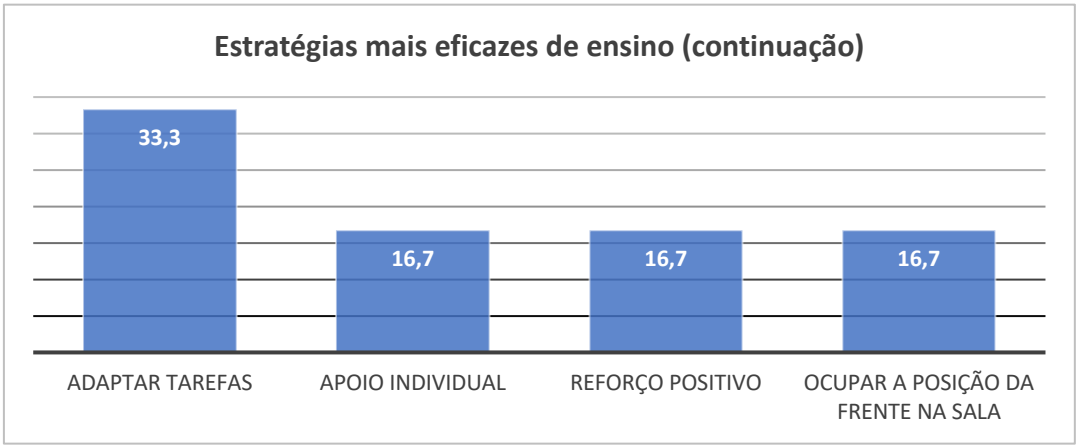


Gráfico 22.2 (Continuação) – Estratégias de ensino mais eficazes pelos professores



No que se refere às estratégias de ensino utilizadas no quotidiano pelos docentes, consideradas por estes como as mais eficazes em alunos com PHDA, 33,3% respondeu a criação de tarefas lúdicas, o uso da tecnologia e a adaptação das tarefas ao discente. Por sua vez 16,7% referiram o método de 28 palavras, a

articulação com o professor de ensino especial, o apoio individual, o reforço positivo e a ocupação da posição da frente na sala de aula.

2. Discussão dos resultados da investigação

A verificação das estratégias de intervenção em alunos com PHDA, utilizadas pelos professores do 1 º ciclo, permite clarificar, se as perceções destas estratégias espelham ou articulam com a literatura sobre esta patologia.

O sucesso educativo é um fim em si mesmo em que os vários intervenientes da ação educativa desempenham um papel construtor, procurando definir as estratégias mais adequadas e ajustadas às características e necessidades dos alunos no seu ambiente específico.

Numa primeira fase da investigação foi feito um estudo teórico sobre a PHDA, recorrendo à literatura científica, que assume um papel imprescindível na argumentação dos resultados obtidos.

Feita a análise do estudo poder-se-á concluir que os professores participantes, no geral, têm conhecimento das caraterísticas dominantes que caraterizam a PHDA.

Esta perceção deve-se a convivência por todos os docentes, ao longo da sua experiência profissional, com alunos com esta perturbação em contexto de sala de aula.

O diagnostico dos alunos foi feito através de relatório médicos e observação direta.

Com a observação do comportamento os docentes identificaram a irrequietude e a falta de atenção / desatenção enquanto caraterísticas mais incidentes nos alunos observados.

Segundo a Rita Antunes no tipo predominante desatento "As crianças desatentas apresentam dificuldade em manter a concentração por tempo ajustado à sua idade, especialmente em atividades que não são do seu interesse (...)". No tipo predominantemente hiperativo-impulsivo "(...) as crianças são irrequietas e falam muito. É-lhes difícil permanecer sentadas durante muito tempo (...)" (Antunes, R., 2021, p. 23).

Perante este cenário pode-se constatar que os participantes possuíam alguns conhecimentos sobre a PHDA, sendo que um deles está a tirar pós-graduação em Ensino Especial. A maioria procurou alargar os seus conhecimentos através da pesquisa no intuito de compreender melhor esta perturbação.

Numa fase inicial os docentes viveram desafios com a criança PHDA quando esta perturbava a aula com o seu comportamento. Segundo a Rita Antunes (página 40) "Uma consequência habitual e preocupante é a baixa autoestima, resultante de vários fatores, feedback negativo dos pais, professores e colegas, e que leva muitas vezes à desmotivação da escola(...)". Por tudo isto, e de forma ajudar aumentar a autoestima da criança tornando-a mais descontraída, bem-sucedida e feliz, é fundamental um acompanhamento psicoterapêutico, com diagnóstico e medidas de intervenção precoces. (Antunes, R., 2021, p. 40-41)

É imprescindível a articulação com outros técnicos para promover o sucesso escolar e a integração do aluno. Para José Carlos e Raquel Marta "(...) a avaliação pode tornar-se um desafio e é quase sempre vantajosa uma verdadeira articulação multidisciplinar entre outros técnicos com experiência em áreas especificas, nomeadamente a psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional ou

psicomotricidade" (Antunes, R., 2021, p. 67-68). Atendendo ao estudo, recorrer ao psicólogo do SOP (66,7%) e à professora de Ensino Especial (50%) foram as subcategorias que tiveram mais representação. Também a quase totalidade dos docentes (83,3%) articulou com as assistentes operacionais, aplicando estratégias especificas fora de sala de aula:

- Atenção redobrada com o aluno;
- Ter uma atitude mais compreensiva / paciência;
- Tentar um ambiente mais calmo.

Os entrevistados (100%) procuraram coordenar com a família através de reuniões com o intuito definir estratégias mais ajustadas para seus educandos, recorrendo via telefone apenas (33,3%) com objetivo de comunicar mais rapidamente com os Encarregados de Educação.

De acordo com Rita Antunes (páginas 176 a 177) "Tendo em consideração todas as caraterísticas e desafios da PHDA, e não sendo esta uma patologia especifica da criança, é importante uma intervenção adequada à família, para identificar os fatores protetores e positivos e reduzir os fatores de risco e as implicações negativas que esta perturbação pode originar na vida de todos".

Os vários intervenientes no processo de ensino aprendizagem desempenham um papel fulcral na orientação da criança com PHDA, na compreensão dos seus sentimentos, na ajuda em reajustar as suas ações sempre que necessário e no sucesso escolar do aluno.

Uma boa comunicação é benéfica no relacionamento entre os vários elementos da educação em diferentes contextos, desencadeado resultados positivos para todos. Numa comunicação bidirecional, positiva, respeitando o tempo de intervenção da

criança, sem interrupções, onde todos tenham o momento de se expressar e se sentir ouvidos.

Os docentes na comunicação com a criança com PHDA para melhorar a sua prática diária, desenvolveram rotinas diárias, dando-lhes mais tempo na execução dos trabalhos, interagindo numa atitude mais tranquila, individualizada e de proximidade, com diálogos mais pausados desencadeando o bem-estar do aluno.

Segundo a Rita Antunes (página 210) “Na PHDA a comunicação é fundamental, nomeadamente, porque permite mediar a gestão das emoções ou comportamentos da criança e criar um tempo para refletir sobre a intensidade excessiva dos seus próprios comportamentos ou atitudes”.

Já na página 212 a Rita Antunes, quanto à comunicação, acrescenta, “No geral, quando falamos com uma criança, sobretudo com PHDA:

- O nosso tom de voz deve ser calmo e afetivo;

- Devemos baixar-nos ao nível da criança para falar “olhos nos olhos” e nos certificarmos de que está atenta ao vamos dizer. O contacto visual é fundamental como regulador externo da atenção e do comportamento da criança e do jovem com PHDA;

- Devemos usar frases curtas e com mensagens claras. As crianças e os adolescentes com PHDA Têm desafios ao nível da memória de trabalho verbal, o que se traduz em dificuldades maior ao nível de retenção de instruções ou recados com mais do que uma premissa”.

Assim, desenvolver a ação pedagógica num ambiente calmo, estruturado é fundamental para alcançar bons resultados escolares, favorece o aumento da motivação dos alunos em seguirem as regras e trabalhar no intuito de alcançar os objetivos propostos.

O grupo trabalhado, indicou que as situações que acalmaram a criança com PHDA foram diversas, pelo que 50% dos inquiridos apontaram para a medicação do aluno, e 33,3% evidenciaram a utilização de um discurso simples, na base do diálogo no processo de ensino e aprendizagem.

Como meios de promover também a tranquilidade, o grupo de estudo referenciou assumir uma postura calma, usar bolas antisstress, ouvir música calma, realizar jogos de socialização, tarefas de expressão artística e possuir um controlo emocional calmo. (Antunes, R., 2021, p. 222).

De acordo com a Rita Antunes "As técnicas de relaxamento são muito recomendadas na PHDA para estimular a capacidade de autorregulação, tanto nos miúdos como nos graúdos. Sejam estratégias de regulação da respiração sejam de relaxamento do corpo, esta é uma excelente ferramenta para tentar manter a calma quando a situação começa a ficar difícil". (Antunes, R., 2021, p. 225).

No que diz respeito ao comportamento da criança com PHDA, 100% dos entrevistados referem que este altera-se durante a tarde, como também acham que as adaptações em contexto escola/família são benéficas para o seu sucesso escolar.

Em relação, às estratégias dentro de sala de aula mais utilizadas no intuito de diminuir a irrequietude motora e a falta de atenção destacou-se com os professores colocaram o aluno à frente do quadro em 83,3%, e 50% no desenvolvimento de tarefas rotineiras, junto de um colega estável (modelo).

Uma sala estruturada promove o desenvolvimento das competências das várias disciplinas num ambiente mais seguro. A articulação entre o professor e aluno

deverá objetivar a mínima incidência de comportamentos disruptivos. Para isso as regras de sala deverão estar bem definidas e de preferência serem elaboradas junto dos alunos, permitindo estes terem conhecimento dos limites principais para a realização dos objetivos propostos. Rita Antunes nas páginas 271 a 273 defende que, a estruturação deverá ter em atenção as diferentes necessidades dos alunos, assim, e quando com uma criança com PHDA o professor deverá ter as seguintes considerações:

“ – sentar o aluno longe de elementos distratores, como zonas de passagens, janelas, zona do caixote do lixo etc;

- manter o aluno na parte da frente da sala, para diminuir as distrações visuais desnecessárias como o movimento dos outros colegas e para ficar próximo do quadro;

- ficar perto do professor para facilitar a pequenas interações, beneficiar de um acompanhamento mais individualizado face às tarefas e gerir melhor a dispersão da atenção;

- posicioná-lo junto de um aluno que funcione como um bom modelo comportamental e que apoie as suas aprendizagens;

- promover a possibilidade de o aluno se levantar quando a agitação começa a ficar maior e fazer pequenas tarefas, como apagar o quadro, arrumar o livro, despejar o afia-lápis etc.” (Antunes, R., 2021, p. 271 - 273).

Procurou-se saber estratégias especificas para potenciar o sucesso do aluno com PHDA, durante a realização de tarefas escolares. Perante o estudo verificou-se que 33,3% dos inquiridos procura tornar os trabalhos escolares mais apelativos, reduzidos e simples no seu entendimento e execução, como também recorrer a jogos interativos / *PowerPoint*, a trabalhos adaptados, dando-lhe mais tempo na sua realização e atribuindo um papel de destaque ao aluno.

No que diz respeito à organização de trabalhos de grupo 16,7% não aplicaram quaisquer estratégias de organização. Dos restantes 83,3% que aplicaram estratégias, 33,3% dos professores procuram colocar o aluno com PHDA junto de um colega tenha mais afinidade, empatia.

Às estratégias de ensino utilizadas no quotidiano pelos docentes e que consideram mais eficazes em alunos com PHDA, 33,3% responderam tarefas lúdicas, o uso da tecnologia e adaptação das tarefas do discente.

Neste sentido, atendendo as especificidades das turmas dos professores deste estudo, feito no concelho de Loures e dada a conjuntura atual que vivemos, com um ritmo mais acelerado e uma riqueza de estímulos ambientais, sonoros, visuais... contribuindo para um desenvolvimento de estados de stress em toda comunidade educativa.

A escola depara-se ainda com várias individualidades únicas, oriundas de várias partes incluído Ucrânia, Turquia, Angola, Brasil, São Tomé e Príncipe, etc. tornando-a rica de múltiplas realidades, culturais, sociais, económicas. Assim, a escola procura cada vez mais dar respostas mais assertivas e construtivas a esta diversidade.

O aluno desperta no professor a constante busca do conhecimento, mas o professor nem sempre reúne os conhecimentos / capacidades para o melhor desempenho no relacionamento com alunos com PHDA (Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção), levando-o à necessidade de investigar estratégias de ensino para alunos com esta problemática.

A PHDA é uma realidade de algumas crianças / adolescentes que por vezes carateriza uma turma, aumentando o desafio do professor em dar resposta às suas necessidades, em contexto escolar.

O conhecimento das estratégias educativas de intervenção usadas pelos docentes de ensino especial em alunos com PHDA em articulação com o professor de ensino regular, favorece o trabalho colaborativo, permitindo desenvolver estratégias mais adequadas às solicitações dos alunos com esta patologia.

A articulação entre os vários agentes educativos, desde os assistentes operacionais, os psicólogos, psiquiatras e terapeutas e a família com os professores titulares e de ensino especial formam uma equipa imprescindível no êxito integral da criança com PHDA. Culminando com o incremento da satisfação global da turma e de todos os intervenientes.

“O objetivo será sempre controlar a sintomatologia e melhorar o desempenho académico, social e a qualidade de vida. A abordagem terapêutica deverá ser multimodal e multidisciplinar, centrada na criança ou adolescente, com inclusão dos pais e professores no processo terapêutico”. (Antunes, R., 2021, p. 69)

Capítulo IV - Considerações finais

O estudo começa com uma questão sobre PHDA onde se interliga com a abordagem de outras temáticas importantes para o desenvolvimento e enquadramento do trabalho:

- a escola promove aprendizagens, interações, uma série de experiências únicas na vida da criança, indo mais além da programação de conteúdos formais e académicos. Proporcionando a vivência de novos amigos, novas brincadeiras e novos papéis sociais. A escola e a família são pilares imprescindíveis para a evolução ao nível emocional, psíquico, físico, social de uma criança. O processo de ensino e aprendizagem requer uma interação recíproca e constante. O ensinar implica articular, expor conhecimentos, e o aprender pressupõe uma entrega e um treino;

- escola inclusiva que procura respeitar a individualidade de cada aluno, atendendo às suas necessidades e caraterísticas únicas, encontrar estratégias mais adequadas, objetivando, assim o sucesso pessoal e social do aluno. Esta realidade inclusiva promove um desenvolvimento integral dos discentes, nomeadamente da criança com PHDA;

- o docente deverá desenvolver condições de trabalho para alunos com PHDA, como para o restante grupo, de forma a melhorar qualidade de ensino com mais equidade e igualdade de oportunidades, dando primazia a sua autonomia;

- o trabalho cooperativo entre o professor de ensino especial e o professor regular na definição das estratégias de intervenção é fundamental;

- as avaliações dessas estratégias com regularidade são indicadoras cruciais se estão a ser eficazes junto dos alunos;

- o desenvolvimento do individuo, é flutuante e progressivo, com ritmos de intensidade variável, apresentando uma continuidade de etapas que se vão sucedendo e sobrepondo em socalcos e não linearmente. Resultante da interação entre a criança e o meio que está inserida. As crianças evidenciam pontos de partida e de chegada diferentes umas das outras, com patamares de evolução próprios e ritmos individuais, ao longo do seu desenvolvimento;

- o discente através do movimento corporal, manipulação de objetos, lateralização desenvolve estruturas de compreensão do conhecimento, favorecendo mais a autonomia das ações, do aluno refletindo-se no seu domínio afetivo e social;

- as crianças, e os adolescentes, ao longo do seu percurso educativo expandem as suas competências e progressivamente aumentam a sua consciência das suas novas capacidades sociais, académicas e pessoais. Assimilando novas regras, rotinas, permitindo uma interiorização dos limites comportamentais;

- o desenvolvimento infantil é fundamental para a formação social e cognitiva, sendo imprescindível proporcionar um leque de experiências, que condicione a estimulação motora, cognitiva, afetiva e social do aluno;

- o cérebro de uma criança tem de ser estimulado, proporcionando-lhe uma diversidade de experiências educacionais, vivencias sociais, emocionais, de forma a condicionar a sua evolução ao êxito;

- desenvolver o domínio motor e cognitivo demonstra ser muito fulcral nas aprendizagens do aluno, pois proporciona mais experiências despoletando mais saberes da realidade circundante;

- relevância da educação artística no desenvolvimento curricular do aluno, em especial, dos alunos com NEE, demonstra ser um meio eficaz para alcançar uma educação integral a todos os níveis: afetivo, cognitivo, social e motor (Sousa A., 2003) A este propósito, é importante frisar, que a dança é uma prática motora que contribui para a expressão da personalidade, para a estruturação do pensamento e o desenvolvimento cognitivo a vários níveis;

- a prática de *yoga* ajudará também crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) minorando os sintomas centrais dessa perturbação, incluindo hiperatividade e impulsividade;

O discente com PHDA é um "universo" que espelha várias vertentes a ser observáveis, trabalhadas por um grupo de pessoas, (família, professores, técnicos especializados), no intuito de compreendê-la e orientá-la num ambiente mais inclusivo, ao longo da sua vida, passando por várias etapas. O sucesso do seu percurso leva a necessidade de criar estratégias mais adequadas às suas caraterísticas intrínsecas.

A PHDA é uma realidade existente em várias turmas, famílias que carateriza uma criança com necessidades educativas especiais, levando os pais, os professores procurar mais conhecimentos, a incrementar mais no dia-a-dia uma atitude de interajuda entre os vários intervenientes educativos, de forma criar e aplicar estratégias que vão de encontro das necessidades emergentes da criança do momento.

Neste capítulo é importante abordar igualmente as conclusões que se destacaram mais no estudo, falar sobre as dificuldades e as limitações sentidas neste todo processo, assim como apresentar possíveis investigações futuras.

O propósito desta investigação foi centrado em torno das estratégias para alunos com PHDA em contexto de sala de aula, desencadeando o estudo a uma amostra de seis professores do 1º ciclo, procurando saber o entendimento desta perturbação, os desafios vivenciados quais as estratégias aplicadas em ambiente de sala. No estudo do trabalho foi escolhida a abordagem Mista - Qualitativa e Quantitativa aplicando a entrevista estruturada e o uso de um inquérito com base num questionário aberto.

Perante os dados recolhidos e analisados, conclui-se que os professores na sua prática pedagógica com o aluno com PHDA, em contexto de sala de aula aplicam estratégias, no intuito de reduzir a irrequietude motora e a falta de atenção, assim como potenciar o sucesso escolar do aluno em questão. As estratégias recolhidas em campo usadas por estes pedagogos correspondem com as apresentadas na literatura científica deste trabalho. Quanto às estratégias aplicadas na tentativa de diminuir a desatenção e a irrequietude, os indicadores que apresentaram maior expressão, destacam-se nomeadamente o colocar o aluno à frente próximo do quadro, junto de um aluno modelo, dando-lhe tarefas rotineiras.

Das estratégias utilizadas em sala de aula na vertente de potenciar o sucesso PHDA, os pedagogos demonstraram possuir um leque considerável de recursos desde o uso digital, trabalhos apelativos, reduzir o número de tarefas, trabalhos adaptados e atribuir um papel de destaque do discente.

Neste sentido verifica-se que os professores procuram nas suas ações educativas desenvolver um trabalho inclusivo para a criança com PHDA, aceitando as suas caraterísticas, agindo sobre elas, adaptando os trabalhos na busca do bem-estar

e sucesso escolar do aluno. O aproximar o aluno junto do quadro permite ao professor ter um contacto visual mais próximo, dando-lhe oportunidade de estar mais atento, ao trabalho, às mudanças de humor e físicas do aluno. Este por sua está em contato com menos elementos distrativos, ouve melhor as instruções dadas pelo professor, causando-lhe mais conforto e segurança perante a tarefa proposta. Sendo um aluno com PHDA as regras da sala são, igualmente imprescindíveis na orientação, e de usufruir de trabalhos rotineiros assume um papel facilitador em diminuir o estado de ansiedade, logo os possíveis movimentos de irrequietude, impulsividade e falta de atenção. E o sentá-lo junto de um colega mais estável contribui também para uma vivência mais calma. Estas estratégias reúnem conjunto de condições favoráveis à criança com PHDA. Os pedagogos de acordo com sua experiência em campo indicaram algumas estratégias utilizadas no seu quotidiano, que consideraram as mais eficazes em trabalhar com discentes com esta patologia, nomeadamente, o método 28 palavras, tarefas lúdicas, adaptadas e o uso da tecnologia.

Os professores na totalidade demonstraram ter experiência e conhecimento sobre a patologia em estudo, permitindo-lhes reunir condições de perceção assertivas sobre o comportamento observado, e dando-lhes capacidade em associar à desatenção, à irrequietude (de não conseguir estar sentado), impulsividade à PHDA. Estas mesmas as caraterísticas foram as que lhes chamaram mais atenção em contexto de sala de aula. Quanto à impulsividade sendo um dos sintomas de PHDA, os inquiridos não fizeram referência nos seus relatos.

A comunicação é um elo, que busca um entendimento entre os elementos envolvidos. Comunicar com a criança com PHDA da forma mais natural e dando-lhe mais tempo foram os indicadores que tiveram mais representação, com o objetivo de aumentar o bem-estar da mesma.

O estudo mostra também que todos participantes verbalizaram, comunicaram com técnicos, principalmente com o Psicólogo do SPO sobre a situação escolar do seu discente. Assim como, procuraram coordenar com a família através de reuniões no propósito de definir estratégias mais ajustadas para a criança com PHDA.

Em ambiente fora de aula, apesar de ter havido articulação, quase na maioria dos intervenientes com as assistentes operacionais, apenas metade indicaram uma estratégia especifica a ser trabalhada com o aluno.

Como foi indicado na revisão literária a articulação entre os vários agentes educativos é importante na definição de estratégias mais funcionais para a criança no seu percurso escolar.

Cada elemento educativo assume um papel de construtor, através da comunicação formal, informal, de um ambiente mais calmo, seguro e eficaz. A união desenvolve mais possibilidades de sucesso na aprendizagem da criança. Neste sentido, é importante também alargar o conhecimento desta patologia de forma a melhorar a intervenção em terreno escolar.

Lecionar é arte de: comunicar, envolver, criar, estimular, unir, gostar, ensinar … Um conjunto ações que o professor tem de desempenhar. Como qualquer aluno, a criança com PHDA também é um desafio para o professor. Numa fase inicial o grupo de estudo atribuí-lhe como um elemento de interferência no desenvolvimento da ação pedagógica, em ambiente de sala.

Promover a tranquilidade em receber o conhecimento no processo de ensino e aprendizagem da criança, o uso dos medicamentos foi o mais registado em procurar acalmá-la.

Neste estudo constatou-se também que os pedagogos na sua perceção em observar o comportamento do aluno (desatenção, irrequietude) não associaram a atitudes de indisciplina.

1. Em notas finais

No decorrer do trabalho de investigação deparou-se com algumas restrições, o horário disponível para recolha de dados nem sempre foi compatível, despoletando um esforço conjunto em encontrar um momento em comum. O fator tempo foi um elemento que esteve presente em todo trabalho, que nem sempre foi fácil coordenar a investigação com outras obrigações sociais que a investigadora tem de desempenhar na sociedade (trabalho, família…).

A investigação foi limitada no espaço, a uma escola de Loures, o que se conclui que não favoreceu a uma visão mais alargada de relacionamento, perceções que os pedagogos possuem sobre PHDA, em diferentes contextos educativos sociais e económicos. Porém, o trabalho contribuiu para aprofundar mais o conhecimento das estratégias aplicadas em PHDA, numa época recente, em contexto de sala de aula.

É de realçar que os professores inquiridos demostraram disponibilidade em participar neste estudo, partilhando os seus saberes e vivências, numa atitude de interajuda.

Este estudo ampliou a sensibilidade da investigadora para o problema da PHDA, dando-lhe mais capacidades em utilizar numa prática futura, enquanto professora de Educação Especial. Proporcionou-lhe valorizar mais o trabalho colaborativo e a partilha de conhecimentos entre professores do ensino regular, professores da Educação Especial e de outros agentes da educação, na vida académica e social dos alunos com PHDA.

2. Para finalizar, este trabalho propõe-se as seguintes sugestões

O campo de estudo desta investigação poderá alargar-se para a pré (sendo um grande impulsionador da aprendizagem das crianças e podendo ser diagnosticada PHDA precocemente), e para o segundo ciclo (entrada na adolescência) possibilitando assim um cruzamento de dados, permitindo visualizar pontos em comum ou divergentes sobre as estratégias aplicadas em contexto de sala de aula, em diferentes idades. Esta parte do estudo sugerida funcionaria como um complemento deste trabalho já realizado no primeiro ciclo. Com acréscimo de duas escolas em estudo num universo de doze professores.

Outra proposta de trabalho, seria estudar atividades motoras, (dança / yoga…) nas escolas de um Agrupamento, onde o objetivo perspetivava o trabalho com discentes com PHDA, no primeiro e segundo ciclo.

Em ambos estudos seria aplicado abordagem qualitativa, com uso da observação (uso sistemático dos sentidos na procura de dados coerentes com o objetivo de estudo para resolver a situação) e a entrevista (o investigador formula perguntas às pessoas capazes de fornecer dados de interesse). (CASAL, J., (2012/2022) OA da Unidade Curricular de Metodologia de Investigação)

Capítulo V - Referências Bibliográficas

1. Bibliografia

AINSCOW, M., & FERREIRA, W. (2003). Compreendendo a educação inclusiva: algumas reflexões sobre experiências internacionais. In D. Rodrigues (Ed.), perspetivas sobre inclusão: da educação à sociedade. Porto: Porto Editora.

AINSCOW, M., (1998). Necessidades Especiais na Sala de Aula – Um guia para a formação de professores. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, Edições UNESCO.

American Psychiatric Association, (2002). DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4º Edição. Forte da Casa: Climefim Editores, pp.39-41, 87.

American Psychiatric Association, (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed Editora.

ANTUNES, N., (2021). Sentidos. 5.ª edição. Alfragide: Editora Lua de Papel.

ANTUNES, R. e equipa de Neurodesenvolvimento do Hospital CUF Descobertas (2021). Hiperatividade e défice de atenção – Da teoria à prática. Lisboa: Livros Horizonte.

ARMSTRONG, F. & BARTON, L. (2003). Besoins éducatifs particuliers et «inclusive education». In Belmont, B. et Vérillon, A. Diversité et handicap à l'école. Quelles pratiques éducatives pour tous? Paris: Institut National de Recherche Pédagogique (INRP).

BELL, R., (2000). Técnicas simples de ioga. Lisboa: Círculo de Leitores.

FERREIRA S., (2022). Mobilidade, Motricidade e Acessibilidades – Dança em PHDA. Odivelas: ISCE.

NIELSEN, L. (1999). Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula. 1.ª edição. Porto: Porto Editora.

COELHOSO, F., (2021/2022). OA da Unidade Curricular de Educação, Desenvolvimento e Dimensão Social. Odivelas: ISCE.

MARINHEIRO, M., (2021/2022). OA da Unidade Curricular de Gestão dos Processos Inclusivos. Odivelas: ISCE.

CAEIRO, A., (2021/2022). OA da Unidade Curricular de Intervenção Precoce na Infância. Odivelas: ISCE.

CASAL, J., (2012/2022) OA da Unidade Curricular de Metodologia de Investigação. Odivelas: ISCE.

CASAL, J., (2012/2022) OA da Unidade Curricular de Domínio Cognitivo Motor. Odivelas: ISCE.

CASAL J., (2021/2022). OA da Unidade Curricular de Motricidade, Mobilidade e Acessibilidade – Aula 1 e Aula 4. Odivelas: ISCE.

MOREIRA, A., (2021/2022). OA da Unidade Curricular de Psicopatologia do Desenvolvimento. Odivelas: ISCE.

MOURA O., PERREIRA M., SIMÕES M., (2020). Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção. Lisboa: Pactor.

PARKER, H., (2011). Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade - Um guia para pais, educadores e professores. Porto: Porto Editora.

PEREIRA, F., FERNANDES, R., (2018). Para uma Educação Inclusiva: Manual de Apoio à Prática. Lisboa: Ministério da Educação.

SACHES, I. (2001). Comportamentos e estratégias de actuação na sala de aula. Porto: Porto Editora.

SILVA A., OLIVEIRA I. e FERREIRA S., (2022). Gestão de Processo Inclusivo – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção – PHDA. Odivelas: ISCE.

SIMOES A., (2022). Mobilidade, Motricidade e Acessibilidades – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção - Intervenção motora – YOGA. Odivelas: ISCE.

SIMOES A., CAETANO A., OLIVEIRA I. e FERREIRA S., (2022). Intervenção Especializada com Alunos Portadores de Deficiência Visual – Intervenção numa criança com cegueira. Odivelas: ISCE.

SIMOES A., CAETANO A., OLIVEIRA I. e FERREIRA S., (2021) Gestão de Processo Inclusivo – Perturbação De Hiperatividade com Défice de Atenção-PHDA. Odivelas: ISCE.

SIMOES A. e FERREIRA S., (2022). Intervenção Precoce na Infância – Perturbação De Hiperatividade com Défice de Atenção – PHDA. Odivelas: ISCE.

SOUSA A., (2003). Educação pela Arte e Artes na Educação – 3º Volume. Lordosa: Instituto Piaget.

SOUSA, M., & BAPTISTA, C., (2011). Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios. Lisboa: Pactor.

TORRES, A., FIGUEIREDO, I., CARDOSO, J., PEREIRA, L., NEVES, M., SILVA, R., (2016). Referencial de Educação para o Desenvolvimento – Educação Pré-Escolar, Ensino Básico e Ensino Secundário. Lisboa: Ministério da Educação.

2. Webgrafia

https://www.dge.mec.pt/educacao-inclusiva (acedido a 13/05/2022)

https://www.dge.mec.pt/noticias/decreto-lei-no-542018-educacao-inclusiva (acedido a 13/05/2022)

https://www.cm-arganil.pt/agenda21local/docs/Projecto/Guia%20Boas%20Praticas_Escolas.pdf (acedido a 28/05/2022)

https://blog.portabilis.com.br/escola-sustentavel/ (acedido a 27/05/2022)

https://www.dge.mec.pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods (acedido a 26/05/2022)

https://wakke.co/sustentabilidade-na-escola/ (acedido a 25/05/2022)

https://www.clipescola.com/pt-pt/pt-sustentabilidade-nas-escolas/ (acedido a 22/05/2022)

https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx (acedido a 20/06/2022)

https://www.european-agency.org/sites/default/files/te4i-profile-of-inclusive-teachers_Profile-of-Inclusive-Teachers-PT.pdf (acedido em 01/06/2022)

https://quotepark.com/quotes/933940-john-dewey-education-is-not-preparation-for-life-education-i/ (acedido em 01/06/2022)

https://segredosdapsicologia.webnode.com.pt/metodos-e-tecnicas-em-psicologia/observação%20naturalista/ (acedido a 13/07/2022)

http://sosteses.weebly.com/estudo-de-caso.html (acedido a 14/06/2022)

https://blog.klickpages.com.br/o-que-e-pesquisa-qualitativa/ (acedido a 22/06/2022)

https://www.e-konomista.pt/entrevista-semi-estruturada/ (acedido a 12/07/2022)

https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5250/1/Manual%20de%20apoio_Investigação%20II_Qualitativa_Silvia_silva_FINAL_alunos_29.09.2020.pdf (acedido a 13/05/2022)

Decreto-Lei Nº 54/2018 - Acedido em: https://dre.pt/home/-/dre/115652961/details/maximized (Consultado em 02/01/2022).

Decreto-Lei Nº 55/2018 – Acedido em: https://dre.pt/home/-/dre/115652962/details/maximized (Consultado em 02/01/2022)

Relatório Warnock (1978) - Acedido em http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2014/09/RELATORIO-WARNOCK.pdf (Consultado em 02/01/2022)

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e Enquadramento da ação: Necessidades Educativas Especiais. Salamanca, Espanha: UNESCO. Acedido em http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf (Consultado em 21/3/2021)

http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao_desenvolvimento/Documentos/referencial_de_educacao_para_o_desenvolvimento.pdf (acedido a 15/05/2022)

https://escola-basica-quinta-da-condessa.webnode.pt/aec/danca-criativa/ (acedido a 17/06/2022)

http://ead.mined.gov.mz/manuais/Psicopedagogia/aula3-4.html (acedido a 25/05/2022)

https://efdeportes.com/efd186/padroes-motores-fundamentais-de-movimento.htm (acedido a 21/05/2022)

https://ipdj.gov.pt/documents/20123/123319/GrauI_04_Desenvolvimento.pdf/4368f80d-79f4-c807-5018-fd8e13375ea8?t=1574941364461 (acedido a 12/05/2022)

https://www.biccolorir.com.br/primeira-e-segunda-infancia/ (acedido a 19/05/2022)

https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx (acedido a 20/06/2022)

https://www.health.harvard.edu/blog/more-than-just-a-game-yoga-for-school-age-children-201601299055 (acedido em 15/07/2022)

Capítulo VI –Apêndices

Apêndice – A

Entrevista – Professores 1º Ciclo

Formação Inicial_____

Qual? _____

Formação continua em PHDA_____

Tempo de serviço_____

1) Ao longo da sua carreira, já teve alguma experiência com crianças com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)?

a) Não____ b) Sim____

1.1) Com quantos já trabalhou? _____

2) Como identificou a criança com PHDA?

a) Relatório médico____

b) Observação direta____

c) Informação do Encarregado de Educação____

d) Outro?

_____

3) Quais foram os comportamentos da criança que lhe chamaram atenção?

_____

_____

_____

4) Soube associar o comportamento observado da criança com a impulsividade, irrequietude e /ou falta de atenção?

a) Não____ b) Sim____

5) Pesquisou sobre esta perturbação?

a) Não____ b) Sim____

6) Numa fase inicial, quais foram os desafios vivenciados junto da criança com PHDA?

_____

_____

_____

7) Quais foram as ações que tomou perante o caso?

7.1) Articulou com técnicos? a) Não____ b) Sim____ Quais?

_____

_____

_____

7.2) Articulou com os assistentes operacionais da escola?

a) Não____ b) Sim____ Em contexto fora de aula, houve alguma estratégia especifica?

_____

_____

7.3) Como articulou com a família?

_____

_____

_____

8) Como comunicou com a criança com PHDA?

_____

_____

_____

9) Que tipo de situações acalmaram a criança com PHDA?

_____

_____

_____

10) O comportamento da criança com PHDA altera-se mais durante a manhã ou durante a tarde?

_____

_____

11) Com as adaptações em contexto escolar / familiar a criança melhorou na aprendizagem?

a) Não____ b) Sim____

Apêndice – B

Questionário – Professores 1º Ciclo

1) Quais as estratégias que utiliza para diminuir a irrequietude motora e a falta de atenção em contexto de sala de aula?

_____
_____
_____
_____
_____

2) Na execução de tarefas / atividades tem alguma estratégia especifica para potenciar o sucesso?

_____
_____
_____
_____
_____

3) Como organiza os trabalhos de grupo? Utiliza alguma estratégia em particular?

_____
_____
_____
_____
_____

4) Das estratégias de ensino que utiliza quotidianamente, quais que considera mais eficazes para os alunos com PHDA?

_____
_____
_____
_____
_____

Apêndice C – Tabelas 1, 2 e 3

Tabela 1 – Tempo de serviço

Tempo de serviço	X < 5 anos	5 anos ≤ X < 20 anos	X ≥ 20 anos
Frequência	1	2	3
%	16,7	33,3	50

Tabela 2 – Formação Inicial

Categoria	Subcategorias	Frequência	%	Observações
Formação Inicial	Licenciatura	5	83,3	1º Ciclo 2º Ciclo - Matemática e Ciências 2º Ciclo - Português / Inglês ou Francês
	Pós-graduação	1	16,7	Ensino Especial

Tabela 3 – Formação continua em PHDA

Categoria	Subcategorias	Frequência	%	Observações
Formação Continua	PHDA	4	66,7	Colóquio, workshop, Pós-graduação Ação de Formação
	Não fez formação especifica	2	33,3	

Apêndice D – Tabelas 4, 5 e 6

Tabela 4 – Experiência com crianças com PHDA

Categoria	Subcategorias	Frequência	%	Observações
Experiência crianças com PHDA	Não	0	0	Trabalharam entre 1 a 5 crianças
	Sim	6	100	

Tabela 5 – Identificar crianças com PHDA

Categoria	Indicadores	Frequência	%
Identificação crianças com PHDA	Relatório médico	6	100
	Observação direta	6	100
	Informação do Encarregado de Educação	1	16,7

Tabela 6 – Comportamentos da criança que chamaram à atenção

Categoria	Subcategorias	Indicadores	Frequência	%
Comportamento	Concentração	Falta de concentração	4	66,7
	Atenção	Desatenção	3	50
	Irrequietude	Agitação / não consegue estar sentado	6	100
	Aprendizagem	Dificuldades de Aprendizagem	2	33,3

Apêndice E – Tabelas 7 e 8

Tabela 7 – Comportamento observado, associar à impulsividade, à irrequietude e falta de atenção

Categoria	Indicadores	Frequência	%
Associar o comportamento observado com impulsividade, irrequietude e falta de atenção	Não	0	0
	Sim	6	100

Tabela 8 – Pesquisa sobre a perturbação

Categoria	Indicadores	Frequência	%
Pesquisar sobre esta perturbação	Não	1	16,7
	Sim	5	83,3

Apêndice F – Tabelas 9 e 10

Tabela 9 – Desafios vivenciados junto da criança com PHDA numa 1ª fase

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	%
Desafios dos docentes numa 1ª fase com aluno - PHDA	Desafios	Perturbação na sala	6	100
		Chamar atenção de forma imprópria	1	16,7
		Instável emocionalmente	1	16,7
		Quebrar regras	2	33,3
		Perda de autocontrolo	1	16,7
		Impulsividade	2	33,3
		Irrequietude	1	16,7
		Dificuldades em encontrar estratégias	1	16,7
		Tentar captar a sua atenção	1	16,7
		Saber lidar com aluno com PHDA	2	33,3

Tabela 10 – Articulação entre professores e técnicos

Categoria	Indicadores	Frequência	%
Articulação com técnicos	Sim	6	100
	Não	0	0

Apêndice G – Tabelas 11, 12 e 13

Tabela 11 – Os professores articularam com diferentes técnicos

Categoria	Indicadores	Frequência	%
Articulação com diferentes técnicos	Psicólogo SPO (Serviço de Psicologia e Orientação)	4	66,7
	Médico Pedopsiquiatra	3	50
	Professora Ensino Especial	3	50

Tabela 12 - Articulação entre professores e assistentes operacionais

Categoria	Indicadores	Frequência	%	Observações
Articulação com Assistentes Operacionais	Sim	5	83,3	
	Não	1	16,7	Aluno tinha função de líder

Tabela 13 – Aplicação de estratégias especificas em contexto fora de aula

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	%
Em contexto fora de aula	Estratégias com Assistentes Operacionais	Sem indicar a estratégia especifica	2	40
		Mais paciência, atitude compreensiva	1	20
		Ambiente mais calmo	1	20
		Atenção redobrada com a criança	1	20

Apêndice H – Tabelas 14 e 15

Tabela 14 - Articulação entre professores e família

Categoria	Subcategorias	Indicadores	Frequência	%
Articular com família	Reuniões	Definir estratégias	6	100
	Telefone	Intervenção rápida	2	33,3

Tabela 15 – Comunicar com alunos com PHDA

Categoria	Subcategorias	Indicadores	Frequência	%
Comunicação com a criança com PHDA	Tempo	Mais Tempo	1	16,7
	Falar	Falar pausadamente	1	16,7
		Esperar para intervir	2	33,3
	Postura	Tranquila	1	16,7
	Apoio	Mais individualizado	1	16,7
	Tarefa	Rotina	1	16,7
	Acordo	Negociando	1	16,7
	Agir naturalmente	Aumenta o bem-estar	2	33,3
	Posicionamento	Junto do professor	1	16,7

Apêndice I – Tabelas 16 e 17

Tabela 16 – Situações que acalmaram a criança com PHDA

Categoria	Subcategorias	Indicadores	Frequência	%
Promover Tranquilidade	Comunicar	Discurso simples	2	33,3
		Calmo	2	33,3
	Acordo	Recompensas	2	33,3
	Objetos	Bolas antisstress	1	16,7
	Jogos	Atividades corporais	1	16,7
		Atividades de socialização	1	16,7
	Expressão Artística	Expressão Plástica	1	16,7
	Expressão Musical	Música relaxante	1	16,7
	Medicação	Medicamentos	3	50

Tabela 17 – Alteração do comportamento ao longo do dia

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	%
Comportamento da criança	Alteração	Manhã	0	0
		Tarde	6	100

Apêndice J – Tabelas 18 e 19

Tabela 18 – Evolução da aprendizagem com adaptações

Categoria	Indicadores	Frequência	%
Com as adaptações melhorou a aprendizagem	Não	0	0
	Sim	6	100

Tabela 19 – Estratégias utilizadas para diminuir a irrequietude motora e falta de atenção em contexto de sala de aula

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	%
Estratégias utilizadas em Sala de aula	Redução de Irrequietude motora e Falta de atenção	Colocar à frente junto ao quadro	5	83,3
		Tarefas rotineiras	3	50
		Colega modelo	3	50
		Apoio individualizado	2	33,3
		Longe de janelas	1	16,7
		Papel de destaque	1	16,7
		Mais liberdade (tolerância nas regras)	1	16,7

Apêndice K – Tabela 20

Tabela 20 – Estratégias dos professores para potenciar o sucesso

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	%
Execução de tarefas	Potenciar o sucesso	Trabalhos mais apelativos e simples	2	33,3
		Reduzir tarefas	2	33,3
		Material auxiliar de estudo	1	16,7
		Jogos interativos / PowerPoint	2	33,3
		Trabalhos adaptados	2	33,3
		Mais tempo	2	33,3
		Mais apoio	1	16,7
		Leitura de provas	1	16,7
		Reforços positivos	1	16,7
		Papel de destaque	2	33,3

Apêndice L – Tabelas 21 e 22

Tabela 21 – Estratégias de organização em trabalhos de grupo

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	%
Trabalhos de grupo	Organização	Empatia	2	33,3
		Organizados e cooperativos	1	16,7
		Calmos	1	16,7
		Líder no grupo	1	16,7
		Não aplicou estratégias de organização de grupo	1	16,7

Tabela 22 – Estratégias de ensino mais eficazes pelos professores

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência	%
Estratégias de Ensino	Mais eficazes para os professores	Método 28 palavras	1	16,7
		Tarefas Lúdicas	2	33,3
		Tecnologia	2	33,3
		Articular com o Prof. do E.E.	1	16,7
		Adaptar tarefas	2	33,3
		Apoio individual	1	16,7
		Reforço positivo	1	16,7
		Ocupar a posição da frente na sala	1	16,7