

Junho 2023

MESTRADO EM ENSINO DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO E DE PORTUGUÊS E HISTÓRIA E GEOGRAFIA DE PORTUGAL NO 2.º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Formação de Professores e Inclusão: Estratégias para Atender Alunos com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO À
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI
PARA A OBTENÇÃO DE
GRAU DE MESTRE EM ENSINO DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO E DE PORTUGUÊS E HISTÓRIA E GEOGRAFIA DE
PORTUGAL NO 2.º CICLO DO ENSINO BÁSICO

DE

Diana Filipa Moreira Duarte

ORIENTAÇÃO

Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa



PAULA
FRASSINETTI



PAULA **FRASSINETTI**
Escola Superior de Educação

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Formação de Professores e Inclusão: Estratégias para Atender Alunos com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti para obtenção de grau de Mestre em Ensino do 1º Ciclo do Ensino Básico e de Português e História e Geografia de Portugal no 2º Ciclo do Ensino Básico

Elaborado por Diana Filipa Moreira Duarte
Sob a orientação do Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa

Porto, 2023



PAULA **FRASSINETTI**
Escola Superior de Educação

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Formação de Professores e Inclusão: Estratégias para Atender Alunos com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

Elaborado por Diana Filipa Moreira Duarte
Sob a orientação do Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa

Porto, 2023

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todos os indivíduos e instituições que contribuíram para a realização deste trabalho de investigação e para a conclusão deste mestrado. As suas valiosas contribuições, as orientações e o apoio foram fundamentais para o meu crescimento académico e para o sucesso deste projeto.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, doutor Júlio Sousa, pelo seu compromisso exemplar e pela orientação especializada ao longo deste percurso de investigação. A sua sabedoria, disponibilidade e visão crítica foram fundamentais para moldar a direção da minha pesquisa e para aperfeiçoar as minhas habilidades académicas. Sou imensamente grata pela sua dedicação contínua, pelo tempo investido nas reuniões e pela atenção minuciosa dada aos detalhes deste trabalho.

Gostaria também de expressar o meu agradecimento aos demais professores que fizeram parte deste processo. Os seus comentários valiosos, as sugestões construtivas e o conhecimento especializado enriqueceram significativamente este trabalho. Em especial, gostaria de mencionar a Professora Carla Monteiro, cuja atenção minuciosa na revisão deste documento e cujas observações perspicazes contribuíram imensamente para a qualidade final deste trabalho. Agradeço pela sua generosidade e pela dedicação demonstrada em compartilhar o seu conhecimento.

Aos meus amigos e familiares, sou eternamente grata pelo apoio emocional, estímulo constante e compreensão demonstrados ao longo da minha jornada académica. Os incentivos inabaláveis e o apoio incondicional foram um verdadeiro pilar de força durante os momentos desafiadores desta caminhada. A vossa presença constante e vosso encorajamento sincero foram fatores essenciais para que eu pudesse superar obstáculos e, assim, manter-me motivada durante todo o processo. Sou profundamente grata por vos ter ao meu lado.

Gostaria de dedicar um agradecimento especial às minhas verdadeiras amigas Joana, Teresa e Beatriz. Ao longo desta jornada académica, a presença constante e o apoio incansável de todas vós foram fontes inestimáveis de valor e motivação para superar os obstáculos que surgiram no meu caminho. Através do vosso encorajamento sincero, palavras de ânimo e demonstrações genuínas de amizade, proporcionaram-me um apoio emocional incomparável. O reconhecimento que sinto por ter amigas tão especiais como vocês é imensurável. Agradeço por estarem sempre ao meu lado, a compartilhar os momentos de alegria e a oferecer suporte durante os desafios. As vossas presenças foram

verdadeiros pilares e estou profundamente agradecida pela amizade duradoura e pela valorização que recebi de cada uma de vocês.

Por último, desejo agradecer à Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Esta instituição proporcionou o ambiente propício para o desenvolvimento do meu projeto e para a aquisição de conhecimentos fundamentais.

Novamente, expresso minha profunda gratidão a todos os mencionados e a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para este projeto e para o meu crescimento acadêmico. Sou verdadeiramente privilegiada por ter contado com o apoio e a orientação de pessoas tão notáveis.

Resumo

A perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) tem-se tornado um tema cada vez mais presente e preocupante para os professores em todas as áreas de conhecimento. É essencial que os profissionais de educação estejam preparados para lidar com este problema, por isso, este estudo surge da necessidade de compreender como os professores podem contornar as perturbações de atenção e auxiliar os alunos, garantindo o seu sucesso académico.

A presente análise visa responder à questão de como o professor pode agir face à problemática para promover a inclusão de todas as crianças em contexto escolar, com o objetivo de investigar como os professores poderão identificar as perturbações nas crianças e como poderão analisar os instrumentos e técnicas disponíveis para colmatar as dificuldades.

A parte teórica aborda o enquadramento histórico da educação, desde o conceito de escola até a escola inclusiva, contextualizando o tema com base no Manual de Apoio à Prática, e a importância dos fármacos para o tratamento da PHDA, destacando-se a importância dessas informações para a construção de materiais e estratégias adequadas aos alunos.

A componente prática propõe uma ação de formação para preencher as lacunas na formação de professores em relação à PHDA, fornecendo as ferramentas e recursos necessários para uma gestão eficaz da sala de aula com alunos que apresentam essa perturbação.

Palavras-chave: perturbação de hiperatividade com défice de atenção, inclusão escolar, formação de professores, diagnóstico, estratégias educacionais.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has become an increasingly prevalent and concerning issue for teachers in all areas of knowledge. It is essential for education professionals to be prepared to address this problem. Therefore, this study arises from the need to understand how teachers can overcome attention disturbances and assist students, ensuring their academic success.

The current analysis aims to answer the question of how teachers can act in the face of this issue to promote the inclusion of all children in the school context. The objective is to investigate how teachers can identify disturbances in children and analyze the available tools and techniques to overcome difficulties.

The theoretical part addresses the historical framework of education, from the concept of school to inclusive education, contextualizing the topic based on the Manual de Apoio à Prática (Support Manual for Practice). It also highlights the importance of medications in treating ADHD, emphasizing the significance of this information in developing appropriate materials and strategies for students.

The practical component proposes a training program to fill the gaps in teachers' knowledge regarding ADHD, providing the necessary tools and resources for effective classroom management with students who have this disorder.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder, school inclusion, teacher training, diagnosis, educational strategies

Índice de Tabelas

Tabela 1 Critérios de Diagnóstico da PHDA, segundo o portal da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção.....	37
Tabela 2 De acordo com Stefan Brian Sulkes (2020)	50
Tabela 3 De acordo com Stefan Brian Sulkes. (2020).....	52
Tabela 4 Tabela 4 Intervenção educativa especializada na Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.....	67

Índice de siglas

5-HT - serotonina

CEB – Ciclo do Ensino Básico

DA – Défice de Atenção

DAE – Dificuldade de Atenção Específica

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

PEI - Plano Educativo Individual

PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

PIT - Plano Individual de Transição

RTP - Relatório Técnico-Pedagógico

SNC – Sistema Nervoso Central

Sumário

Introdução	11
1. Componente teórica.....	14
1. Enquadramento histórico: A Educação desde o Início até à Atualidade..	14
2. A Escola Inclusiva: Contextualização	22
- Relatório Técnico-Pedagógico	26
- Plano Educativo Individual	26
- Plano Individual de Transição	27
3. Perturbações na sala de aula	28
4. A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)	31
- Como identificar as crianças hiperativas?	36
- Critérios de diagnóstico clínico da PHDA	37
5. Caracterização do PHDA: Casos clínicos	39
- Modelo de autorregulação segundo Barkley	43
- Défice de atenção.....	43
- Hiperatividade	44
- Impulsividade	45
6. Prontuário terapêutico.....	47
- Tratamento com Fármacos Estimulantes.....	50
- Tratamento com Fármacos não Estimulantes	52
7. A formação de professores no âmbito das perturbações na sala de aula..	55
8. Trabalho cooperativo entre professores, a equipa multimodal e os pais..	61
2. Componente prática.....	63
1. Desenvolver uma ação de formação.....	63
2. Ação de formação.....	64
3. Descrição da ação de formação	68
- Modalidade, número de horas e objetivos	68
- Conteúdos	68
- Experimentação	74

- Divulgação de Experiências	74
- Avaliação	75
- Formadores e destinatários	76
- Aplicabilidade na sala de aula	76
Reflexão crítica	78
Referências bibliográficas	80

Introdução

As perturbações de atenção manifestadas por alunos têm sido uma preocupação cada vez mais presente e relevante para os professores em diversas áreas de conhecimento. É imprescindível que os profissionais de educação possuam habilidades para lidar com esse problema, uma vez que afeta milhares de crianças em Portugal e em todo o mundo. Portanto, despertou-se um interesse considerável em aprofundar o estudo dessa temática, compreendendo de que maneira o professor pode contornar esta situação, uma vez que a estudante em questão será uma futura profissional da área de ensino e deseja dispor de recursos adequados para trabalhar com esses alunos, conduzindo-os ao sucesso.

Nesse sentido, surge a necessidade de compreender como o professor pode auxiliar e a quem deve recorrer em casos que exigem uma atenção mais especializada. Além disso, a motivação para a realização dessa investigação decorre do diagnóstico de um familiar com Déficit de Atenção, uma manifestação da Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, que está a ser medicado para controlar esse problema. Esta criança passou a apresentar sintomas como agitação e resultados académicos baixos nas avaliações escolares, o que levantou questionamentos acerca da possibilidade de alguma limitação do sistema nervoso central (SNC) ou de ordem neurológica.

Assim, o presente trabalho visa abordar uma questão fundamental: *De que forma pode o professor agir face à problemática do déficit de atenção para auxiliar a incluir todas as crianças em contexto escolar?* O objetivo principal é caminhar rumo à resposta dessa questão inicial, com base em três grandes temas/questões:

- 1) Como o professor consegue identificar as perturbações na sala de aula?
- 2) De que maneira o professor utiliza a teoria e os diagnósticos para auxiliar a criança?
- 3) Quais os instrumentos e as técnicas que o professor tem à disposição para colmatar as dificuldades que a criança possa enfrentar, de acordo com o nível de incidência?

Este tema emergiu durante a Prática de Ensino Supervisionada, no 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico, em que a professora estagiária se viu na posição de não apenas ensinar, mas também auxiliar e superar as dificuldades dos alunos com determinadas

perturbações, adaptando os materiais às suas necessidades, tendo em conta que, após a promulgação do Decreto-Lei nº 54/2018, é necessário acolher os alunos de forma igualitária, considerando cada uma das suas limitações.

Este trabalho seguiu uma lógica de *diagnóstico, integração e intervenção*, uma vez que, ao longo da investigação, foram estudadas as perturbações na aprendizagem e a formação de professores, compreendendo de que forma os professores estão preparados para trabalhar de forma cooperativa com essas crianças/alunos, auxiliando-os e apoiando-os no processo de aprendizagem, conduzindo-os ao sucesso. O relatório encontra-se dividido em duas grandes partes: a primeira destina-se à recolha de perspetivas e estudos de diversos autores que será estudada e analisada, confrontando-a com estudos atuais, e a segunda parte visa desenvolver uma ação de formação que combine os conhecimentos teóricos com a prática.

A educação é um dos pilares fundamentais da sociedade, sendo responsável pela formação de indivíduos capazes de lidar com os desafios impostos pelo mundo em que vivem. Nesse sentido, a formação de professores desempenha um papel crucial na garantia de que os alunos recebam uma educação de qualidade. No entanto, muitos professores apresentam lacunas na sua formação quando se trata de lidar com alunos que revelam dificuldades de aprendizagem. Uma das perturbações que tem recebido uma maior atenção nos últimos anos é a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA). Trata-se de uma condição neurobiológica que afeta o comportamento e o desempenho académico de muitas crianças em idade escolar (Couto et al., 2010). Apesar de ser uma condição comum, muitos professores não possuem as ferramentas necessárias para lidar com ela de maneira eficaz. Portugal tem feito progressos significativos na área da educação nos últimos anos, mas ainda há muito trabalho a ser feito para garantir que todos os alunos recebam uma educação de qualidade. Para isso, é importante que os professores estejam bem preparados para lidar com as necessidades individuais de cada aluno, incluindo aqueles que têm PHDA.

A parte inicial do estudo procura enquadrar historicamente o desenvolvimento da educação desde a definição seminal do conceito até à abordagem atual do mesmo. Será definido o conceito *Escola Inclusiva* e todas as leis inerentes à conceção de “inclusivo”, contextualizando o tópico a partir do *Manual de Apoio à Prática* (Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação (DGE), 2018). De seguida, procura-se compreender o conceito de *perturbação dentro da sala de aula*, incluindo a PHDA e procurando respostas para duas grandes questões implicadas na PHDA: «*Como identificar as crianças hiperativas?*» e «*Critérios de diagnóstico da PHDA*». Na

sequência do estudo, serão analisados dois casos clínicos. Para uma melhor compreensão dos mesmos, será definido *Défice de atenção, Hiperatividade e Impulsividade*, relacionando estes conceitos com os casos expostos anteriormente. Após a conclusão desse estudo, apresenta-se o Prontuário Terapêutico e alguns fármacos que permitem controlar/atenuar os efeitos da hiperatividade e/ou do déficit de atenção, de acordo com Sulkes (2020), diferenciando os *Fármacos Estimulantes* dos *Fármacos não Estimulantes*. Para finalizar a parte teórica, examinou-se o papel do prontuário terapêutico e do tratamento da PHDA no contexto escolar. O prontuário terapêutico é uma base de dados que inclui informações sobre os diversos fármacos existentes no mercado, fazendo referência aos mais utilizados no tratamento da perturbação em estudo. Dessa forma, compreendendo o prontuário terapêutico e o tratamento da PHDA, o professor garante a construção de um conjunto de materiais e estratégias que lhe permitem trabalhar de forma mais eficaz com os alunos.

Por conseguinte, é proposta, neste relatório, propõe uma ação de formação com o objetivo de colmatar as lacunas na formação de professores no âmbito da PHDA, fornecendo as ferramentas e recursos necessários para que os professores que trabalham com alunos que apresentam essa perturbação possam gerir a sala de aula de forma eficaz. Acredita-se que esta ação de formação possa contribuir para uma melhor compreensão da PHDA, bem como para a promoção da igualdade de oportunidades na educação. A formação dos professores é fundamental para garantir o sucesso educativo dos alunos e para a sua inclusão na sociedade. Nesse sentido, o presente relatório apresenta-se como um contributo para a promoção de políticas educacionais que garantam o acesso de todos os alunos a uma educação inclusiva de qualidade.

1. Componente teórica

1. Enquadramento histórico: A Educação desde o Início até à Atualidade

Viajando no tempo até ao início do século XVII, encontramos-nos diante de uma perspetiva que tem como ponto de partida a criação da escola como espaço físico acolhedor de crianças. Com o Alvará Régio de 28 de junho de 1759, por comando de Marquês de Pombal, tiveram lugar as primeiras iniciativas políticas e legislativas para a criação de um sistema público de instrução primária (atual 1.º CEB) em Portugal (Santos, 2014). Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, tornou-se necessário criar um espaço para receber as crianças, uma vez que até então a mulher era a primeira e única responsável pela educação dos seus filhos. A expulsão das ordens religiosas do país, juntamente com a abolição dos métodos de ensino criados pelos jesuítas, atribuiu ao Estado a responsabilidade de gerir a educação em Portugal, com o objetivo de criar um sistema de ensino “moderno, laico, gratuito e obrigatório que substituísse o anterior ensino clássico, teológico e de acesso reservado” (Santos, 2014, p. 195). Desta forma, o Estado propõe a criação desse sistema de ensino, em 1759. As disciplinas tradicionais como Latim, Grego e Retórica foram mantidas, e de acordo com Rómulo de Carvalho (2001):

«da cultura das ciências depende a felicidade das Monarquias, conservando-se por meio delas a Religião e a Justiça na sua pureza e igualdade», e como «o estudo das Letras Humanas» [é] «a base de todas as ciências» será necessário conceder a essas Letras um papel saliente na preparação escolar dos estudantes. (p. 430)

Com essa proclamação, procura-se suprimir o sistema de ensino da Companhia de Jesus e restaurar o sistema de ensino anteriormente existente em Portugal, antes da chegada da Companhia. Assim, surge uma entidade com o poder de dirigir/fiscalizar os serviços de ensino elementar e médio, equivalente ao atual Diretor-Geral do Ensino, cuja função principal vigiar o progresso dos estudos e apresentar anualmente um relatório sobre a situação do ensino em Portugal, conforme descrito no Alvará de 28 de junho de 1759 (Carvalho, 2001).

Parafrazeando Carvalho (2001), indica que o Alvará de 28 de junho de 1759 indica que decretava a nova metodologia a ser aplicada no ensino das Escolas Menores,

deixando António Nunes Ribeiro Sanches entusiasmado que, aproveitando da situação, divulgou as suas novas sobre o assunto. Claramente, o seu contributo foi bem aceite, pois, o “seu pensamento educativo é uma expressão viva dos novos quadros de ideias e de ação política que triunfaram por toda a Europa da época” (Martins, 2005, p 514).

Ribeiro Sanches defendeu igualmente que todos teriam direito à educação, questionando se será capaz o aluno filho “do Pastor, do Jornaleiro, do Carreteiro, do Criado, do Escravo e do Pescador?” (Sanches, 1922, citado por Carvalho, 2001, p. 440). A solução proposta por Sanches no seu livro ‘*Cartas sobre a Educação da Mocidade*’ foi formar mestres que educariam esses filhos nas suas próprias casas, a fim de evitar a socialização entre os jovens nobres e jovens mais desfavorecidos. Outra solução descrita no livro, de acordo com Rómulo de Carvalho (2001), foi a criação de escolas chamadas de “pensões” nas vilas e nas cidades, que receberiam os alunos correspondentes a três tipos de qualidade:

1. Alunos internos sustentados pela fazenda real, pertencentes a famílias “mais socialmente categorizadas”;
2. Alunos internos que pagariam pensões e pertenceriam a uma classe social mais baixa;
3. Alunos que iam e vinham diariamente de escola para casa.

Esta última opção ia contra às ideologias de Ribeiro Sanches, que defendia que, durante o itinerário para casa, os alunos poderiam aprender “todos os maus costumes do povo, e queira Deus que não aprendam também os vícios” (Sanches, 1922, citado por Carvalho, 2001, p. 441).

No ano de 1832, durante o reinado de D. Miguel I, foram estabelecidas as “Sociedades das Casas da Infância”, que acolhiam crianças de 6 meses a 7 anos de idade, com o objetivo principal de proteger, educar e ensinar. No entanto, o ensino nessa época era precário, e o aluno era visto como um indivíduo vazio e submisso ao professor, considerado o guia e modelo detentor de todo o conhecimento, responsável por transmiti-lo verbalmente. Este, considerado o guia e modelo possuidor de todo o conhecimento, era responsável por transmitir os seus conhecimentos verbalmente. O aluno deveria apenas ouvir o professor sem o interromper ou opor-se ao que fosse dito. Quanto ao conteúdo lecionado, estava voltado para o património cultural, a literatura e o raciocínio, sem haver uma integração entre as diversas áreas, apenas fragmentadas.

A 15 de novembro de 1836, ocorreu uma nova reforma no ensino primário em Portugal, promovida por Manuel da Silva Passos. A escola pública deixara de ser gratuita, a obrigatoriedade seria inexistente e houve um leve aumento nos salários dos professores. As mudanças positivas encontradas nesta reforma envolveram a inclusão de exercícios ginásticos adequados à idade das crianças nas matérias escolares e a criação de escolas para meninas em todas as capitais de distrito onde ainda não existissem (Carvalho, 200).

A 20 de setembro de 1844, Costa Cabral reformulou alguns aspectos relacionados ao ensino, tornando-o mais prático e menos teórico. As principais mudanças foram a divisão do ensino primário em dois graus. No primeiro grau, era esperado que os alunos aprendessem a ler, escrever, a contar, a realizar exercícios de gramática, a Coreografia, a História de Portugal, a Moral, a Doutrina Cristã e a Civilidade. No segundo grau, as aprendizagens anteriores eram continuadas e adicionavam-se matérias como a Gramática, o Desenho Linear, a Geografia, a História Geral, a História Sagrada do Antigo e do Novo Testamento, a Aritmética e a Geometria aplicadas à Indústria e à Escrituração (Carvalho, 2001). Nessa época, surgiu um novo método de leitura chamado Método Castilho, apoiado por Costa Cabral, que consistia em 20 lições baseadas na “acentuação do valor fônico das palavras, o ensino baseado no ritmo, com cantos e palmas, em ligação com uma nova ortografia que inicialmente Castilho propôs, baseada no som das palavras” (Ferreira, 2010).

De acordo com Rómulo de Carvalho (2001), a 30 de dezembro de 1852, foi promulgado por Fontes Pereira de Melo um novo Alvará que defendia a introdução do ensino industrial, fornecendo bases essenciais aos alunos para que estivessem aptos a trabalhar nos caminhos de ferro. Essas aprendizagens envolviam artes como a serralha, as manipulações químicas, a ferraria, a fundição e a modelação. O “Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria incluía (...) repartições consagradas a atividades agrícolas” (Carvalho, 2001, p. 589). Além disso, Fontes Pereira e Melo determinou que “O ensino agrícola foi criado por decreto de 16 de Dezembro de 1852. [Este ensino] compunha-se de três graus e os alunos seriam a ele admitidos com o mínimo de dezasseis anos” (Carvalho, 2001, p. 589).

Com a transição para a chamada “Escola Nova”, houve mudanças no sistema de ensino, com foco na criança como construtora do próprio conhecimento, integrando os aspectos racionais e emocionais como partes constituintes da aprendizagem, que até então eram ignorados.

No final do século XIX, a criança começa a ter o seu valor reconhecido no processo de ensino, que passou a ser adequado às suas necessidades. Em 1876, foi redigida e publicada a Cartilha Maternal de João de Deus, disponibilizando um método de aprendizagem da leitura que ajudava as crianças a superar as dificuldades linguísticas, reduzindo o alto índice de analfabetismo presente no final do século XIX.

Em 1908, são criados os Jardins de Infância João de Deus. Esse método de leitura repudiava o processo tradicional de leitura, sendo substituído pelo método de fixação parcial de determinados grupos de letras e combinações, os quais, posteriormente, eram reunidos para formar as palavras. (Carvalho, 2001).

Em 1910, ano da proclamação da 1ª República, a escola passou por uma nova reforma, assim como a mentalidade do povo português. Pela primeira vez, surge o termo “educação republicana” (Carvalho, 2001, p. 651). Nessa reforma, houve uma valorização do sentido de pertença do povo à nação portuguesa, ensinando conceitos como o nacionalismo baseado “num profundo e vasto amor à Pátria e à República. Amor que não seja somente a adoração pelos símbolos que nestas palavras se contêm, mas ternura, carinho e paixão pelas realidades admiráveis que elas significam” (A Educação Republicana, 1916, citada por Carvalho, 2001, p. 652).

Em 15 de outubro de 1910, o *Diário do Governo* (1910) divulgou a intenção do Ministério da Guerra de criar uma comissão para “elaborar um projecto de regulamento de instrução militar preparatória” (Carvalho, 2001, p. 653). Essa divulgação tinha como objetivo integrar a instrução militar nos jovens, dividida em dois graus: “o 1º grau dos 7 aos 16 anos, com obrigatoriedade a partir dos 10, [ênfatisando o ensino em Educação Cívica, Ginástica e Canto Coral] e o 2º grau dos 17 até à idade do recrutamento militar, com carácter obrigatório” (Carvalho, 2001, p. 654).

Um novo decreto entrou em vigor a 13 de março de 1911, atribuindo enorme importância à higiene dos espaços escolares da instrução primária, algo que nenhum outro decreto mencionara até então, e alterando a pedagogia escolhida para lecionar às crianças e jovens da época. António José de Almeida, Ministro do Interior da República Portuguesa, no início do século XX, pretendia educar e desenvolver nos educandos comportamentos intelectuais, morais, físicos e integrais através do ensino da leitura, do vocabulário e da escrita, ênfatisando os contos e lendas populares, noções básicas de geografia e o conhecimento de pessoas com cargos importantes na governação do país. Em suma, este decreto delimita que o aluno deve ter contacto direto com momentos de aprendizagem que lhe permitam:

adquirir o sentido das proporções das coisas, ser sensível às cores e às formas, praticar o desenho e a modelagem, conhecer os animais e as plantas da região, saber dizer pequenas poesias de «assuntos cívicos e patrióticos», etc., tudo ministrado «gradualmente, de harmonia com a idade das crianças, diversidade do seu temperamento, robustez, precocidade o atraso» (Carvalho, 2001, p. 667)

Quanto às instalações, também houve bastantes alterações. Houve uma grande preocupação com a segurança das crianças dentro do espaço escolar, prevendo a construção de novos edifícios de ensino que deveriam ser obrigatoriamente vedados e possuir um espaço amplo ao ar livre, permitindo que os alunos tivessem contacto livre com áreas abertas, estudassem e aprendessem em plantações realizadas por eles mesmos, além de balneários bem equipados para garantir condições básicas de higiene para os alunos. O mesmo artigo também menciona que essas escolas deveriam existir em cada uma das “capitais de distrito” (Carvalho, 2001, p. 668). Em relação ao corpo docente, o decreto de 29 de março de 1911 estabelecia que só poderiam existir docentes do sexo feminino, no entanto, como o número de professoras especializadas na área era bastante baixo, permitia-se a contratação de “professoras nacionais ou estrangeiras que provassem ter a referida competência” (Carvalho, 2001, p. 668).

Todo o decreto era visto como uma utopia, mas nenhum destes artigos foi colocado em prática na escola pública. No entanto, na escola privada, todos esses pontos foram essenciais para a sua crescente mudança, sendo João de Deus Ramos o seu principal impulsionador, que, segundo João de Barros (2016, citado por Carvalho, 2001):

lançou as bases da escola nacional moderna. Nela se praticam as três grandes virtudes das democracias: o respeito pela personalidade humana, desde o seu vago início na criança, que é a *liberdade*; o culto da Pátria, que é o *civismo*; o mútuo auxílio e assistência na vida, que é a *solidariedade* (p. 668).

Os professores desta época recebiam míseros salários e, portanto, esse decreto prometia um aumento significativo para tornar essa profissão “sólida, mais respeitável e mais bela a sua acção moral, dentro da escola (...)” (Carvalho, 2001, p. 668), contudo, esse aumento só ocorreu em 1917. A formação desses professores foi referenciada no decreto de 13 de março de 1911, que estabelecia que ela seria realizada em pavilhões anexados às Escolas Normais Primárias em todo o país, e apenas pessoas com “aprovação no curso do ensino primário superior ou da classe correspondente dos Liceus” (Carvalho, 2001, p. 677) poderiam candidatar-se, com idades compreendidas entre os 15 aos 25 anos.

Os professores sentiam-se mais motivados após o aumento salarial, no entanto, em 1914, teve início a Primeira Grande Guerra e a situação económica de todo o país caiu em decadência, regressando-se aos salários miseráveis que recebiam anteriormente. Portanto, a melhoria das condições laborais dos professores, ansiosamente esperada e descrita no decreto de 29 de março de 1911, só entrou em vigor no ano letivo de 1918-1919, ou seja, no final da 1ª Grande Guerra. Leonardo Coimbra, a 10 de maio de 1919, incluiu no decreto de 29 de março de 1911 o aumento da idade da obrigatoriedade escolar passando para um total de 5 anos, dos 7 aos 12 anos.

Sete anos mais tarde, Portugal enfrentou um golpe militar contra o Estado a 28 de maio de 1926, encerrando a Primeira República Portuguesa e inaugurando a era do Estado Novo e da Ditadura em Portugal, liderada por António de Oliveira Salazar que, inicialmente, ocupou o cargo de Ministro das Finanças. Salazar pretendia “impor na escola portuguesa as regras de pensamento e de comportamento da sua doutrina social” (Carvalho, 2001, p. 725). Salazar exigia também que o Ministério da instrução fosse gerido “por uma personalidade rigorosa e inequivocamente integrada nessa mesma doutrina, por crença própria ou por adaptação submissa” (Carvalho, 2001, p. 725).

Publicado no jornal *O Século*, em 1927, sabe-se que Portugal teria cerca de 75% de analfabetos na população portuguesa. Conforme citado por Carvalho (2001, p. 726), o jornal afirmava: “A parte mais linda, mais forte e mais saudável da alma portuguesa reside nesses 75 por cento de analfabetos”. Desde então, ao longo de toda a governação de Salazar, ecoavam frases de grandes escritores nacional que se posicionam contra o ensino da leitura e escrita do povo. Virgínia de Castro e Almeida (1927, citada por Carvalho, 2001, p.727), questionou: “Que vantagens foram buscar a escola? Nenhunas. Nada ganharam. Perderam tudo. Felizes os que se esquecem as letras e voltam à enxada”. Além disso, João Ameal (s.d., citado por Carvalho, 2001, p. 727), afirmou que “Portugal não necessita de escolas (...) ensinar a ler é corromper o atavismo da raça (...)”. A intenção de manter esse «atavismo» nas classes sociais mais baixas, de modo que as vagas nas escolas permanecessem disponíveis para as classes nobres, pois eram consideradas as únicas capacitadas para levar o país a um bom destino. António de Oliveira Salazar (1933, citado por Carvalho, 2001, p. 728) refere: “Considero (...) mais urgente a constituição de vastas *élites* do que ensinar o povo a ler. é que os grandes problemas nacionais têm de ser resolvidos, não pelo povo, mas pelas *élites* enquadrando as massas”. Portanto, a intenção era que o povo não aprendesse a ler nem a escrever, a fim de que não tivesse as ferramentas necessárias para compreender questões políticas e sociais e se opor às

decisões impostas por líderes. Afonso Pimenta (s.d., citado por Carvalho, 2001), corroborou essa ideia ao afirmar que:

ensinar o povo português a ler e a escrever (...) para tomar conhecimento das doutrinas corrosivas de panfletários sem escrúpulos, ou das facécias malcheirosas que no seu beco escuro vomita todos os dias qualquer garoto da vida airada, ou das mentiras criminosas dos foliculários políticos, é inadmissível. Logo, concluo eu: para a péssima educação que possui, e para a natureza da instrução que lhe vão dar ver um povo português já sabe de mais. (p.727)

Era reconhecido que era necessário que toda a população tivesse acesso à escola, independentemente de serem das classes mais privilegiadas ou das classes mais pobres. No entanto, havia uma grande preocupação em garantir que apenas as matérias convenientes ao Estado fossem estudadas. Dessa forma, salvaguardavam-se contra corrupções e desafios ao governo do século XX. A primeira medida tomada pelo Governo de Salazar, a 8 de junho de 1926, foi a separação dos alunos por géneros nas escolas, pois “consideravam de tal gravidade a presença de meninos e de meninas nas mesmas salas de aulas... logo decretaram a separação dos sexos nas escolas primárias elementares” (Carvalho, 2001, p. 729). Conforme explicado por Rómulo de Carvalho (2001, p.729), era obrigatório que em “Todos os centros populacionais com mais de 9500 habitantes se proceda àquela separação”. Não obstante, essa medida poderia não ser implementada se a localidade não tivesse condições para separar os alunos por género em duas escolas. O sistema educacional passou por mais reformas durante o regime, lançado a 17 de maio de 1927, incluindo a alteração dos níveis de ensino. Os níveis passaram a ser o ensino infantil facultativo, lecionado dos 4 aos 7 anos; o ensino primário geral, lecionado dos 7 aos 12 anos; e o ensino primário superior, lecionados do 12 aos 15 anos. O ensino infantil não sofreu alterações significativas, uma vez que era praticamente inexistente, conforme Carvalho (2001, p.729) afirma: “o que não tem relevância porque não existia”. Os demais níveis de ensino passaram por alterações nos ciclos de estudo, introduzindo disciplinas dedicadas ao estudo intensivo do território português e do seu império terrestre e marítimo, incluindo a “Corografia de Portugal e Colónias, História de Portugal e Educação Cívica” (Carvalho, 2001, p. 729). Com isso, o governo incutia nas crianças, a partir do início do dia com uma saudação à bandeira nacional, um senso de patriotismo e nação, priorizando o país e a nação acima de tudo. Essa fase primária seria concluída com a aprovação no exame final.

As crianças que habitavam em áreas rurais enfrentavam maiores limitações em relação à educação, uma vez que na época se acreditava que seria suficiente transmitir a esses alunos conhecimentos básicos de leitura, escrita e operações matemáticas básicas. Conforme Carvalho (2001, p.736) menciona, “não se justificava haver grandes preocupações com a preparação científica e pedagógica dos professores primários... não seria difícil arranjar quem emprestasse tal serviço, sem que se lhe exigisse qualquer preparação específica, e com pequena renumeração”. Essa seleção incorreta levou a um aumento de abusos por partes destes “professores não formados”, o que levou o Governo a abrir um concurso para determinar se o candidato possuía, ou não, a aptidão necessária para o ensino. Essa exigência foi estabelecida no decreto datado de 28 de agosto de 1935, que passou a exigir “um exame de aptidão aos candidatos à Regência dos referidos postos” (Carvalho, 2001, p. 736). Essas medidas não beneficiaram os docentes, que estavam a ser substituídos por *Regentes De Ensino*. Segundo Rómulo Carvalho (2001), não só se sentiram moralmente feridos na dignidade da sua profissão, mas também foram prejudicados economicamente, com vários docentes incapazes de encontrar colocação devido à falta de edifícios escolares enquanto os regentes os substituíam (Carvalho, 2001, p. 737).

Alguns anos depois, quando o governo e as suas medidas atingiram o auge dos seus objetivos e para dar continuidade aos seus feitos, foi necessário criar um livro de leitura que enaltecesse o nome de Salazar e do seu império português. Este livro foi implementado nos primeiros anos de estudo e tinha como objetivos incentivar a mentalidade nacionalista, procurando interiorizar na sociedade a ideia de nação e respeito pelo país e por quem o governava, e também implementar uma mentalidade cristã que servia como base sólida para a construção ideológica (Carvalho, 2001, p. 766). No mesmo livro, ao estudar duas consoantes específicas (“c”; “s”) os alunos deveriam ser capazes de soletrar os nomes “Salazar” e “Carmona”. Nas salas de aula, havia disposto numa parede o retrato de António Salazar e Óscar Carmona e no meio dos dois um crucifixo de Cristo, demonstrando que, depois de Deus, as pessoas mais importantes eram os representantes do país. No início e no final de cada aula, as crianças juntamente com os seus professores deveriam proferir duas orações.

A verdade é que nos anos seguintes, apesar de o ensino ter sido precário na época, a taxa de analfabetismo diminuiu e o público feminino passou a frequentar com maior assiduidade as atividades letivas.

2. A Escola Inclusiva: Contextualização

Desde os primórdios da escola, foi possível observar um avanço significativo no seu desenvolvimento, tanto a nível de aprendizagem quanto na forma como os alunos eram abordados, e também em relação à sua formação como instituição, culminando na escola atual onde falamos sobre inclusão. No entanto, o foco deste tópico é compreender o que entendemos por escola inclusiva.

Inicialmente, esse termo foi definido como “o desenvolvimento de uma educação apropriada e de alta qualidade para alunos com necessidades especiais na escola regular” (Hegarty, 1994, citado por Rodrigues, 2001, p. 19). Dessa forma, a escola deve garantir uma resposta pertinente e de qualidade superior (Rodrigues, 2001, p.19) às heterogeneidades e dificuldades de todos os alunos. Segundo Rodrigues (2001, p. 20), é igualmente necessário que a educação inclusiva seja a peça fundamental para combater os valores da escola tradicional. Além disso:

a criação de escolas inclusivas implica considerar as três dimensões que a mesma incorpora: a dimensão ética, referente aos princípios e valores que se encontram na sua génese; a dimensão relativa à implementação de medidas de política educativa que promovam e enquadrem a ação das escolas e das suas comunidades educativas e a dimensão respeitante às práticas educativas, não podendo nenhuma delas ser negligenciada. (Direção-Geral de Educação ^(B))

Resumidamente, a inclusão é “um processo que visa apoiar a Educação para Todos e para cada criança no Mundo (Rodrigues, 2003, citados por Freitas, 2009, p. 30). A escola é vista como promotora de igualdade de oportunidades, trabalhando em cooperação com a comunidade escolar, adaptando-se ao ritmo e ao estilo de aprendizagem de cada aluno individual e coletivamente através de “currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos” (Unesco, 1994, p.12).

Segundo a orientação inclusiva delineada pelo Ministério da Educação, as escolas passam a ser consideradas, segundo Freitas (2019)

meios capazes de combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos (...) proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem a eficiência (...) de todo o sistema educativo” (p. 12).

Após a assinatura do Tratado de Salamanca, em 1994, as escolas têm o dever de colocar a criança/aluno no centro da aprendizagem e de apoiá-lo, independentemente das suas características pessoais, psicológicas ou sociais, adaptando o currículo às suas necessidades, pois uma pedagogia inclusiva “é a melhor forma de promover a solidariedade entre os alunos com necessidades educativas especiais¹ e os seus colegas” (UNESCO, 1994, p.12). Correia (2008) propõe a criação de um ideal de escola que supere os preconceitos e os estereótipos “tendo como pilares sentimentos de partilha, participação e amizade” (Correia, 2008, p.33).

Freitas (2019) afirma que uma escola inclusiva representa um enorme desafio no sistema educativo, apostando numa educação diferenciada, criando oportunidades de aprendizagens distintas e significativas, valorizando a participação dos alunos no processo de interação e experimentação vividas no momento de cada aula. Freitas (2019, p.14) conclui que “uma sociedade inclusiva deve ter sempre em consideração as condições de igualdade de oportunidades de participação social, logo condições de acessibilidade a todos e em diferentes contextos”.

Reforçando a ideia de que nenhuma criança/aluno deve ser negligenciado (Direção-Geral de Educação^(A)), o Ministério da Educação, em conjunto com a Direção-Geral da Educação, procurou criar recursos organizacionais que apoiam a inclusão na escola e na comunidade, sendo eles:

- a. Centro de apoio à Aprendizagem
- b. Escolas de Referência no Domínio da Visão
- c. Escolas de Referência para a Educação Bilíngue
- d. Escolas de Referência para IPI
- e. Centros de Recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação para a Educação Especial
- f. Centros de Recurso para a Inclusão

Por este motivo, entre outros, entrou em vigor o Decreto-Lei nº 54/2018 de 6 de julho, que tem como principal objetivo a resposta “à diversidade de necessidades dos alunos, através do aumento da participação de todos na aprendizagem e na vida da comunidade escolar” (Decreto-Lei nº 54/2018). Com base no decreto-lei, as escolas

¹¹ Atualmente, com a integração do Manual de Apoio à Prática em seguimento da publicação do Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de julho, este termo deixa de ser utilizado, sendo substituído por medida de suporte à aprendizagem e à inclusão.

devem permitir que o currículo e as atividades de aprendizagem sejam adequados às dificuldades da criança, de modo que ela possa responder de forma positiva, assimilando todas as aprendizagens mencionadas nos documentos oficiais do Ministério da Educação, a fim de aumentar as suas capacidades e, posteriormente, alcançar o sucesso educativo.

As escolas devem pautar-se por vários princípios orientadores, acreditando em todos os alunos e no seu potencial. Segundo o Decreto-Lei nº 54/2018, as escolas devem oferecer o apoio e os recursos necessários para que o aluno acompanhe a turma em que está inserido, respeitando o seu ritmo, a identidade cultural e linguística, permitindo que ele se manifeste em todos os momentos e atividades com total liberdade. Por fim, mas não menos importante, o Decreto-Lei nº 54/2018 reforça a importância do envolvimento parental no processo educativo do aluno, estando presentes, mostrando intenções positivas de ajuda e companheirismo em relação ao seu filho, participando nas reuniões escolares, em grupo ou individualmente, e tendo acesso às informações relacionadas ao progresso do aluno.

O mesmo decreto destaca a necessidade de implementar três medidas que servirão de suporte à aprendizagem do aluno com dificuldades de aprendizagem, sendo elas: “medidas universais”, “medidas seletivas”, “medidas adicionais”, que têm como principais objetivos adequar as “necessidades e potencialidades de cada aluno [garantindo] as condições da sua realização plena, movendo a equidade e a igualdade de oportunidades no acesso ao currículo, na frequência e na progressão ao longo da escolaridade obrigatória” (Decreto-Lei nº 54/2018). Portanto, é necessário reforçar a importância do trabalho conjunto de toda a comunidade escolar, incluindo os docentes e os psicólogos, para que o diagnóstico realizado ao aluno seja coerente e possibilite a adaptação correta do currículo às suas dificuldades sem comprometer as aprendizagens essenciais e os princípios descritos no Perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória (Manual de Apoio à Prática, 2018, p. 30).

Aprofundando as três medidas mencionadas no decreto, as medidas universais são direcionadas a todos os alunos, independentemente de necessitarem de atenção extra ou não. Dentro dessas medidas, destacam-se as seguintes metodologias:

- a) a diferenciação pedagógica;
- b) as acomodações curriculares;
- c) o enriquecimento curricular; a promoção do comportamento pró social;
- d) a intervenção com foco académico ou comportamental em pequenos grupos.

(Decreto-Lei nº 54/2018, p. 30)

De acordo com o Manual de Apoio à Prática (2018, p. 30), as medidas seletivas destinam-se aos alunos que necessitam de um apoio maior, uma vez que as medidas universais não são suficientes para que eles superem as suas dificuldades. Portanto, é necessário que o professor adapte o currículo e acione apoio psicopedagógico, a fim de encaminhar o aluno para o domínio dos conceitos e conteúdos previamente estabelecidos para o seu nível de escolaridade.

Para ativar as medidas adicionais é necessário que o aluno demonstre “dificuldades acentuadas e persistentes ao nível da comunicação, interação, cognição ou aprendizagem que exigem recursos especializados de apoio à aprendizagem e à inclusão” (Decreto-Lei nº 54/2018, p. 2921). Portanto, é necessário analisar a informação disponível decorrente da avaliação, conversar com os pais, solicitar a colaboração de outros profissionais e contemplar os dados relacionados com o processo de desenvolvimento e monitorização contínuos do processo, a fim de elaborar um plano de recuperação face às necessidades, potencialidades, interesses e referências do aluno, conforme é mencionado no Manual de Apoio à Prática (2018, pp. 29-32). Para que o processo seja implementado, é necessário um relatório técnico-pedagógico (RTP) redigido pelas equipas responsáveis pela avaliação e monitorização, e autorizado pelos pais. O professor de educação especial, ao trabalhar em conjunto com a equipa escolar (professor titular, técnicos, pais, diretor da escola, etc.), deve envolver os alunos nos momentos inseridos no seu processo de aprendizagem, “promovendo o desenvolvimento das áreas de competências inscritas no *Perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória*, nomeadamente, a capacidade de resolução de problemas, o relacionamento interpessoal virgula os pensamentos crítico e criativo, a cidadania” (Manual de Apoio à Prática, 2018, p. 33).

Nas medidas adicionais destacam-se:

- a) a frequência do ano de escolaridade por disciplinas;
- b) as adaptações curriculares significativas;
- c) o plano individual de transição;
- d) o desenvolvimento de metodologias e estratégias de ensino estruturado;
- e) o desenvolvimento de competências de autonomia pessoal e social.

(Decreto-Lei nº 54/2018, p. 31)

Em suma, há uma maior necessidade de se adotar “uma nova atitude perante as diversas necessidades dos alunos” (Felizardo, 1999, p. 8) pois se ensinarmos todos os alunos da mesma forma, independentemente de terem dificuldade ou não, será impossível garantir o sucesso escolar de cada um. Rodrigues (2008) menciona que as avaliações realizadas em escolas regulares revelam graves problemas na integração de crianças com maiores necessidades de apoio extra, portanto, são necessárias mudanças rápidas para tornar a escola acessível a todos. Se negligenciarmos essas crianças, teremos jovens com baixo desempenho escolar, levando-as à “rejeição das atividades da aula e um estado de angústia...” (Felizardo, 1999, p. 9), o que resulta na falta de aquisição de competências necessárias devido às dificuldades e na rejeição das aulas devido à má compreensão, tornando-os cidadãos incapazes de viver e conviver em sociedade.

De acordo com o Manual de Apoio à Prática (2018), serão apresentados a seguir os relatórios elaborados para aprovação e implementação de medidas seletivas e/ou adicionais, descrevendo suas características.

- ***Relatório Técnico-Pedagógico***

O relatório técnico-pedagógico é um documento que comprova a implementação das medidas seletivas e/ou adicionais de apoio à aprendizagem e à inclusão, conforme destacado no Manual de Apoio à Prática (2018, p. 33). Elaborado por uma equipa multidisciplinar, o RTP é baseado na avaliação das evidências recolhidas, diálogos com os pais e outros membros da comunidade escolar, proporcionando um melhor conhecimento do aluno. Esse relatório justifica e orienta a intervenção, assim como as medidas a serem implementadas ao longo do processo de aprendizagem e inclusão do aluno, visando otimizar o seu desempenho e a participação (Manual de Apoio à Prática, 2018, p. 33). Desde o início do processo de elaboração até a sua aprovação, o prazo máximo para conclusão desse relatório é de 48 dias, conforme estabelecido.

- ***Plano Educativo Individual***

Conforme mencionado no Manual de Apoio à Prática (Pereira et al., 2018, p. 36), o PEI estabelece as adaptações a serem feitas no currículo, a forma como serão implementadas e a avaliação da eficácia das medidas. Além disso, descreve as habilidades, expectativas e aprendizagens que serão desenvolvidas pelo aluno,

envolvendo a escola, a família e o próprio aluno. É importante ressaltar que esse plano é dinâmico, o que significa que pode ser ajustado com base na monitorização, avaliação da intervenção e progresso do aluno.

- ***Plano Individual de Transição***

O PIT é um documento que faz parte do processo educativo de um aluno com necessidades específicas, sendo geralmente elaborado três anos antes do fim da escolaridade obrigatória.

Esse plano é elaborado de forma personalizada, levando em consideração as características, habilidades, interesses e necessidades do aluno. O processo de elaboração do PIT envolve a participação ativa do aluno, da família e da equipa educativa, com o objetivo de identificar as metas, os recursos e as estratégias necessárias para a transição bem-sucedida do aluno para a vida adulta (Monteiro & David, 2020).

O objetivo principal do PIT é preparar o aluno para a transição da vida escolar para a vida pós-escolar, ou seja, para o período após a conclusão da sua formação académica, promovendo a autonomia, a independência e a inclusão social do aluno, preparando-o para diferentes aspetos da vida, como a inserção profissional, a educação continuada, a vida comunitária, os cuidados pessoais, entre outros. É importante ressaltar que o Plano Individual de Transição é flexível e pode ser atualizado ao longo do tempo, conforme as mudanças nas necessidades e metas do aluno, como relatado no Manual de Apoio à Prática (Pereira et al., 2018, p. 37).

3. Perturbações na sala de aula

Existem várias perturbações de aprendizagem específicas que têm impacto no sucesso dos alunos nos domínios da leitura, da escrita, da matemática e raciocínio, destacando-se a hiperatividade associada ao défice de atenção e, em casos mais extremos, a impulsividade.

A dificuldade de aprendizagem é definida como “alguma desordem na aprendizagem geral da criança [e] provém de fatores reversíveis e normalmente não têm causas orgânicas” (Stefanini & Cruz, 2006, p. 89). Essas dificuldades de aprendizagem são perturbações intrínsecas, causadas por uma disfunção do sistema nervoso central que afeta a fala, a leitura, a escrita, o raciocínio e habilidades motoras. Além disso, também podem ser influenciadas por fatores familiares, sociais e/ou escolares (Stefanini & Cruz, 2006, p. 89).

Outros autores, como Jacob e Loureiro (1996, relatado por Stefanini & Cruz, 2006, p. 98), relacionam estas dificuldades com processos intrapsíquicos que surgem durante a formação da identidade, havendo uma associação dessas perturbações com a ausência da estrutura cognitiva “que permite a organização dos estímulos e favorece a aquisição dos conhecimentos (...) que pode estar relacionada a determinantes sociais, da escola e do próprio aluno” (Weiss, 1997, citado por Stefanini & Cruz, 2006, p. 90)

Após uma análise detalhada da evolução dos conhecimentos científicos sobre as perturbações existentes na sala de aula, foi possível agrupar as dificuldades de aprendizagem encontradas nas escolas em grandes grupos. Esse agrupamento facilita o diagnóstico e a compreensão de quais métodos e ferramentas são mais adequados para lidar com essas diferenças e integrar os alunos no contexto da turma. Da mesma forma, é necessário que o professor possua ferramentas e tenha conhecimentos desses métodos para auxiliar o aluno no seu processo de aprendizagem, pois “sem expandir e ampliar os sentimentos de competência (...) dos professores ou dos formadores, não é possível produzir mudanças qualitativas e substanciais no macrocontexto das DA” (Fonseca, 2004, p. 8).

Fonseca (2008, pp. 447-519) destaca as dificuldades enfrentadas pelos alunos com Dificuldade de Aprendizagem Específica em diferentes áreas:

- a) **Atenção**: esses alunos têm um foco de concentração curto, exigindo a organização de estímulos intrínsecos e extrínsecos que dependam dessa atenção.
- b) **Perceção**: os alunos demonstram dificuldades em identificar e interpretar estímulos visuais e auditivos durante os processos de leitura e escrita. Eles têm dificuldade em compreender o que veem e em perceber semelhanças entre formas, cores e tamanhos, especialmente quando estão espelhados, devido à debilitada coordenação motora que impede a adequação dos movimentos corporais à ação exigida.
- c) **Auditivo**: os alunos enfrentam dificuldades na articulação das palavras e na percepção de palavras fonologicamente semelhantes.
- d) **Cognitivo**: a produção de textos simples é uma tarefa extremamente difícil para esses alunos, pois requer a combinação de diferentes aprendizagens prévias que não foram assimiladas, envolvendo “sistemas sensoriomotores, linguísticos e cognitivos” (Sousa, 2013, p.34)
- e) **Psicolinguístico**: Fonseca divide esta área em dois tipos de linguagem: *Linguagem Recetiva*, que se refere à incapacidade de interpretar o próprio idioma, e *Linguagem Integrativa*, que se refere à incapacidade de associar um tema a outro semelhante.
- f) **Psicomotor**: os alunos apresentam anomalias na motricidade que interferem na tonicidade, postura, equilíbrio, locomoção, lateralidade e direção.
- g) **Emocional**: estes alunos são frequentemente inseguros, tensos e, às vezes, apresentam comportamento agressivo epositor.

A origem destas perturbações gera diferentes opiniões entre autores e especialistas, relacionando-se tanto com questões hereditárias quanto com questões parentais. Belsky (1984, citado por Carreteiro, 2019, p. 34) afirma que a etiologia do problema está relacionada com três pontos principais: (i) história pessoal dos pais juntamente com os recursos pessoais, (ii) características das crianças e (iii) o contexto envolvente, propondo um modelo para controlar o comportamento parental e adequá-lo à personalidade e ao grau de dificuldade da criança. Quanto à hereditariedade, vários estudos comprovam que a presença de um forte histórico familiar aumenta a probabilidade de um indivíduo ser diagnosticado com essa perturbação “considerando que a aprendizagem depende da

organização neurológica do cérebro e sabendo que tal função depende dos fatores genéticos” (Simões, 2014, p. 53).

Fonseca (2009, citado por Simões, 2014) refere que a origem pode estar associada à alimentação nos primeiros anos de vida da criança se esta tiver consumido poucos alimentos proteicos, revelando, tardiamente, “dificuldades a nível da atenção, motricidade, instabilidade emocional e outros, que podem afetar a capacidade de aprender, de variadas formas” (Fonseca, 2009, parafraseado por Simões, 2014, p.54).

Piaget (1998) considera que as imagens mentais criadas pela criança durante a sua infância estão relacionadas com a interação com o objeto/pessoa e, durante o seu desenvolvimento, organiza essa informação recolhida através da interação “diversificando-os, diferenciando-os e combinando-os” (Stefanini & Cruz, 2006, p. 86). Assim, Piaget (1998, citado por Stefanini & Cruz, 2006, p. 86), apresenta três conceitos:

1. Assimilação: consiste na incorporação dos detalhes característicos desse objeto/pessoa nos esquemas mentais;
2. Acomodação: onde os esquemas mentais são ajustados às particularidades do objeto;
3. Equilibração: que se refere ao equilíbrio dos esquemas mentais com base na interação entre o objeto e o ambiente envolvente.

Todo este processo resulta numa aprendizagem útil para o correto desenvolvimento da criança em todos os aspetos. A aprendizagem resulta da constante interação da criança com o meio em que se insere “na constituição de sua capacidade cognitiva e é produto do entrelaçamento do pensamento e da linguagem (...) [envolvendo] a reflexão, o planeamento e a organização (...) desenvolvendo os conceitos de zona de desenvolvimento proximal e aprendizagem mediada” (Stefanini & Cruz, 2006, p. 88).

Com base na informação descrita anteriormente, o estudo que irá responder à questão inicial centrar-se-á em duas grandes perturbações presentes em contexto de sala de aula com maior frequência, o Défice de Atenção e a PHDA, que serão detalhadas no tópico seguinte.

4. A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)

O conceito de Dificuldade de Aprendizagem está cada vez mais presente nos dias que hoje, especialmente quando se tem um contacto próximo com mundo da educação. Não é por acaso que se aborda este tema como algo abrangente de várias adaptações educativas específicas, uma vez que quase todas as salas de aula têm uma criança diagnosticada com uma perturbação, ou várias, como PHDA, perturbação de aprendizagem específica no domínio da leitura, matemática e escrita, entre outras perturbações.

Embora o termo pareça ser bastante atual, os estudos nesta área tiveram os seus primeiros resultados no século XX. As primeiras pesquisas revelaram que essa perturbação tinha como “principal causa [a] genética, com uma hereditabilidade estimada em 65 a 90%” (Cordinhã & Boavida, 2008), no entanto, em 1960, Rabinovitch inclui fatores neuropsiquiátricos nos conceitos das Dificuldades de Aprendizagem. Refere que estas dificuldades podem ser provocadas por “aspecto emocional” e “lesão cerebral” (Fonseca, 2004, p.21). Samuel A. Kirk (1962) define a DAE como um atraso ou imaturidade no desenvolvimento neurológico da criança, uma vez que “são demonstráveis diferenças discretas na estrutura, volume e função; é o caso do córtex do lobo frontal, temporal e parietal, gânglios basais (...), áreas do corpo e cerebelo” (Cordinhã & Boavida, 2008) afetando a fala, leitura, escrita e questões relacionadas com a matemática. Três anos depois, Bateman define essa dificuldade como uma disparidade educativa que afeta a compreensão e/ou a uso da linguagem devido a lesões cerebrais, dislexia², atrasos no desenvolvimento, bem como outras perturbações.

Na década de 80, a Associação de Crianças com Dificuldades de Aprendizagem define as DAE como uma “condição crónica que interfere com o desenvolvimento e/ou a sua demonstração de capacidades verbais e/ou não verbais” de origem neurológica, que afetam a autoestima, a educação, a vocação, as relações sociais e as atividades diárias. Em 1988, a National Joint Committee of Learning Disabilities definiu DAE como referência:

² Perturbação de Aprendizagem Específica no domínio da escrita, de acordo com o DSM -IV

a um grupo heterogéneo de desordens manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e na utilização de compreensão auditiva, da fala, da leitura, da escrita, e do raciocínio matemático. tais desordens, consideradas intrínsecas ao indivíduo e presumindo-se que sejam devidas a uma disfunção do sistema nervoso central, podem ocorrer durante toda a vida. Problemas na auto-regulação do comportamento, na percepção social e na interação social podem coexistir com as DA. Apesar de as DA ocorrerem com outras deficiências (ex.: deficiência sensorial, deficiência mental, distúrbios socio emocionais) ou com influências extrínsecas (ex.: diferenças culturais, insuficiente ou inapropriada instrução, etc.), elas não são o resultado dessas condições (National Joint Committee of Learning Disabilities, 1988, citado por Fonseca, 2004, p. 95).

Na mudança de século e de mentalidades, Miranda Correia (2008) define esta dificuldade como a forma de compreender a informação fornecida levando em consideração as capacidades do indivíduo. Essa dificuldade tem origem na área neurobiológica da criança, afetando as capacidades básicas como a fala, a leitura, a escrita, a matemática e a resolução de problemas que envolvam memorização, percepção e pensamento abstrato.

O conceito foi sendo alterado com os avanços científicos e estudos no campo das neurociências e, atualmente, sabe-se que a principal causa dessa perturbação está relacionada com o sistema nervoso e provém de dois fatores: pré ou perinatais e pós-natais (Axelson & Pena, 2015). No que diz respeito aos fatores perinatais, os problemas estão associados à progenitora e ao processo de gestação, como o consumo de álcool e drogas, as insuficiências placentárias, a incompatibilidade sanguínea materna, o parto prolongado ou difícil, as hemorragias intracranianas ou a privação de oxigénio. Nos fatores pós-natais, podem ser incluídos os traumatismos cranianos, os problemas respiratórios, os acidentes vasculares cerebrais, a negligência parental, a privação de estimulação adequada e os fatores alimentares, tais como a ingestão de açúcares, corantes e conservantes. Além disso, também é importante considerar a institucionalização como um fator relevante nesse contexto (Cordinhã & Boavida, 2008).

Se qualquer um destes fatores perturba o desenvolvimento da criança, então será igualmente condicionante no seu crescimento, manifestando-se no início da sua jornada escolar por meio de inúmeras dificuldades evidenciadas pelo professor ao realizar pequenas tarefas em sala de aula, como a leitura de palavras, a compreensão de textos curtos ou longos e a expressão escrita e oral. Essas dificuldades também são visíveis no domínio do sistema de numeração e cálculo, refletindo-se em lacunas no raciocínio. Esses registos permitem ao professor concluir que o desempenho académico dessas crianças

está abaixo do esperado para a sua faixa etária, interferindo no “desempenho acadêmico ou profissional ou nas atividades cotidianas, confirmada por meio de medidas de desempenho padronizadas administradas individualmente e por avaliação clínica abrangente” (DSM-5, 2014, pp 66-67)

No campo das perturbações de atenção, é importante mencionar uma dificuldade que tem assumido proporções consideráveis e condicionantes na vida escolar e pessoal dos estudantes, que combina duas grandes áreas relacionadas ao nível de atenção - PHDA - conforme descrito pelos médicos pediatras Cordinhã & Boavida (2008):

A obrigatoriedade escolar mais prolongada, a exigência dos conteúdos curriculares e a necessidade de níveis de escolaridade mais graduados para vingar profissionalmente, numa sociedade progressivamente mais exigente, carregam consigo o despertar de crianças com menor capacidade de atenção e concentração mantidas e com necessidade de maior tempo de realização de tarefas, o que indiscutivelmente prejudicará a aprendizagem (Cordinhã & Boavista, 2008).

Este termo foi inicialmente definido na primeira metade do século XX por Strauu e os seus colaboradores (1947), que conduziram um estudo com várias crianças para compreender o seu comportamento, o nervosismo, o nível de atenção e a atividade. Na segunda metade do século XX, Paul Wender (1971), professor da Universidade Standford e um dos pioneiros na identificação e tratamento da PHDA, menciona que essa perturbação está associada à Disfunção Cerebral Mínima, ou seja, as pessoas com essa perturbação apresentam lesões no hemisfério direito, o que as leva a comportar-se de maneira inadequada. Após vários estudos, Wender percebeu que a maioria das crianças diagnosticadas com PHDA tinha dificuldades comportamentais e não lesões cerebrais.

Em 1990, Russel Barkley define PHDA como uma perturbação “de desenvolvimento caracterizado por graus de desenvolvimentalmente inapropriados de desatenção, sobreatividade e impulsividade, as quais têm frequentemente o seu início na primeira infância; têm uma natureza relativamente crónica; não simplesmente explicáveis por deficiências emocionais severos.” (Moura, 2021). Estas dificuldades estão associadas a falhas comportamentais, nomeadamente o incumprimento de regras e a realização de tarefas de longa duração.

No século XX, com o avanço científico, foi possível definir PHDA como uma mutação “na base genética, em que estão implicados diversos fatores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações atencionais, impulsividade e uma grande atividade

motora” (Moura, 2021). Safer e Allen (1979), parafraseados por García (2001, p. 8), afirmam que essa perturbação é um atraso no desenvolvimento que se manifesta como um padrão persistente de comportamento, com sintomas comuns como a inquietação e a falta de atenção em grau elevado, especialmente em situações que requerem atividades motoras controladas. Referem, ainda, que esta perturbação se desenvolve a partir dos 2 anos e que ao longo da adolescência diminui.

Barkley (1982), parafraseado por García (2001, pp. 8-9), menciona que crianças com esta perturbação apresentam comportamentos distintos de crianças ditas “normais” e que estes comportamentos surgem durante a idade escolar. A falta de controlo, o défice de atenção acentuado, a irrequietude e o excesso de atividade motora são exemplos desses comportamentos característicos e persistentes, que são inadequados independentemente da situação.

Atualmente, é consensual que a PHDA é uma perturbação comportamental, desvinculada da esfera disciplinar. Caracteriza-se como um distúrbio crónico, com a capacidade de afetar significativamente o desempenho académico, familiar, emocional, social e laboral. Esta condição impunha um encargo de sofrimento tanto às crianças vivenciadas como às suas famílias. (Cordinhã & Boavista, 2008). Esta perturbação é mais prevalente no sexo masculino, mas equipara-se ao sexo feminino na fase da adolescência.

A Organização Mundial de Saúde definiu a PHDA como uma perturbação neurológica padronizada por défice de atenção, desorganização, hiperatividade. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (2018) corrobora referindo que esta perturbação “é um distúrbio no neurodesenvolvimento da criança que se manifesta entre os 6 e os 12 anos e pode prolongar-se até à idade adulta”. Taylor (1991) destaca que a atividade motora excessiva é um traço comum em crianças/jovens diagnosticados com PHDA, independentemente do local e da situação em que se encontram. Barkley (1982, parafraseando Garcia, 2001, p. 3) chama a atenção para a existência da síndrome hipercinética, que, segundo Gonzalez-Usigli (2022) no Manual MSD: versão para profissionais de saúde, é caracterizada por movimentos rítmicos, como tremores. Esses movimentos podem manifestar-se como oscilações regulares alternadas ou movimentos oscilatórios, podendo ocorrer principalmente durante períodos de repouso, e movimentos não rítmicos, como tiques, atetose, mioclonia, entre outros. De acordo com estudos e parafraseando García (2001, p. 7), esta síndrome hipercinética não indica que a hiperatividade seja constante e permanente no indivíduo, mas sim o contrário, já que para muitos especialistas, essa visão é tendenciosa, associando a atividade motora excessiva à

hiperatividade, o que representa um grande problema, pois limita a definição precisa da perturbação. Bax (1972, citado por García, 2001, p.7) “identificou categorias distintas de crianças a partir do nível excessivo de mobilidade que apresentavam”. Bax (1972) refere igualmente que as características mencionadas exibem variações entre crianças, o que demonstra a excessiva heterogeneidade do grupo de crianças hiperativas. Portanto, não é possível concluir que todas as crianças que apresentaram níveis de atividade acima do normal seguiram as mesmas manifestações. O autor justificou esta conclusão com as diferenças entre cada criança estudada com o nível socioeconómico, a dificuldades de aprendizagem, a situação conjugal dos pais, entre outros fatores que definem o ser humano ao longo de seu crescimento.

García (2001) afirma que a verdadeira dificuldade dessas crianças hiperativas se evidencia quando lhes é solicitado que controlem os seus movimentos e as ações, concentrando a sua atenção num espaço ou evento específico. Se a criança não consegue direcionar a sua atenção para estes determinados aspetos específicos e não consegue adaptar os movimentos corporais conforme o necessário, por exemplo, durante a execução de “um jogo não regulado por normas, não se diferenciara, possivelmente, de qualquer outra. Não é possível, por isso, considerar esta perturbação um excesso de movimentos motores, em todos os âmbitos e contextos” (Garcia, 2001, p. 7).

Pelas palavras de Barkley (1982, parafraseado por García, 2001, p. 3), os critérios utilizados pelos especialistas para comprovar a existência desta síndrome hipercinética são:

- a) Concordância entre os sinais característicos;
- b) Persistência desses sinais ao longo do tempo e em diferentes situações ambientais;
- c) Etiologia comum da perturbação em crianças diagnosticadas com síndrome hipercinética;
- d) Resposta precisa e definida das crianças hiperativas ao tratamento farmacológico;
- e) Prognóstico diferencial em relação a outras perturbações infantis.

Essas conclusões demonstram a existência de certa ambiguidade no diagnóstico da hiperatividade e déficit de atenção, pois os “comportamentos desafiantes, a violação das normas estabelecidas [entre outros] também se observam em crianças não hiperativas que apresentam perturbações de comportamento” (García, 2001, p. 4). Além disso, de acordo com alguns especialistas, as “alterações neurológicas constituem sinais de imaturidade evolutiva que desaparecem com a idade” (Garcia, 2001, p.5). A sua origem está associada

a questões sociais e culturais que variam entre a classe social, a composição do agregado familiar, os problemas psíquicos da progenitora, o divórcio, bem como défices físicos e sensoriais, historial perinatal, anomalias congénitas (Garcia, 2001, p. 4).

- *Como identificar as crianças hiperativas?*

Não existem fórmulas químicas ou matemáticas para identificar a PHDA em crianças pois elas estão em constante desenvolvimento cognitivo, psicológico e corporal. É natural que haja um aumento de energia nos primeiros anos de vida para que cresçam de forma saudável. No entanto, em algumas crianças, ocorre um excesso de atividade motora em momentos inadequados. À medida que a criança atinge a idade escolar, espera-se que o pico de energia diminua e seja adaptado de acordo com as situações vivenciadas pela criança e estabelecidas previamente por um adulto.

García (2001, p.13), menciona que os sintomas que definem a PHDA são “atividade motora em excesso, falta de atenção e impulsividade (...) coordenação motora ... [como] abotoar a roupa ou atacar os sapatos”. Essas crianças têm dificuldade em concluir o que começam, distraem-se facilmente e constantemente, especialmente em situações de alta complexidade. Elas têm a necessidade de respostas imediatas, são impacientes, o que as leva a sentir frustração, e tendem a cometer muitos erros por serem precipitadas e impulsivas ao responderem a momentos de avaliação.

De acordo com Ribeiro (2011), estas crianças com PHDA são propensas a sofrer acidentes devido à falta de consciência do risco e perigo, têm dificuldade em cumprir as normas estabelecidas, possuem habilidades limitadas para se relacionarem com os adultos e/ou as crianças ao seu redor, tornando-se indivíduos antissociais com baixa autoestima. Considerando-se “objecto das críticas e das queixas dos demais sem saberem muito bem a razão, pensam que os outros não gostam delas e não sabem o que fazer para resolver a situação” (García, 2001, p. 15).

Ao identificar comportamentos estranhos na criança, o próximo passo é procurar ajuda de um profissional qualificado para investigar diferentes perturbações e diagnosticá-las, com o objetivo de a intervenção ser realizada rapidamente. O especialista avaliará os comportamentos da criança ou do jovem, com base em vários critérios, como os apresentados a seguir, segundo Moura (2023).

- ***Critérios de diagnóstico clínico da PHDA***

Critério A	Desatenção	<p>a) Apresenta défices de atenção aos detalhes, resultando em erros nas tarefas escolares;</p> <p>b) Demonstra dificuldade em ouvir completamente as instruções fornecidas para uma determinada tarefa;</p> <p>c) Apresenta dificuldades em seguir instruções e falha em concluir as tarefas escolares propostas;</p> <p>d) Manifesta dificuldade em organizar-se de forma eficaz;</p> <p>e) Exibe tendência a perder objetos e pertences com frequência;</p> <p>f) Apresenta lapsos de memória em relação a atividades diárias.</p>
	Hiperatividade e impulsividade	<p>a) Apresenta agitação de mãos e pés ou exibição de movimentos repetitivos quando sentado na cadeira;</p> <p>b) Demonstra o comportamento de levantar-se em momentos inoportunos, especialmente em situações inesperadas;</p> <p>c) Exibe movimentos excessivos, com poucos períodos de silêncio e tendência a agir de forma precipitada;</p> <p>d) Apresenta dificuldade em aguardar pela sua vez e em respeitar a vez dos outros.</p>
Critério B	Os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade ou impulsividade manifestam-se precocemente, antes dos 12 anos de idade.	
Critério C	Os sintomas são visíveis em vários locais frequentados pela criança, como por exemplo na escola, em casa, com familiares ou amigos, entre outros.	
Critério D	A vida social da criança é afetada pelo seu comportamento inconsciente. O mesmo se reflete em atividades escolares e ocupacionais.	

Tabela 1 Critérios de Diagnóstico da PHDA, segundo o portal da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

Conforme descrito no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-IV-TR) (2013), a avaliação do PHDA em crianças diagnosticadas pode ser categorizada em três subtipos, a saber: (a) PHDA predominantemente desatento, (b) PHDA predominantemente tipo hiperativo/impulsivo e (c) PHDA tipo misto.

Almeida (2012) corrobora, referindo que a classificação em cada subtipo é determinada pelo grau de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade observado na criança.

5. Caracterização do PHDA: Casos clínicos

Apresentam-se a seguir dois testemunhos de familiares de crianças diagnosticadas com PHDA, descritos por Mark Selikowitz na sua obra intitulada *Défice de Atenção e Hiperactividade* (2009):

“Caro Doutor

A Martine tem agora 13 anos e estamos preocupados com os seus progressos escolares. Ela porta-se bem e não se mete em confusões, nem na escola, nem em casa, e é essa a razão que nos levou a deixar passar tanto tempo sem procurarmos ajuda.

As informações sobre a Martine estiveram cheias de comentários do género: «A Martine tem de estar com mais atenção»; «A Martine teria grandes capacidades se não se distraísse com tanta felicidade».

A Martine é uma criança vaga e sempre nas nuvens. Muitas vezes, quando falamos com ela, parece que está num mundo só dela. Um dos professores achou que talvez ouvisse mal, mas foi ao médico, fez testes e não tem qualquer problema de audição.

Se lhe pedirmos três coisas ao mesmo tempo, não consegue acompanhar e perde-se. Ontem, pedi-lhe que fosse ao quarto, tirasse os lençóis da cama e os pusesse a lavar. Dez minutos depois fui lá ao quarto e dei com ela sentada na cama. Disse-me que não se lembrava do que eu lhe tinha pedido, e não estava a brincar.

Parece que não tem memória. Consegue descrever ao pormenor o que aconteceu há uma série de anos. A semana passada, ficamos surpreendidos quando reconheceu uma pessoa numa fotografia que já não vê há anos – e nos descreveu a visita que fizemos a casa dessa pessoa sem se esquecer de nada. No entanto, hoje não se consegue lembrar da lista de palavras que ontem sabia.

É muito desorganizada. Perde tudo. Quase todos os dias tem de telefonar a um colega para saber qual é o trabalho de casa para o dia seguinte.

Também é desastrada. Nunca está quieta – há um lado dela que está sempre a mexer quando tem de estar quieta e sentada.

Mas a maior dificuldade é estudar com atenção. Senta-se para fazer os deveres com a melhor das intenções, mas desiste depressa. Anda sistematicamente de levanto e, a menos que eu me sente ao lado dela, não faz nada. Mesmo assim, é uma luta constante, até ao ponto de ficarmos todos aborrecidos lá em casa. Não consigo que ela faça os trabalhos de casa todos, a menos que seja eu a fazer a maior parte. A falta de atenção que revela também é um problema nas aulas. Os professores queixam-se de que, enquanto os outros miúdos estão concentrados no que estão a fazer, a Martine está sempre a olhar para a janela. Raramente consegue terminar um trabalho.

A Martine diz que quer ser professora quando for grande. Sabemos que é inteligente, mas, por este caminho, temos dúvidas de que consiga fazer alguma coisa. Acha que nos poderia ajudar?” (pp. 15 – 16)

Ao analisar o relato, evidenciam-se os principais comportamentos apresentados por Martine, tais como a falta de atenção e a concentração, a incapacidade de realizar múltiplas tarefas simultaneamente e o comprometimento da memória a curto prazo, embora apresente uma boa memória a longo prazo. Observa-se também que a organização é um aspeto que afeta negativamente a criança, com repercussões na sua vida pessoal e académica. Com base no testemunho de Martine e nas informações recolhidas anteriormente, conclui-se que ela sofre de PHDA, com maior incidência no défice de atenção. Esta conclusão encontra suporte na constatação de que a ocorrência de distração frequente, dificuldades na capacidade de atenção seletiva e na execução de instruções, controlo deficiente de impulsos, lentidão no desempenho de tarefas e funções, ineficácia e baixa autoestima são elementos preponderantes. Esses elementos combinados fornecem fundamentação sólida para a conclusão (Cordinhã & Boavida, 2008).

Ao examinar e comparar o caso de Martine com o de outra criança, como David, é possível identificar diferenças e recorrência de comportamentos. David, um menino de 7 anos, também é diagnosticado com PHDA, no entanto, os seus comportamentos são mais agressivos em comparação com Martine:

“Caro Doutor

Decidi escrever-lhe esta carta antes da consulta, porque muitas vezes não consigo lembrar-me de tudo aquilo que quero dizer quando me sento à frente de um médico.

Estamos desesperados com o David (7 anos) – o doutor é a nossa última esperança! Já corremos uma data de médicos, psicólogos e psiquiatras. Todos eles nos dão a entender que nós é que somos a causa dos problemas do David. Estamos fartos de ser analisados – a única coisa que queremos agora é ajuda.

O David é uma criança difícil desde o dia em que nasceu. Os nossos dois primeiros filhos nunca nos deram preocupações em bebé, mas o David andava sempre irritado, desde o início. Enquanto foi bebé, quase nunca dormia. Começou a andar mais cedo do que os irmãos e, a partir desse momento, tinha ele 9 meses, nunca mais parou quieto. Quando gatinhava, enfiava-se por todo o lado, e tínhamos de estar sempre com os olhos em cima dele.

Experimentámos uma «dieta hiperativa», mas não resultou. Agora que é mais crescidinho está mais calmo, mas continua a ter uma energia inesgotável, excepto quando está doente. Sinto remorsos ao pensar que é só quando está doente que gosto de o ter cá em casa.

Parece um furacão. Não tem medo de nada. Já por duas vezes partiu uma perna e tem uma série de cicatrizes. Age sem parar para pensar

nas consequências e tudo indica que não aprende nada com as asneiras que faz.

Não faz nada do que lhe dizem e se tentarmos castigá-lo, torna-se abusador e até agressivo. Já tentamos a «pausa» (mandá-lo para o quarto quando é desobediente, para se acalmar), mas, como destrói o quarto, não vale a pena. Por duas vezes, fugiu pela janela do quarto.

Viver com o David exige um cuidado redobrado. Às vezes, tem uma pequena contrariedade, tem um ataque de fúria. Às vezes, é agressivo sem razão aparente. Ontem, por exemplo, o irmão estava a ver televisão e o David entrou no quarto e deu-lhe um pontapé - assim, sem mais nem menos! Depois mostrou-se arrependido, mas não consigo perceber por que motivo faz coisas destas.

Todos os dias de manhã me levanto com uma sensação de inquietação, na expectativa de ver qual será a disposição dele nesse dia, e que tipo de dia iremos ter. Mas, mesmo quando está bem disposto, qualquer coisinha o enerva e muda de humor de um momento para o outro.

A escola tem sido uma tragédia para o David. Uma semana depois de ter entrado na escola, o professor disse-nos que era impossível ensinar-lhe fosse o que fosse; nunca está sentado no lugar dele; está sempre a falar durante as aulas; faz barulho e distrai os outros miúdos; os cadernos são uma confusão e nunca termina um trabalho. O pior é ser malcriado para os professores. É muito susceptível e encara qualquer chamada de atenção como um insulto. Anda sempre a ser castigado, mas não adianta. No início deste período, foi suspenso durante uma semana por dizer palavrões a um professor. Tive de meter dispensa para ficar com ele em casa e fiquei com a impressão de que até gostou de ser suspenso.

Não se dá com os outros miúdos no recreio. Quer mandar neles todos e não está preparado para compromissos. Neste momento, todos têm medo dele e todos os marginalizam. Tenho ideia de que todos os dias anda à pancada. Tenho a certeza de que é quase sempre ele que começa. Mete-se com miúdos maiores e mais velhos, e geralmente fica a perder. No ano passado, apanhou uma semana de suspensão por ter dado um murro num colega. Foi o mesmo que nada - quando voltou, a primeira coisa que fez foi andar à pancada!

Não quero que fique com a ideia de que o David é sempre mau. Às vezes, é meiguinho e encantador, e muitas vezes arrepende-se muito das coisas que faz. Mas passa-lhe num instante - com o David, está sempre a haver problemas. O que mais nos preocupa agora é que ele parece que fica deprimido perante as dificuldades. No mês passado, começou a dizer que era «estúpido». Diz muitas vezes: «Não percebo o que se passa comigo, mamã.» Já disse duas vezes que se queria matar. Estamos preocupadíssimos com ele.” (Selikowitz, 2009, pp. 17 - 18)

Ambos os testemunhos apresentam pais que se sentem culpados pela incapacidade regulatória ou de concentração dos seus filhos, atribuindo a si mesmos a possível falha na

educação e enfrentando constrangimento diante das observações feitas por pessoas que interagem com a criança. É importante que as famílias estejam conscientes de que as crianças com PHDA necessitam de ambientes estáveis e rotinas bem definidas, ajudando-as a compreender que comportamentos positivos resultam em consequências positivas (como a oportunidade de brincar no parque ou desfrutar de uma guloseima), enquanto comportamentos negativos acarretam consequências negativas (como restrições à brincadeira preferida ou proibição de usar dispositivos eletrônicos).

Sabe-se que a PHDA é caracterizada pela falta de autorregulação, que se manifesta como dificuldade de aprendizagem e desajuste social. Cordinhã & Boavida (2008) reforçam essa ideia, afirmando que:

O mau aproveitamento escolar e a desadaptação social inerentes a este distúrbio causam sofrimento na criança e eventuais consequências no adolescente (maior risco de criminalidade, comportamentos anti-sociais, acidentes de viação e adicção de substâncias) e no adulto (baixa auto-estima, dificuldades sociais e laborais). (p.580)

O modelo de autorregulação proposto por Barkley (1997) procura compreender e abordar os desafios enfrentados pelas pessoas com PHDA em relação à sua capacidade de regular o comportamento, a atenção e as emoções. Segundo Barkley, a autorregulação é um processo complexo que envolve habilidades cognitivas, emocionais e comportamentais, necessárias para adaptar-se às demandas do ambiente e alcançar metas pessoais.

O modelo enfatiza a importância do córtex pré-frontal no desenvolvimento da autorregulação e destaca que indivíduos com PHDA apresentam disfunções nessa região do cérebro, o que afeta a sua capacidade de inibir impulsos, manter a atenção, e planejar e executar tarefas de forma eficiente.

Para promover a autorregulação em pessoas com PHDA, o modelo de Barkley propõe estratégias que visam fortalecer as habilidades executivas, como o estabelecimento de rotinas, a definição de metas claras e realistas, o uso de lembretes visuais, a quebra de tarefas em etapas menores e a utilização de reforços positivos para incentivar comportamentos desejados.

Ao compreender e aplicar o modelo de autorregulação, profissionais e familiares podem contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas com PHDA, auxiliando-as a desenvolver estratégias eficazes de autorregulação e minimizando os impactos negativos desse transtorno em suas vidas diárias.

- ***Modelo de autorregulação segundo Barkley***

Barkley (1997) define a autorregulação como um processo cognitivo que permite ao indivíduo controlar e regular os seus comportamentos, as emoções e os impulsos de acordo com as normas sociais estabelecidas. Esses processos de autorregulação começam a desenvolver-se na infância, permitindo que a criança modele os comportamentos e as respostas, refletindo tanto no seu desenvolvimento motor quanto cognitivo (Eisenberg, Smith et al., 2004, citados por Fernandes, 2012).

A autorregulação é um processo complexo que envolve a capacidade de inibir impulsos, regular a atenção, planejar e executar tarefas de forma consciente e adaptativa. Esse desenvolvimento da autorregulação tem uma base biológica, mas também é influenciado pelo ambiente social no qual a criança cresce e se desenvolve. Crianças que apresentam uma reatividade moderada tendem a vivenciar situações que exigem aprendizado e desenvolvimento da autorregulação. Por outro lado, crianças com uma reatividade extrema podem apresentar dificuldades no controlo dos seus comportamentos, sem adquirir as habilidades de autocontrolo necessárias (Fernandes, 2012).

Nesse sentido, o desenvolvimento da autorregulação é crucial para que o indivíduo seja capaz de exibir respostas planeadas e conscientes, permitindo que ele aja de forma adequada em diferentes contextos e situações. É um processo que envolve a interação entre fatores biológicos e ambientais, e o seu desenvolvimento adequado é essencial para a adaptação social e o funcionamento efetivo no cotidiano.

Ao compreender a importância da autorregulação e as suas bases biopsicossociais, é possível desenvolver estratégias e intervenções que promovam o desenvolvimento saudável da autorregulação em crianças e jovens, especialmente aqueles com diagnóstico de PHDA. A compreensão desses processos é fundamental para auxiliar no desempenho dos desafios comportamentais e emocionais enfrentados por esses indivíduos, contribuindo para melhorar a sua qualidade de vida e o funcionamento global.

Segundo Cordinhã & Boavida, (2008), esta falta de autocontrolo está relacionada com 3 áreas dentro da perturbação da hiperatividade e défice de atenção. São elas:

- ***Défice de atenção***

O défice de atenção é caracterizado pela falta de concentração nas atividades, tanto em crianças quanto em adultos. Indivíduos com este défice são percecionados como

distraídos e descuidados, apresentando “dificuldades em dedicarem-se a actividades de forma calma, ou até em manterem-se sentados, levantando-se frequentemente ou correndo e saltando excessivamente, em situações em que é desadequado fazê-lo” (Cordinhã & Boavida, 2008, p. 581).

Essa dificuldade de atenção está associada a uma disfunção neurológica que afeta o funcionamento do córtex pré-frontal, resultando numa redução da atividade cerebral global mais notável nas áreas dos gânglios da base e do lobo frontal anterior (Neto, 2014, citado por Horácio & Fialho, 2016). Esta área do cérebro é responsável pela regulação da atenção, organização, controlo de impulsos e expressão de sentimentos (Pimenta, 2019).

O que diferencia o défice de atenção do PHDA é o grau de agitação, que é mais acentuado na perturbação da hiperatividade e défice de atenção. Os comportamentos mais comuns em indivíduos com este défice é a dificuldade em escutar os outros, dificuldade/incapacidade em terminar tarefas, como o exemplo da Martine que não tem a capacidade de seguir uma determinada ordem de tarefas “Ontem, pedi-lhe que fosse ao quarto, tirasse os lençóis da cama e os pusesse a lavar. Dez minutos depois fui lá ao quarto e dei com ela sentada na cama. Disse-me que não se lembrava do que eu lhe tinha pedido” (Selikowitz, 2009, p. 16), inexistência de objetivos e planos para o futuro, desmotivação, falar excessivamente ou falar pouco, dificuldade em respeitar a vez do outro, como o caso do David, tendo sido suspenso da escola pelo mau comportamento, entre outros.

Esta perturbação, assim como outras, pode ser tratada por meio de medicamentos ou terapias. Caso o tratamento prescrito pelo profissional seja a medicação, é importante que a dosagem seja respeitada, por isso pode ser um fator determinante para a eficácia do tratamento. O tratamento adequado e individualizado para a PHDA pode proporcionar melhorias significativas na vida do indivíduo, auxiliando no controlo dos sintomas e no desenvolvimento de estratégias de autorregulação.

- ***Hiperatividade***

As diferentes terminologias utilizadas para descrever a hiperatividade incluem a “conduta hiperactiva, síndrome hipercinética, perturbação por défice de atenção” (García, 2001, p. 1). Essa diversidade de terminologia também se reflete na percepção dos profissionais que lidam com a criança. Segundo Moreno García (2001, p. 2), neurologistas associam a hiperatividade a deficiências ou anomalias cerebrais, os psiquiatras relacionam esta perturbação à atividade motora excessiva, à redução do nível

de atenção e, nalguns casos, à impulsividade, e pedagogos associam hiperatividade a “deficiências perceptivas e dificuldades de aprendizagem” (p.2).

Desde muito jovens, as crianças com hiperatividade são frequentemente descritas como excessivamente ativas e agitadas, o que dificulta a sua estabilidade e o cumprimento de tarefas (Sosin & Sosin, 2006). Conforme crescem, a sua atividade motora diminui, mas enfrentam dificuldades em permanecer sentadas por longos períodos, tendem a conversar excessivamente e realizam as tarefas rapidamente, o que limita a sua adaptação social e escolar, sublinha García (2001, p. 3). A falta de atenção e desorganização são problemas constantes observados em casos como o de Martine, onde a criança parece estar frequentemente distraída e desorientada.

Além disso, a hiperatividade pode afetar aspetos importantes do desenvolvimento da criança. Problemas de coordenação, que impactam o equilíbrio, a coordenação óculo-manual e a motricidade fina são frequentemente observados (Sosin & Sosin, 2006). Esses problemas de coordenação são considerados componentes de uma síndrome hipercinética, conforme descrito em trabalhos científicos anteriores sobre o tema (García, 2001).

Portanto, é essencial que tanto os pais quanto os professores adotem uma abordagem compreensiva em relação a essas crianças, levando em consideração que “a atividade motora excessiva é um padrão de resposta automático que a criança não consegue controlar na totalidade” (Sosin & Sosin, 2006, p. 46).

- *Impulsividade*

A impulsividade é caracterizada pela dificuldade de autocontrole, levando o indivíduo a agir impulsivamente e, posteriormente, a arrepender-se das suas ações, mesmo que saiba que agiu de forma contrária ao esperado. No caso de David, foram observados comportamentos impulsivos, nos quais ele age sem pensar nas consequências e aparentemente não aprende com os erros, como exemplificado pelas suas ações: "Age sem parar para pensar nas consequências e tudo indica que não aprende nada com as asneiras que faz" e "fugiu pela janela do quarto"

A impulsividade envolve ações precipitadas que têm potencial para ter desfechos negativos (Sulkes, 2020). Segundo Selikowitz (2009), as crianças PHDA “não possuem mecanismos inibidores comportamentais e reflexivos para aplicar o que lhes é ensinado na sua vida diária” (p. 45). O autor explica que o desenvolvimento das células nervosas

do lobo frontal do cérebro durante o crescimento é responsável por controlar o comportamento e permite que o indivíduo pense antes de agir. Assim, o conhecimento e a experiência adquirida até esse ponto desempenham um papel importante na prevenção de reações impulsivas (Selikowitz, 2009).

Cada indivíduo apresenta a sua própria forma de expressão, especialmente quando se trata de pessoas impulsivas, que podem exibir comportamentos excessivos, como a movimentação frequente das mãos e/ou pés, a dificuldade em brincar tranquilamente e oferecer respostas inadequadamente a perguntas. Essas crianças também enfrentam dificuldades em processar e expressar informações sensoriais, organizá-las cognitivamente e lidar com conceitos abstratos. Como refere García (2001, p.15) apresentam “problemas em captar a informação sensorial, organizá-la, processá-la cognitivamente e expressá-la posteriormente”. Além disso, é comum que crianças com PHDA tenham dificuldade em esperar pela sua vez de participar ou falar, tornando as atividades que envolvam compartilhar ou cooperar com os colegas praticamente impossíveis, pois a impulsividade dessas crianças sobrepuja as necessidades do grupo (García, 2001)

A criação de hábitos é especialmente importante para crianças com PHDA, ajudando a «acalmar» temporariamente a impulsividade, auxiliando a criança a antecipar as próximas atividades e a lembrar os horários (Selikowitz, 2009, p. 49).

O déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade são condições psicopatológicas frequentemente encontradas em crianças e adolescentes. Estas perturbações têm impacto significativo no funcionamento global desses indivíduos, afetando áreas como desempenho acadêmico, relacionamentos interpessoais e bem-estar emocional. Diante deste contexto, o prontuário terapêutico desempenha um papel crucial no tratamento e acompanhamento destes casos, fornecendo informações essenciais sobre a avaliação diagnóstica, estratégias de intervenção, resposta ao tratamento e ajustes terapêuticos necessários. Assim, a integração desses transtornos no prontuário terapêutico é fundamental para uma abordagem terapêutica individualizada, visando melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

6. Prontuário terapêutico

O prontuário terapêutico é uma iniciativa conjunta do Infarmed e de um grupo respeitável de médicos e farmacêuticos. Consiste numa base de dados que fornece informações confiáveis aos profissionais de saúde (e população em geral) sobre os medicamentos disponíveis no mercado, incluindo a ficha técnica de cada um, que abrange as indicações, as reações adversas, as contraindicações e as precauções relacionadas ao uso do fármaco em questão.

Neste contexto, serão discutidos os fármacos indicados para o tratamento da perturbação em estudo, juntamente com informações sobre a dosagem, as precauções e as contraindicações. No entanto, é importante, numa primeira fase, distinguir os termos “fármacos” de “psicofármacos” para que a análise de cada medicamento seja conduzida de forma consciente e alinhada com a intenção desta pesquisa.

O termo “fármaco” refere-se a qualquer “substância química de estrutura conhecida que em contacto com o organismo leva a alterações das funções biológicas dos seres vivos” (Rang et al., 2011, citado por Simões, 2013, p. 11). Segundo Simões (2013), conforme explicado por LaMattina & Golan (2009), essas substâncias causam essas alterações no sistema nervoso por meio da interação com macromoléculas chamadas de recetores. Além dos fármacos endógenos (produzidos pelo próprio organismo), estes podem ter origem natural, como animal, vegetal e mineral, ou serem sintéticos. O percurso dos fármacos é dividido em três fases: biofarmacêutica (processos desde a administração do medicamento até à sua absorção, farmacodinâmica (fase em que os fármacos interagem com o seu alvo no local de ação) e farmacocinética (ação do organismo sobre o fármaco, incluindo a absorção, a distribuição, o metabolismo e a excreção) (Simões, 2013, p. 12-13).

Já os psicofármacos são medicamentos que produzem alterações seletivas no sistema nervoso central (SNC) dos indivíduos que os utilizam, com o objetivo de tratar doenças de natureza psíquica, afetando as funções mentais e emocionais (Gomez, 2018, p. 15). Conforme pesquisas realizadas por Cintra et al. (2019), os psicofármacos são classificados em vários tipos, de acordo com as suas funções, como sedativos, ansiolíticos, antipsicóticos e antagonistas da serotonina. Os psicofármacos têm como principal função melhorar o humor e o comportamento, mas quando são usados de forma inadequada podem causar efeitos colaterais, como dependência química, física e/ou psicológica. Assim como qualquer medicamento, o uso prolongado de psicofármacos

pode levar à dependência, além de causar efeitos colaterais graves, como “diminuição da atividade psicomotora, prejuízo da memória, provocar demência em longo prazo e constituir um fator de risco para quedas nos idosos” (Gomez, 2018, p.16).

Em resumo, a principal diferença entre estes dois conceitos reside na sua utilização: enquanto os fármacos são usados para tratar várias patologias no organismo em geral, os psicofármacos são desenvolvidos para tratar doenças mais específicas na área da psiquiatria.

De entre os medicamentos mais prevalentes, merece destaque a categoria dos neurolépticos, a qual é caracterizada por apresentar uma considerável heterogeneidade em termos de composição química, porém compartilhando um mecanismo de ação comum (Infarmed, 2002, p. 3). Eles atuam através do bloqueio de “recetores dopaminérgicos cerebrais D2, apesar de muitos deles actuarem sobre os receptores de outros neurotransmissores (noradrenalina, serotonina e acetilcolina)” (Infarmed, 2002, p. 3). Os recetores dopaminérgicos são neurónios responsáveis pela produção de dopamina, que desempenha um papel importante no controlo de atividades motoras, funções endócrinas, compensação e emotividade, além de desempenhar um papel crucial na memória e cognição (Estevinho & Soares-Fortunato, 2003). A dopamina desempenha um papel crucial no controlo de motilidade, dos mecanismos de recompensa, das emoções e das funções cognitivas e endócrinas, conforme mencionado por Estevinho & Soares-Fortunato (2003) na Revista Portuguesa de Psicosomática. Em resumo, a dopamina está intimamente envolvida na motivação e, portanto, está associada à PHDA, desempenhando igualmente outros papéis, como a regulação da “memória de trabalho, atenção sustentada e ponderação nas ações interpessoais” (Almeida, 2016, p. 14). Além disso, a dopamina molda as funções hormonais, sendo que “tanto a inibição como a estimulação dependem dos recetores da dopamina e de sistemas mensageiros secundários” (Almeida, 2016, p. 14).

A serotonina (5-HT) “desempenha um importante papel no sistema nervoso, com diversas funções, como a libertação de hormônios, regulação do sono, temperatura corporal (...)” (Feijó et al., 2010, p. 75). Como neurotransmissor, a 5-HT está envolvida na regulação do “humor, o sono, a atividade sexual, o apetite, o ritmo circadiano, as funções neuroendócrinas, a temperatura corporal, a sensibilidade à dor, a atividade motora e as funções cognitivas” (Feijó et al., 2010, p 75). Baixos níveis de síntese de 5-HT têm sido associados a índices mais elevados de agressão e impulsividade (Mette et al., 2013, citado por almeida, 2016, p.18). Almeida (2016) conclui que há um

comprometimento da atividade noradrenérgica frontocotical e uma inibição marcada da dopamina e noradrenalina nas estruturas estriatais.

Por último, os psicotrópicos são substância que atuam no SNC, alterando o comportamento, o humor e a cognição do indivíduo, de acordo com Leiria (2018). A sua função é estimular a libertação adicional de neurotransmissores, causando sensações de bem-estar e prazer, e por este motivo são utilizados para tratar doenças como a ansiedade, a depressão e a agitação (Leiria, 2018, p. 10).

As três perturbações incluídas no PHDA descritas anteriormente são passíveis de tratamento, no entanto, requerem observação e acompanhamento por parte de um profissional de saúde, como um terapeuta, um psicólogo, ou mesmo, um psiquiatra. As avaliações necessárias para o diagnóstico incluem a avaliação médica, a avaliação do desenvolvimento e a avaliação educacional. A avaliação médica tem como objetivo identificar condições tratáveis “que possam contribuir potencialmente (...) ou identificar sinais e sintomas que possam piorar [situações].” (Sulkes, 2020). Essa avaliação baseia-se no histórico do indivíduo, desde o período pré-natal até ao seu nascimento, e continua durante o crescimento, sendo que um diagnóstico precoce facilita o tratamento e reduz os obstáculos para o indivíduo. A avaliação do desenvolvimento concentra-se na determinação do início e evolução dos sinais e sintomas, incluindo a verificação de marcos de desenvolvimento, especialmente marcos de linguagem, e o uso de escalas de avaliação específicas (Sulkes, 2020). Por fim, a avaliação educacional “documenta sinais e sintomas centrais que possam envolver a revisão de registos educacionais e o uso de escalas de avaliação (...)”, embora essas escalas não possam distinguir as perturbações específicas relacionadas ao PHDA de outras perturbações (Sulkes, 2020).

Assim, o tratamento destas perturbações baseia-se principalmente na utilização de fármacos, visto que se acredita que sejam mais eficazes do que as terapias comportamentais, apesar da relutância de vários especialistas em relação ao seu uso a longo prazo devido à falta de conhecimento sobre os benefícios neste contexto, uma vez que a maioria das pesquisas disponibiliza dados apenas sobre os tratamentos de curto prazo (García, 2001).

Por outro lado, muitos especialistas recomendam entusiasticamente o uso de fármacos para o controlo e tratamento desta perturbação, pois veem-na como uma “desordem bioquímica e neurobiológica” (Hallowell e Ratey, 1994, citado por Sosin & Sosin, 2006, p. 86). A relutância dos pais em administrar medicação em crianças de tenra idade por ser atribuída ao facto de que essa condição não é visível em radiografias ou

análises ao sangue (Sosin & Sosin, 2006, p. 87). Além disso, a relutância pode ser influenciada pela excessiva informação (ou desinformação) transmitida pela mídia, que tende a gerar controvérsias com base no princípio de cativar os leitores ou telespectadores (Sosin & Sosin, 2006, p. 87).

Parafrazeando Sosin & Sosin (2006, p. 88), a orientação e a medicação são complementares, pois a medicação reduz os comportamentos hiperativos e irritativos, tornando os pacientes mais recetivos à orientação. Os autores ressaltam que a medicação não atua sozinha, mas contribui para a eficácia do afeto, da atenção e da dedicação em relação ao paciente/aluno/filho.

Os especialistas reconhecem que cada pessoa é única e a resposta ao medicamento varia de indivíduo para indivíduo. Segundo Sosin & Sosin (2006), os fármacos mais comumente utilizados podem ser classificados por dois tipos:

- a) **Fármacos estimulantes:** proporcionam um efeito prolongado ao longo do dia, evitando que a criança precise de sair da sala de aula para receber uma dose adicional. Os efeitos secundários mais comuns desses fármacos são as insónias, as perdas de apetite e a sensação de cansaço (Sosin & Sosin, 2006, p. 90). Os estimulantes mais amplamente aprovados pelos especialistas são os sais de metilfenidato, conhecidos como Ritalina ou Concerta, e as anfetaminas, sendo a dosagem adequada determinada pela gravidade do comportamento e, principalmente, pela tolerância ao medicamento.

- ***Tratamento com Fármacos Estimulantes***

Fármaco	Dosagens recomendadas para crianças	Recomendações
Metilfenidato (Ritalina ou Concerta)	2,5 a 5 mg/kg	Toma de duas vezes ao dia por via oral e, se necessário, aumentar para 3 vezes por dia
Atomoxetina	0,5 a 1,2 mg/dia	Toma de apenas uma vez ao dia

Tabela 2 De acordo com Stefan Brian Sulkes (2020)

O fármaco metilfenidato é amplamente utilizado no tratamento da PHDA e está disponível no mercado sob os nomes de *Ritalina LA*, *Concerta* ou *Rubifen*. De acordo

com o Prontuário Terapêutico da Infarmed, este medicamento é prescrito para o tratamento da PHDA ou da narcolepsia, com uma dose inicial de 2,5 a 5 mg/dia, administrada duas vezes ao dia, para crianças com menos de 6 anos, e 5 a 10 mg/dia, também administrada em duas doses, no caso de ser receitado para crianças de 6 anos ou mais. No entanto, a dosagem pode ser individualmente ajustada de acordo com a resposta do indivíduo ao longo do tratamento. É importante ressaltar que esse medicamento deve ser utilizado sob total supervisão médica rigorosa, uma vez que pode causar dependência, e os efeitos adversos relatados pelos pacientes incluem náuseas e vômitos, cefaleias, palpitações, hipertensão, psicose, entre outros (Prontuário Terapêutico do Infarmed, s.d.).

Por outro lado, a atomoxetina é um medicamento inibidor seletivo do transportador pré-sináptico da noradrenalina, que não afeta os transportadores da 5-HT ou da dopamina. Este medicamento é prescrito exclusivamente para o tratamento da PHDA em crianças a partir dos 6 anos de idade. A dose inicial recomendada é de 0,5 mg/dia, mantida por um período de 7 dias e, posteriormente, pode ser aumentada para 1,2 mg/dia, dependendo da tolerabilidade do paciente. Entre as reações adversas relatadas estão as reações alérgicas, o aumento da pressão arterial, o aumento da frequência cardíaca, o edema angioneurótico, entre outras (Prontuário Terapêutico da Infarmed, s.d.).

Uma vez que a dosagem esteja estabilizada de acordo com o nível de perturbação do indivíduo, é recomendada a utilização de uma forma de longa duração do medicamento, a fim de evitar a necessidade de administração do fármaco durante o período escolar (Sulkes, 2020).

- b) Fármaco não estimulantes:** referem-se a um grupo de substâncias químicas que não possuem propriedades estimulantes significativas sobre o SNC. Esses medicamentos são usados principalmente para tratar condições que não requerem estimulação direta do SNC, como alterações de humor, de ansiedade, de PHDA, entre outros.
- Os fármacos não estimulantes são projetados para modular a função neuroquímica no cérebro, sem causar uma resposta de estimulação direta do SNC. Estes fármacos atuam por meio de mecanismos de ação específicos, como a regulação dos neurotransmissores, a modulação dos recetores ou a alteração do equilíbrio químico no cérebro, com o objetivo de melhorar certos sintomas ou restabelecer o equilíbrio neuroquímico alterado.

- *Tratamento com Fármacos não Estimulantes*

Fármaco	Dosagens recomendadas para crianças	Recomendações
Atomoxetina	0,5 mg/kg	Toma de uma vez ao dia por via oral
Clomipramina	10 mg/Kg	Toma de uma vez ao dia, ao deitar, por via oral
Fluvoxamina	50 mg/dia	Toma de uma vez ao dia, ao deitar, por via oral
fluoxetina	20 mg/dia	Toma de uma vez ao dia, ao deitar, por via oral. Deverá ser ajustado lentamente até 60 mg/dia

Tabela 3 De acordo com Stefan Brian Sulkes. (2020)

O tratamento do PHDA com impulsividade envolve uma abordagem que combina a farmacoterapia, a terapia comportamental e a terapia familiar. De entre essas modalidades, a farmacoterapia é considerada a mais eficaz, uma vez que contribui para a redução da ansiedade do paciente e melhora o funcionamento familiar.

No tratamento farmacológico, é recomendado o uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos por profissionais de saúde no contexto educacional. No entanto, é importante ressaltar que esses medicamentos não devem ser prescritos como forma de tratamento isolado, mas sim como um auxílio na modificação comportamental. A Atomoxetina, por exemplo, é “um inibidor seletivo da recaptção da noradrenalina” (Sulkes, 2020) que apresenta eficácia no tratamento do PHDA. No entanto, há alguma resistência por parte dos profissionais de saúde devido às suas contraindicações, tais como náuseas, boca seca, irritabilidade, pensamentos suicidas e falta de toxicidade hepática. Já os antidepressivos, como a bupropiona, também são utilizados nesse contexto.

Os ISRS, como a clomipramina, a fluvoxamina e a fluoxetina, são prescritos por profissionais de saúde para ajudar no controle de impulsos considerados hiperativos e/ou compulsivos (Macedo & Pocinho, 2000). Esses fármacos diferem dos tricíclicos e de outros medicamentos semelhantes por não apresentarem afinidade significativa com quaisquer recetores e transportadores de noradrenalina (Prontuário Terapêutico, s.d.), o que permite controlar os impulsos e os comportamentos que afetam a atenção do aluno por um determinado período.

No que diz respeito ao diagnóstico da PHDA, é recomendado que seja realizado precocemente por meio de um processo de avaliação que informe ao médico especialista

sobre a existência ou não de uma “disfuncionalidade frontal-subcortical [devido a] (...) irregularidades no transportador de dopamina que conduzem a uma reduzida neurotransmissão” (Biederman & Faraone, 2005, citado por Horácio & Fialho, 2016). Nesse sentido, é importante evitar o uso de psicofármacos que tenham como objetivo regular a atividade metabólica dos sistemas catecolaminérgicos e serotoninérgicos (Tramonstana et al., 2009, citado por Horácio & Fialho, 2016, p. 95).

A comunicação entre os neurónios ocorre por meio de um processo chamado neurotransmissão, no qual os neurónios utilizam neurotransmissores como mensageiros químicos para transmitir informações para outras células do corpo. Durante a neurotransmissão, uma descarga elétrica é iniciada quando a atividade elétrica se aproxima do final do neurónio, desencadeando a liberação de vesículas que contêm neurotransmissores na sinapse, explica Pimenta (2018 ^(b)). A este processo intitula-se neurotransmissão. Esses neurotransmissores, então, movem-se através do espaço sináptico em direção às células vizinhas, afetando a sua atividade (Pimenta, 2018 ^(b)).

Existem três categorias principais de neurotransmissores:

1. Neurotransmissor excitatório: estimula a célula-alvo através de uma descarga elétrica, sendo responsável pelos movimentos realizados pelo corpo.
2. Neurotransmissor inibidor: é responsável por inibir algumas ações do corpo que são essenciais para a vitalidade (por exemplo, o batimento cardíaco).
3. Neurotransmissor modulador: tem a capacidade de afetar simultaneamente todos os neurónios, desempenhando um papel na regulação dos efeitos dos outros neurónios e possibilitando uma maior rapidez na transmissão dos sinais pelos neurónios recetores.

Os fármacos utilizados no tratamento da PHDA afetam o SNC de maneira semelhante à sua ação nos neurónios, e a sua rápida eficácia é atribuída ao processo de neurotransmissão. Conforme mencionado por Horácio & Fialho (2016), os psicoestimulantes têm a capacidade de modificar o comportamento, especialmente as funções motoras e psicomotoras, reduzindo a hiperatividade, a impulsividade e a agressividade, ao mesmo tempo em que melhoram os níveis de atenção, de memória e reduzem a distração. Os psicoestimulantes são “drogas psicoativas que induzem

alterações nas funções físicas e mentais” (Costa, s.d., p. 23). No entanto, esses tratamentos podem ser insuficientes para controlar os comportamentos impulsivos e, por vezes, inconscientes, em crianças. Portanto, é importante abordar o controle do comportamento por meio de mudanças nos fatores e variáveis ambientais, conforme mencionado por Carreiro (2016, p. 24). Nas terapias comportamentais, conforme parafraseado de Freud (1985/86), os estímulos externos (como o ambiente familiar e escolar) e os estímulos internos (o próprio indivíduo) geram energia para que a criança responda ao ambiente ao seu redor. Esse processo exige um esforço que não dependa apenas da energia interna do indivíduo (Qn endógena), conforme mencionado por Freud (1985/86, citado por Barreiros, 2016, p. 68), uma vez que o indivíduo enfrenta as exigências da vida.

Ao integrar informações clínicas e pedagógicas pertinentes, o prontuário terapêutico fornece um recurso valioso para a formação e capacitação dos professores, permitindo-lhes compreender as necessidades específicas dos alunos atendidos por perturbações e adaptadas suas práticas pedagógicas de acordo. Essa integração contribui para uma abordagem inclusiva e diferenciada, promovendo a equidade e a eficácia do ensino, bem como o desenvolvimento integral dos alunos. Além disso, o prontuário terapêutico serve como um canal de comunicação efetivo entre os profissionais de saúde e os educadores.

7. A formação de professores no âmbito das perturbações na sala de aula

Ao examinar o currículo para a formação de professores ao longo dos últimos dois séculos, constata-se que a política desempenhou um papel significativo tanto nos programas de formação quanto nas salas de aula. Esses elementos políticos contribuíram para a extensão da escolaridade obrigatória para 12 anos, conforme estabelecido atualmente na Constituição Portuguesa. De acordo com Nóvoa (2019), essa contribuição está associada à democratização do ensino e à formulação de políticas públicas de educação que educacionais que promoveram a atualização dos métodos e instrumentos de ensino por meio da sua divulgação em revistas, em livros e em artigos. Essas atualizações abriram caminho para uma maior conexão e atenção da sociedade em relação ao trabalho realizado nas escolas. No entanto, essas medidas foram consideradas “insuficientes para atender aos desafios do desenvolvimento profissional docente” (Nóvoa, 2019, p. 202) tornando-se necessário afirmar a docência como uma “uma profissão baseada no conhecimento” (Nóvoa, 2019, p. 202), equiparando-a às profissões médica e jurídica, uma vez que se trata de uma profissão exigente que requer uma sólida formação universitária.

A formação académica de um professor pode ser dividida em três áreas fundamentais: o estudo cognitivo, o estudo prático e o estudo moral” (Shulman, 2005, citado por Nóvoa, 2017, p. 1114). O estudo cognitivo envolve o desenvolvimento de habilidades de pensamento e de reflexão necessárias para agir como um profissional. O estudo prático abrange a aquisição de competências e de capacidades necessárias para atuar como um profissional em contexto educacional. Já o estudo moral diz respeito à formação de uma consciência ética e responsável no exercício da profissão docente.

Esta trilogia constitui a base de qualquer formação docente, uma vez que a profissão se envolve e continuará a envolver-se com pessoas, resultando num ambiente de trabalho imprevisível e incerto, que exige prontidão de resposta e solução. Nesse sentido, é necessário repensar a profissionalidade docente e fortalecê-la, uma vez que esse período é crucial para o crescimento e para a construção da identidade profissional dos professores (Nóvoa, 2019, p. 199) Em suma, é essencial repensar e reorganizar os currículos de formação docente, considerando “o percurso do licenciando como um processo progressivo de aquisição de uma dimensão profissional” (Nóvoa, 2019, p. 200).

No contexto da formação de professores e da profissão docente, Sampaio Nóvoa (2019) destaca que o silêncio tem sido o principal obstáculo para a modificação dos currículos de formação de professores no ensino superior nas últimas décadas. Nóvoa (2019) atribui esse silêncio, em primeiro lugar, às próprias instituições, que consideram a entrega do diploma como um sinal de aprovação do estudante. Em segundo lugar, atribui-se o silêncio ao Ministério da Educação, pela sua incapacidade de definir critérios para a seleção de candidatos ao magistério, acesso à profissão e acompanhamento dos jovens professores nas instituições de ensino (Nóvoa, 2019, p 200). Por fim, o terceiro silêncio refere-se à própria profissão docente, pois, como Nóvoa (2019) ressalva, os professores mais experientes deviam assumir a responsabilidade de orientar e auxiliar os menos experientes, integrando esses jovens professores não apenas em termos de conhecimento e prática, mas também como parte da profissão em si (Nóvoa, 2019, p. 201).

Diante desses três silêncios, surge a seguinte questão: *Quais mudanças são necessárias nas instituições para contribuir de forma positiva para os seus estudantes, auxiliando-os na construção de conhecimentos e de bases sólidas?* Primeiramente, é essencial encontrar um equilíbrio entre o ambiente universitário, que é um ambiente de pesquisa, e o ambiente escolar, que permite fortalecer a profissionalidade docente tanto a nível individual quanto a nível coletivo (Nóvoa, 2019, p. 202). Em segundo lugar, é importante superar a fragmentação das instituições em diferentes disciplinas (Matemática, Ciências, História, Português, etc.), procurando uma formação mais integrada que promova a conexão entre elas. A distância entre a universidade e a escola dificulta o trabalho colaborativo entre professores e professores estagiários. Por último, é necessário valorizar as atividades essenciais para a formação de professores, enfatizando os conteúdos que sejam relevantes e úteis para a sua prática profissional (Nóvoa, 2019, p. 202).

Em conclusão, é necessário criar “uma «casa comum da formação e da profissão», um novo ambiente institucional e pedagógico para a formação profissional docente” (Nóvoa, 2019, p. 203), fortalecendo o seu papel como profissional e fornecendo auxílio aos professores mais jovens, promovendo, assim, o desenvolvimento da formação e profissão docente.

Na senda de Rui Carreteiro (2016), é fundamental reforçar e implementar estratégias que promovam a mudança de comportamentos, tornando-os modelos socialmente aceitáveis e alinhados ao contexto em que estão inseridos. Algumas

sugestões compartilhadas por Carreteiro (2016) baseiam-se na atribuição de recompensas, que podem ser tangíveis ou intangíveis, como os elogios ou os gestos de carinho, para reforçar comportamentos positivos nas crianças. Além disso, estabelecer um "contrato comportamental" que estabeleça limites claros e demonstre as consequências de ultrapassá-los pode ser uma estratégia eficaz. Carreteiro (2016) destaca, ainda, a importância do grupo/turma e, principalmente, da família no processo de redução ou correção de comportamentos inadequados, enfatizando a participação de ambos na melhoria do comportamento da criança. Na sala de aula, o professor desempenha um papel fundamental na implementação de estratégias e atividades motivadoras que envolvam e desenvolvam a atenção, a concentração e o autocontrole dos alunos, por meio de exercícios de raciocínio lógico, do preenchimento de lacunas nas frases, de quebra-cabeças, da identificação de diferenças em desenhos, entre outras (Carreteiro, 2016).

Essas estratégias são apresentadas ao longo da formação acadêmica do professor, proporcionando-lhe um modelo a ser replicado e adaptado de acordo com as dificuldades específicas de cada criança. Para tal, o professor deve, inicialmente,

distanciar-se, deve observar e conhecer para que depois possa, perante as circunstâncias, (re)adaptar, (re)ajustar, (re)construir um ambiente mais favorável, mais aprazível para cada criança e em cada momento concreto. O educador [professor] deve mobilizar as condições necessárias para que o ambiente seja propício ao envolvimento, implicação, bem-estar da criança e conseqüente desenvolvimento das capacidades desta, ao mesmo tempo que se traduz num momento de descobertas prazerosas, certamente. (Calheiros & Piscalho, 2013, p. 262)

No entanto, por que razão existe uma vasta população docente com dificuldade em adaptar as estratégias e em organizar a sala de aula de forma a permitir um maior envolvimento das crianças diagnosticadas com a perturbação em estudo?

A fim de encontrar respostas a esta questão, é necessário, em primeiro lugar, compreender que ser professor é uma tarefa exigente e rigorosa, caracterizada como “um desafio em constante construção” (Calheiros & Piscalho, 2013, p.263). Em seguida, é preciso analisar a formação de professores atualmente em vigor, reconhecendo que, apesar do mundo digital em que vivemos, os modelos tradicionais não devem ser descartados. Ser professor vai além do conhecimento das últimas técnicas e tecnologias, exigindo fidelidade a um compromisso ético e moral (Nóvoa, 2017, p. 1122), a fim de apoiar os alunos, especialmente aqueles com maiores dificuldades, e agir prontamente em situações imprevisíveis.

De acordo com Lopes & Silva (2020), a avaliação é o cerne de todo o processo de aprendizagem, e a postura do professor em relação aos alunos faz toda a diferença nos resultados que eles obtêm, pois “quando a relação professor-aluno assenta numa relação de apoio, de entreaajuda à aprendizagem, a forma de reunir informação sobre a aprendizagem é encarada de uma outra perspetiva muito diferente” (Lopes & Silva, 2020, p. VIII). Segundo Casanova (2015), a relação positiva entre professor e aluno é a chave para despertar a motivação do aluno, incentivando-o a fazer esforços para se superar e alcançar as metas estabelecidas. Cosme et al. (2020) afirmam que a avaliação permite medir e controlar o desempenho das aprendizagens de cada aluno, com o objetivo de garantir a igualdade de oportunidades no processo de aprendizagem, e é necessário considerar que, segundo Gouveia, “não faz sentido verificar-se a situação sem se passar à ação de correção” (2005, p. 79).

Portanto, qualquer método avaliativo utilizado pelo professor deve estar centrado exclusivamente no aluno, visando melhorar as suas aprendizagens e superar as dificuldades, adquirindo gradualmente os conhecimentos necessários para avançar para a próxima etapa de desenvolvimento de competências. A avaliação também possibilita compreender e melhorar o “desempenho, e também desenvolver um sistema de ensino mais justo” (Cosme et al, 2020, p. 9). Para o professor, avaliar é uma estratégia de verificar o nível de compreensão do aluno sobre um determinado conteúdo ou conjunto de conteúdos/aprendizagens previamente abordados e estudados em sala de aula. Para o aluno, a avaliação informa sobre a qualidade do seu trabalho, permitindo que ele se situe em relação aos colegas, avalie o esforço necessário e se oriente para o futuro (Gouveia, 2005). Essa avaliação possibilita que o aluno compreenda que seu esforço resulta em constante melhoria, sendo um instrumento e um meio efetivo de transformação, capazes de induzir mudanças em todas as dimensões do sistema educacional (Cosme, 2020).

Quando o professor se depara com um caso de uma criança com dificuldades significativas de atenção, agravadas pela hiperatividade constante, ele tem uma tarefa importante a desempenhar: adaptar o currículo e os processos de avaliação, garantindo que o aluno com PHDA seja avaliado com base no que realmente sabe, sem que a sua capacidade de atenção o prejudique. Durante as provas, o professor pode estender o tempo, evitando colocar a criança numa situação extremamente ansiosa, que poderia agravar a hiperatividade e dispersar o foco de atenção, já que “as crianças com PHDA ficam facilmente frustradas e reagem mal ao stress dos testes” (Selikowitz, 2009, p.183). O papel do professor torna-se ainda mais importante ao mostrar-se disponível para

esclarecer dúvidas e prestar atenção a esse aspeto, pois essas crianças raramente pedem ajuda, e “é sempre conveniente verificar se a criança percebeu a instrução dada antes de iniciar a tarefa” (Selikowitz, 2009, p. 182). Às vezes, é necessário que o professor repita várias vezes o que foi solicitado, agindo com simpatia e calma. As perguntas devem ser curtas e claras, mas se isso não for possível, é recomendável dividir a questão em pequenas partes, distribuídas preferencialmente separadamente. Um exemplo prático e simples é uma tarefa de pegar a mochila, retirar o manual de português, o estojo e o caderno e colocá-los na mesa. Uma criança sem diagnóstico de PHDA faria isso sem problemas, mas uma criança diagnosticada poderia avançar várias etapas ou realizar apenas a primeira. O primeiro passo é captar a atenção da criança. Às vezes, o professor precisa de se posicionar de frente para o aluno e, se necessário, tocá-lo para garantir que está a ouvir. Em seguida, o professor deve pedir que a criança pegue a mochila e, somente quando essa tarefa estiver concluída, iniciar a segunda etapa, que consiste em tirar o manual de português e colocá-lo na mesa. Em seguida, pedir que retire o caderno e o coloque na mesa, e assim por diante, permitindo que a criança se mantenha organizada, já que essa habilidade é considerada uma dificuldade (Carreteiro, 2016).

A própria sala de aula também precisa de passar por alterações para receber essas crianças, e o papel do professor deve ser adaptado às necessidades individuais de cada criança. É de extrema importância criar um ambiente de aprendizagem calmo e seguro, e a criança deve ser posicionada preferencialmente na primeira fila, ou seja, próxima da mesa do professor, a fim de receber atenção extra e afastar-se das distrações da restante turma. Destaca-se ainda mais a importância do bem-estar e do envolvimento desses alunos, que estão intrinsecamente ligados à vida da criança e refletem o impacto que tudo ao seu redor tem nas suas experiências (Calheiros & Piscalho, 2013, p. 258), para que desenvolvam comportamentos baseados em resiliência, autoconfiança e, principalmente, autoestima.

A formação de professores no âmbito das perturbações na sala de aula está intrinsecamente ligada ao trabalho cooperativo entre os professores, a equipa multimodal e os pais. Essa abordagem colaborativa promove uma visão holística do aluno, considerando as suas necessidades individuais e proporcionando um ambiente de aprendizagem inclusivo. Através da partilha de conhecimentos, de experiências e de recursos, os professores podem desenvolver estratégias pedagógicas eficazes e adaptadas às necessidades dos alunos com perturbações, garantindo a sua participação ativa e o seu progresso académico. Além disso, a colaboração com a equipa multimodal, composta por

profissionais de diferentes áreas disciplinares, contribui para uma intervenção mais abrangente e especializada. O envolvimento dos pais nesse processo é igualmente essencial, pois possuem um conhecimento profundo do seu filho e podem fornecer informações valiosas para apoiar a sua educação e bem-estar. Através dessa cooperação entre professores, equipa multimodal e pais, é possível criar um ambiente educativo inclusivo e propício ao sucesso académico e social dos alunos com perturbações.

8. Trabalho cooperativo entre professores, a equipa multimodal e os pais

Ao longo da fundamentação teórica anteriormente apresentada, foram identificados inúmeros aspetos relacionados com a formação de professores e a sua relação com cada uma das perturbações mais comumente diagnosticadas em crianças com idades compreendidas entre 6 e 9 anos.

Em todos os pontos abordados, é enfatizada a importância de fomentar uma colaboração efetiva, na qual as relações de poder e os papéis dos participantes desempenham um papel fundamental, como salientado por Carrilho (2011). Além disso, o autor destaca a importância do trabalho colaborativo, no qual a participação “envolve negociação cuidada, tomada conjunta de decisões, comunicação efectiva, e aprendizagem mútua (...)” (p. 40). Em suma, essa abordagem facilita a aprendizagem, sem negligenciar as contribuições individuais de cada membro.

A integração de crianças que necessitam de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão levou à reformulação do sistema educativo em Portugal, procurando responder de forma qualitativa a todas as necessidades. A educação inclusiva procura alinhar-se com o “princípio de igualdade de oportunidades educativas e sociais a todos os alunos” (Lopes, 2016, p. 14) e, para que isso seja colocado em prática, é necessário facultar formação adequada aos professores titulares das turmas que recebem esses alunos, capacitando-os para ensinar e adaptar os conteúdos a esses estudantes. Isso visa defender a “igualdade de oportunidades, e o inalienável direito à educação, intensificando a criação de classes regulares como resposta preferencial para todas as crianças” (Lopes, 2016, pp. 18-19).

Nesse sentido, as escolas possuem autonomia para promover e implementar medidas que visem alcançar o sucesso escolar destes jovens, tais como oferecer um apoio mais individualizado e acompanhado para lidar com as dificuldades específicas apresentadas ou criar estratégias de trabalho em colaboração com o professor responsável pela turma. Além da autonomia concedida às instituições de ensino, é fundamental que o professor possua uma sólida base de conhecimento para auxiliar esses alunos. Dessa forma, a formação deve incentivar os docentes a “participar ativamente na inovação educacional e na melhoria da qualidade da educação e do ensino; adquirir novas competências relativas à especialização exigida pela diferenciação e modernização do sistema educativo” (Lopes, 2016, p.73). Concluindo, o professor deve possuir, além do

conhecimento científico e amplo para sua prática, a criatividade e um alto grau de sensibilidade para desempenhar adequadamente o seu papel como mediador e facilitador (Barkley, 2008, citado por Lopes, 2016). De acordo com Simão (2013, p. 63), o professor deve adotar uma abordagem mais proativa do que reativa, envolvendo todos os alunos nas atividades de ensino, monitorizando tanto o trabalho realizado quanto o comportamento dos estudantes.

No contexto familiar, os pais desempenham um papel crucial na mitigação e atenuação das dificuldades educacionais enfrentadas pelos filhos. A família desempenha um papel primordial no processo de desenvolvimento humano, sendo as relações familiares responsáveis por exercer uma influência significativa na saúde mental das crianças. Para tal, é recomendável que os progenitores adotem estratégias visando incentivar comportamentos positivos nos seus filhos, evitando a focalização exclusiva nos comportamentos negativos. A família deve estar preparada para lidar com situações imprevistas, orientando as crianças no desenvolvimento das habilidades de autorregulação essenciais para as suas vidas, especialmente quando estão em situações de autonomia. A intervenção farmacológica nos casos em que os défices são mais acentuados é tão importante quanto o desenvolvimento da autorregulação e do autocontrole. Esses medicamentos têm o propósito de controlar e aliviar sintomas específicos da perturbação, como a agitação, a falta de atenção e, em alguns casos, a impulsividade. Nesse sentido, os pais devem seguir corretamente a administração adequada da medicação.

A equipa multimodal responsável pelo acompanhamento dessas crianças no percurso escolar tem como objetivo avaliar as necessidades físicas, cognitivas e sensoriais: “o profissional avalia a receptividade do indivíduo quanto à modificação ou uso da adaptação, a sua condição sociocultural e as características físicas do ambiente em que será utilizada” (Pelosi & Nunes, 2011, p. 53). Os psicólogos educacionais desempenham um papel crucial no acompanhamento dessas crianças, em conjunto com os pais, que além de serem os responsáveis legais, tomam decisões em benefício das crianças, e os professores, que as acompanham diariamente nas salas de aula, implementam estratégias de intervenção e coordenando o processo (Oliveira & Pereira, 2021, p. 103). Após a obtenção da autorização dos pais para a implementação de medidas adicionais, a equipa multidisciplinar elabora um plano de tratamento individualizado e implementa o apoio psicopedagógico, as adaptações no processo de avaliação e garante “a implementação de técnicas de gestão comportamental e estratégias educativas” (Oliveira & Pereira, 2021, p. 114).

2. Componente prática

1. Desenvolver uma ação de formação

A formação contínua refere-se à promoção de ferramentas de aprendizagem e de desenvolvimento especializado, preparando o indivíduo para desempenhar eficientemente uma determinada tarefa atribuída (McGehee & Thayer, 1961, citado por Alves, 2009, p. 8). O termo «**formação**» tem como objetivo desenvolver um método ou uma estratégia que facilite a aquisição de conhecimento e a sua inclusão no processo de ensino pelos professores (Alves, 2009). A formação “é um esforço planeado pela organização para facilitar a aprendizagem de comportamentos relacionados com o trabalho por parte dos seus colaboradores” (Wexley, 1984, citado por Alves, 2009, p. 11). Desta forma, Chiavenato (2005) afirma que a contínua formação a formação contínua é baseada no desenvolvimento de competências, tornando-as mais produtivas, criativas e inovadoras, contribuindo para o alcance dos objetivos estabelecidos.

A formação contínua é uma experiência de aprendizagem concebida “com o propósito de provocar uma mudança permanente no conhecimento, atitudes ou competências dos indivíduos” (Campbell et al., 1970, citado por Alves, 2009, p. 12), capacitando-os para o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Em conformidade com o Decreto-Lei nº 95/97 de 23 de abril, a formação especializada dos professores envolve a “aquisição de competências e de conhecimentos científicos, pedagógicos e técnicos, bem como no desenvolvimento de capacidades e atitudes de análise crítica, de inovação e de investigação em domínio específico das ciências da educação” (Decreto-Lei nº 95/97).

Para que este processo de formação alcance o sucesso desejado, deverá ser baseado em três grandes etapas: *Diagnóstico*, *Intervenção* e *Avaliação* (Ferreira et al., 2011, citado por Alves, 2009, p.14). A primeira fase – *Diagnóstico* – visa identificar algumas lacunas que possam comprometer o sucesso da formação. A seguinte fase – *Intervenção* – refere-se ao desenvolvimento da formação e aos conteúdos abordados ao longo da mesma. Por último, – *Avaliação* – reconhece o alcance dos objetivos definidos, identificando falhas e acertos a ser modificados numa próxima formação ou numa segunda fase.

Este modelo de formação possibilita ao docente adquirir competências e conhecimentos científicos, pedagógicos e técnicos, fortalecendo as suas habilidades e capacidades de análise crítica, tornando-os capazes de inovar e investigar as variadas

especificidades no âmbito das Ciências da Educação. Portanto, é essencial enfatizar a necessidade de potencializar os recursos internos das entidades formadoras e das próprias escolas na produção de respostas formativas de qualidade, com base nas prioridades identificadas, como referido no Decreto-Lei nº 29 (p.1286),

há que potenciar os recursos endógenos das entidades formadoras e das próprias escolas na produção de respostas formativas de qualidade tendo por base as prioridades formativas identificadas”, mobilizando as práticas distintas com materiais diferenciados que permitam uma recolha de informações mais precisa e fiel. Diante da importância desse processo para o desenvolvimento da profissionalidade docente, as ações de formação são afirmadas como uma “necessidade reconhecida como um direito e dever de todos os professores dadas os inúmeros papéis e funções a desempenhar no contexto educativo. (Casanova & Silva, 2016, p. 212)

O desenvolvimento de uma ação de formação requer o seguimento de etapas específicas para garantir a sua eficácia para os formandos.

2. Ação de formação

A PHDA afeta o processo de aprendizagem dos alunos desde tenra idade e, caso não seja alvo de intervenção atempada, pode resultar em possíveis repercussões no seu quotidiano. O objetivo principal desta intervenção é “controlar os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, [refletindo-se no] nível de desempenho académico e social, do relacionamento interpessoal e do seu bem-estar geral e nível de funcionalidade” (Oliveira & Pereira, 2021, p.100).

Ferreira (2012) que conduziu uma pesquisa na qual se concentrou na perceção dos principais intervenientes no ambiente escolar, cujos resultado apontaram uma considerável parte dos docentes do ensino regular nesse nível de ensino ainda demonstrava lacunas na sua formação no domínio das perturbações. O investigador responsável por este estudo também examinou a conexão entre a família e a escola, concluindo que, embora essa ligação seja crucial para o sucesso educacional dessas crianças, os professores consideraram-na bastante restrita e limitada. Isso deve-se ao fato de que os responsáveis legais não demonstravam um envolvimento regular no acompanhamento da vida académica de seus educandos (Fernandes, 2016).

Barkley (2006) salienta a importância fundamental da atitude dos professores na intervenção juntamente com as crianças com PHDA. Uma postura proativa, envolvendo-se efetivamente no processo de intervenção, aliada a um conhecimento aprofundado dos

instrumentos de percepção e de aplicação, revelaram-se cruciais para o êxito do tratamento. No entanto, a investigação evidenciou que os professores podem representar um dos principais obstáculos no atendimento das necessidades das crianças com PHDA (Sciutto et al., 2000, citado por Baptista, 2010). A falta de compreensão acerca da natureza, causas e evolução desta perturbação condiciona a intervenção do professor, que, em muitos casos, assenta em mitos e crenças infundadas sobre a mesma (Sciutto et al., 2000, citado por Baptista, 2010).

Com base nos estudos apresentados anteriormente sobre a perturbação em questão e a formação de professores, propõe-se a organização de uma ação de formação que visa desenvolver capacidades e estratégias que facilitem e otimizem o processo de ensino-aprendizagem.

Esta ação de formação procura uma resposta mais eficiente para ser aplicada dentro da sala de aula. De acordo com as normas atuais, todos os alunos são abrangidos por medidas universais, podendo eventualmente alguns alunos necessitar de medidas seletivas ou adicionais. Com base na análise das informações detalhadas de cada aluno, pretende-se que os docentes possam atender às necessidades dos alunos da sua turma, respeitando os princípios de inclusão destacados no Manual de Apoio à Prática (2018).

Deste modo, surgem várias questões: **(i)** A adaptação das atividades em grupo, simplificando ou removendo as mais complexas, pode garantir a inclusão dos alunos com medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão? **(ii)** Será saudável para o(s) aluno(s) abrangido(s) pela(s) medidas adicionais de suporte à aprendizagem e à inclusão integrarem uma turma onde os outros alunos são abrangidos apenas pelas medidas universais de suporte à aprendizagem e inclusão? **(iii)** Se a criança não consegue compreender os estímulos externos, como poderá determinar as prioridades em relação ao que deve receber sua atenção?

**Intervenção educativa especializada na Perturbação de
Hiperatividade com Défice de Atenção**

Modalidade	Curso de Formação	
N.º de horas	25 horas presenciais	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> a) Identificar as características da PHDA. b) Reconhecer os modos de expressão das/dos crianças/jovens com PHDA. c) Capacitar o educador/professor para a implementação de atividades adaptadas para os jovens com PHDA. d) Capacitar o educador/professor para a implementação de metodologias especializadas, auxiliando os jovens com PHDA no processo de ensino-aprendizagem. 	
Conteúdos	<p>1. Caracterização da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento teórico; - PHDA: etiologia e neuropsicologia; - PHDA desatento e PHDA hiperativo e impulsivo; - Contributo do docente informado para a sala de aula. 	2 horas
	<p>2. Sinais de alerta na sala de atividades (pré-escolar) e na sala de aula (1º e 2º CEB)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamentos e ações da criança; - Incidentes críticos; - Relacionamento entre pares; - Relacionamento entre educador-criança; - Relacionamento entre professor-aluno. 	2 horas
	<p>3. Prática ativa (convitados)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento, intervenção farmacológica e mediação da dosagem, desenvolvimento neurológico – Médico especializado em neurologia infantil; - Aconselhamento, troca de experiências, dicas e estratégias de adaptação para a criança – Psicólogo especializado em desenvolvimento infantil e PHDA. 	4 horas
	<p>4. Intervenção com benefício à PHDA na sala de atividade/sala de aula</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenção farmacológica; - Intervenção e influência do comportamento parental: <ul style="list-style-type: none"> ➔ Respostas dos pais para determinados comportamentos. - Intervenção e influência do comportamento do educador/docente: <ul style="list-style-type: none"> ➔ Respostas e estímulos; ➔ Adaptação de rotinas; ➔ Imposição da autoridade sem autoritarismo; ➔ Reforço positivo; ➔ Mediador. 	5 horas

	<p>5. Intervenção com benefício à PHDA na sala de atividade/sala de aula (continuação)</p> <p>- Influência da organização do ambiente em sala de aula para crianças com PHDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Ambiente de sala de aula estruturado; → Delineação de regras e consequências dentro da sala; → Apresentação clara e adequada das tarefas a realizar; → Ajustes na sala de aula; → Adaptações curriculares e avaliativas; → Adaptações de materiais de apoio e materiais de trabalho; → Estratégias de reforço positivo; <p>(Os professores inscritos na ação de formação terão a total liberdade de sugerir estratégias e recomendar recursos)</p> <p>- Gestão de conflitos;</p> <p>- Caracterização de comportamentos perturbadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Fatores que ativam estes comportamentos. 	5 horas
	<p>6. Técnicas de intervenção e especificidades escolares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade emocional e social; - Estratégias para desenvolver a autorregulação na criança; - Inclusão segundo o Manual de Apoio à Prática e o Decreto-lei 54/2008 - Adaptações curriculares de acordo com os objetivos psicopedagógicos definidos; - Adaptação na avaliação; - Elaboração de um Plano Educativo Individual; - Trabalho colaborativo e cooperativo com as famílias. 	3 horas
Experimentação	<p>Ao longo de um mês, os professores inscritos nesta formação terão a oportunidade de colocar em prática o que fora aprendido ao longo da mesma. Esta participação permitirá refletir sobre a sua prática e sobre os objetivos da ação de formação para que, na semana seguinte, possam ser discutidas entre os participantes.</p>	
Divulgação de experiências	<p>Neste bloco, os professores terão oportunidade de discutir aquilo que colocaram em prática e quais os resultados conseguidos até então no desenvolvimento dos seus alunos na sala.</p>	2 horas
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuição de questionários no início e no final da ação de formação para avaliar o conhecimento dos participantes e o quanto eles aprenderam ao longo dos módulos; - <i>Feedback</i> dos participantes, solicitando que estes forneçam uma opinião sobre a qualidade da formação, a relevância dos conteúdos, a clareza das explicações e a utilidade das estratégias apresentadas. - Resolução de estudos de caso relacionados com os conteúdos da formação; 	2 horas
Destinatários	<p>Licenciados e Mestres em Educação Pré-Escolar e 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico</p>	

Tabela 4 Tabela 4 Intervenção educativa especializada na Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

3. Descrição da ação de formação

Esta ação de formação apresenta informações úteis destinadas a professores da Educação Básica, com o objetivo de desenvolver e aprimorar suas habilidades pedagógicas para atender alunos com PHDA. A ação de formação tem um caráter altamente qualificado, procurando capacitar os professores de ferramentas que lhes permitam lidar com um público específico de alunos, cujas necessidades educacionais devem ter atenção e estratégias pedagógicas diferenciadas. Deste modo, a tabela apresentada anteriormente (Tabela 4 Intervenção educativa especializada na Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção) é composta por nove parâmetros que visam caracterizar os diferentes aspectos da formação.

- *Modalidade, número de horas e objetivos*

Numa visão geral, o primeiro parâmetro – *Modalidade* – faz referência à natureza da formação, sendo esta presencial. O segundo parâmetro – *Número de Horas* – indica o total de horas que compõe a ação de formação, indicando a carga horária. O terceiro parâmetro – *Objetivos* – indica os objetivos da formação que, no caso, abrangem a capacitação dos professores para identificar e atender às exigências educacionais dos alunos, principalmente dos alunos portadores da PHDA. Neste tópico, incluem-se a identificação das características da perturbação e o reconhecimento dos modos de expressão das crianças/jovens com PHDA. Além disso, a formação procura capacitar o educador/professor para a implementação de atividades adaptadas para essas crianças/jovens e para a aplicação de metodologias especializadas, a fim de auxiliar no processo de ensino-aprendizagem.

- *Conteúdos*

O quarto parâmetro – *Conteúdos* – explicita as temáticas abordadas na formação podendo incluir estratégias pedagógicas para a inclusão destes alunos no ambiente escolar e divide-se em seis módulos.

Módulo 1

O primeiro módulo procura explicar a PHDA como uma condição neuropsiquiátrica que se caracteriza pela presença de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Explicar-se-á que se trata de uma condição que afeta cerca de 5% da população infantil e, quando não diagnosticada e tratada, poderá ter efeitos negativos no desenvolvimento cognitivo e social dessas crianças. Este módulo apresenta um enquadramento teórico sobre a PHDA, referenciando informações relevantes sobre esta condição, incluindo a definição, sintomas, diagnóstico e tratamento. Além disso, o módulo também aborda a etiologia da PHDA e sua relação com fatores genéticos, ambientais e neurobiológicos, bem como aspetos neuropsicológicos envolvidos na condição. Ainda neste módulo, serão diferenciados os conceitos *PHDA desatento* e *PHDA hiperativo-impulsivo*, por se tratar de duas condições específicas importantes para compreender melhor as características dos alunos e, assim, desenvolver estratégias pedagógicas mais eficazes para atender suas necessidades específicas. Por fim, o módulo também destacará a contribuição do docente informado para a sala de aula, enfatizando a importância da formação continuada e da atualização constante do conhecimento sobre a PHDA para garantir um atendimento de qualidade aos alunos portadores da condição. Em suma, este módulo oferecerá um panorama teórico completo sobre a PHDA, com informações relevantes sobre sua etiologia, sintomas e tratamento, além de destacar a importância do papel do professor durante o acompanhamento dos alunos com esta condição, garantindo um ambiente educacional inclusivo para todos os alunos, independentemente de suas necessidades específicas.

Módulo 2

O segundo tópico visa observar e analisar os sinais de alerta na sala de atividades (pré-escolar) e na sala de aula (1º e 2º CEB). Neste contexto, serão explorados os comportamentos e as ações da criança com PHDA, uma vez que estes podem ser diferentes dos comportamentos típicos das outras crianças, sendo necessária uma abordagem específica por parte do educador/professor. Também serão observados os incidentes críticos, como crises de ansiedade, agressividade, impulsividade e falta de atenção, que podem ocorrer devido à condição da PHDA.

Outro ponto importante a ser explorado é o relacionamento entre pares, uma vez que uma criança com PHDA pode apresentar dificuldades em relacionar-se com as outras

crianças, bem como o relacionamento entre educador-criança e professor-aluno. Serão acomodadas estratégias para promover uma relação de confiança e colaboração entre os envolvidos, a fim de garantir um ambiente escolar acolhedor e adequado às necessidades da criança com PHDA. A observação e análise dos sinais de alerta na sala de atividades e na sala de aula é de extrema relevância pois permitirá que os educadores e professores possam agir preventivamente e identificar precocemente as situações de risco. Espera-se, assim, capacitar os educadores/professores para lidar de forma eficaz com os desafios que a PHDA pode representar no ambiente escolar, proporcionando uma educação de qualidade e inclusiva para todos os alunos.

Módulo 3

O terceiro tópico oferece aos formandos uma dinâmica de partilha com convidados especializados na área da neurociência e psicologia. Esta abordagem procura ampliar o conhecimento dos formandos e oferecer ferramentas para o desenvolvimento de estratégias eficazes de intervenção junto de crianças com a perturbação. Nesse sentido, a ação de formação conta com a presença de dois profissionais especializados: o médico neurologista infantil e o psicólogo especializado em desenvolvimento infantil.

O médico especializado em neurologia infantil abordará temas como aconselhamento, intervenção farmacológica e mediação da dosagem, bem como o desenvolvimento psicológico destas crianças. O objetivo é oferecer aos formandos uma compreensão mais ampla do tratamento farmacológico e da dosagem recomendada, enfatizando como o desenvolvimento psicológico pode afetar o tratamento.

Já o psicólogo especializado em desenvolvimento infantil abordará temas como o aconselhamento, a troca de experiências, as dicas e as estratégias de adaptação para a criança. Este profissional fornecerá aos formandos conhecimentos práticos e exemplos de como a psicologia pode contribuir para o sucesso da intervenção junto da criança com PHDA. Compartilhando estratégias que podem ser úteis, tanto em sala de aula quanto em casa, o psicólogo oferecerá dicas valiosas para a adaptação da rotina e das atividades da criança, garantindo uma intervenção mais eficaz. Assim, os formandos terão acesso a informações e a práticas de profissionais altamente especializados na área, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais assertivas e efetivas de intervenção junto das crianças com PHDA.

Módulo 4

Neste módulo, abordaremos temas relacionados com a intervenção farmacológica, a intervenção e a influência do comportamento parental e à intervenção e influência do educador/docente. No primeiro tema, serão utilizados medicamentos prescritos para o tratamento do Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, com o objetivo de reduzir os sintomas característicos, como a falta de atenção, a impulsividade e a hiperatividade, visando a melhoria do desempenho dos alunos em sala de aula.

Os fármacos estimulantes são amplamente utilizados no tratamento da PHDA na sala de atividade/sala de aula. Esses medicamentos proporcionam um efeito prolongado ao longo do dia, evitando a necessidade de interrupções para doses adicionais. No entanto, é importante estar ciente dos possíveis efeitos secundários desses fármacos, que incluem insónias, perda de apetite e sensação de cansaço (Sosin & Sosin, 2006, p. 90).

Por outro lado, os fármacos não estimulantes são uma opção terapêutica que não possui propriedades estimulantes significativas sobre o SNC. Esses medicamentos são frequentemente utilizados para tratar condições como as alterações de humor, a ansiedade e a PHDA, que não requerem estimulação direta do SNC.

Os fármacos não estimulantes são desenvolvidos para modular a função neuroquímica no cérebro, sem causar uma resposta de estimulação direta do SNC. Eles atuam por meio de mecanismos de ação específicos, como a regulação dos neurotransmissores, a modulação dos recetores ou a restauração do equilíbrio químico no cérebro. O objetivo desses medicamentos é melhorar certos sintomas ou restabelecer o equilíbrio neuroquímico alterado relacionado à PHDA, o que torna o ambiente de sala de aula mais calmo e seguro (Prontuário Terapêutico).

No segundo tópico, será abordada a forma como os pais respondem aos comportamentos específicos relacionados ao PHDA dos seus filhos. Serão oferecidas orientações para que os pais adotem estratégias de controlo comportamental, estabelecendo limites claros, reforçando comportamentos positivos e implementando consequências apropriadas para determinados comportamentos. Essas práticas visam promover um ambiente estruturado e de apoio em casa, o que reflete positivamente no desempenho dos alunos na sala de aula.

Por fim, destacaremos o papel do professor/educador no ambiente escolar. Os professores/educadores serão incentivados a adotar estratégias adequadas para responder aos alunos com PHDA, fornecendo respostas e estímulos adequados às suas necessidades.

Pretende-se que consigam adaptar as rotinas para responder às particularidades dos alunos, impondo autoridade e não autoritarismo, utilizando o reforço positivo para incentivar comportamentos desejados e, por fim, atuando como mediadores em situações de conflito. Estes são alguns dos exemplos que, na prática, contribuem para a criação de um ambiente de aprendizagem inclusivo e favorável ao desenvolvimento cognitivo, social e emocional dos alunos.

Módulo 5

Este módulo foca-se na influência da organização do ambiente escolar na qual serão discutidas estratégias e práticas que podem ser adotadas para criar um ambiente propício ao sucesso das crianças com PHDA.

Uma das intervenções importantes é a criação de um ambiente de sala de aula estruturado, no qual as crianças com PHDA possam sentir-se seguras e organizadas. Isto inclui a delimitação de regras e consequências claras, de forma que as crianças entendam as expectativas e saibam quais são as consequências das próprias ações. Além disso, é fundamental que a proposta das tarefas a realizar sejam adequadas de modo que as crianças as compreendam e executem de maneira eficiente. O espaço da sala de aula também pode necessitar de alterações, atendendo às necessidades das crianças com PHDA. Isto inclui não só mudanças físicas como adaptações curriculares e avaliativas, levando em consideração as características e desafios específicos destes alunos. Além disso, os materiais de apoio e de trabalho podem ser adaptados para torná-los mais acessíveis e adequados às necessidades individuais das crianças com PHDA.

Neste módulo procurar-se-á entender que estratégias de reforço positivo desempenham um papel fundamental na intervenção beneficiando os alunos portadores desta perturbação na sala de atividades/sala de aula. Reconhecer e recompensar os esforços e conquistas das crianças com PHDA pode incentivar um comportamento adequado e melhorar a motivação e a autoestima.

Além disso, a gestão de conflitos é uma habilidade importante para os professores lidarem com situações desafiadoras que possam surgir em sala de aula. Saber como abordar e resolver estes conflitos de forma construtiva pode contribuir para um ambiente de aprendizagem mais harmonioso para todas as crianças. Por fim, é relevante a caracterização dos comportamentos perturbadores, identificando os fatores que os ativam, pois compreender as razões que desencadearam esses comportamentos pode ajudar os

professores a adotar estratégias preventivas e de intervenção adequadas, proporcionando um ambiente mais favorável ao desenvolvimento das crianças com PHDA.

Ao abordar estes aspetos, procura-se capacitar os professores a implementar práticas efetivas e adequadas na sala de atividade/sala de aula, de modo a promover um ambiente inclusivo, estimulante e propício ao sucesso de todos os alunos.

É importante mencionar que os professores participantes da ação de formação terão a total liberdade de sugerir estratégias e recomendar recursos que considerem mais eficazes para as suas práticas pedagógicas.

Módulo 6

O sexto tópico da ação de formação em educação para professores do pré-escolar, 1º e 2º ciclo do ensino básico aborda as técnicas de intervenção e especificidades escolares relacionadas com a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA). Nesse contexto, serão discutidas questões relacionadas à dificuldade emocional e social enfrentada pelas crianças com PHDA, bem como estratégias para desenvolver a autorregulação.

A inclusão de crianças com PHDA no ambiente escolar é uma temática relevante, e será abordada com base no Manual de Apoio à Prática (2018) e no Decreto-Lei 54/2008, que estabelecem diretrizes e orientações para a inclusão de alunos com necessidades educativas especiais. Serão apresentadas estratégias para promover a inclusão efetiva dessas crianças, levando em consideração as suas necessidades específicas.

As adaptações curriculares também serão discutidas nesse contexto, com o objetivo de ajustar o currículo de acordo com os objetivos psicopedagógicos definidos para cada criança com PHDA. Essas adaptações visam garantir que a criança tenha acesso ao conteúdo de forma adequada e que as suas dificuldades sejam atenuadas.

Além disso, serão abordadas adaptações na avaliação, levando em consideração as características e necessidades das crianças com PHDA. É importante garantir que a avaliação seja justa e apropriada, considerando o processo de aprendizagem dessas crianças.

No mesmo tópico, refere-se que a elaboração de um Plano Educativo Individual (PEI) é uma estratégia relevante para promover a intervenção personalizada, direcionada para as necessidades específicas de cada criança com PHDA. Serão discutidos os

elementos-chave para a elaboração de um PEI eficaz e a importância da sua implementação.

Por fim, será enfatizada a importância do trabalho colaborativo e cooperativo com as famílias das crianças com PHDA. A parceria entre escola e família é fundamental para garantir o apoio adequado e a continuidade das estratégias e intervenções tanto em casa quanto na escola. Serão discutidas formas de promover uma comunicação efetiva com as famílias e como envolvê-las no processo educativo.

O objetivo deste sexto tópico da ação de formação é capacitar os professores com ferramentas, estratégias e conhecimentos necessários para lidar com as particularidades do ambiente escolar e promover uma intervenção efetiva e inclusiva para as crianças com PHDA.

- ***Experimentação***

O quinto parâmetro – *Experimentação* – descreve a disponibilização de atividades práticas ou experimentais durante o processo de formação, visando proporcionar aos formandos uma experiência direta e interativa. Essas atividades têm como objetivo promover a aplicação do conhecimento teórico adquirido em situações reais ou simuladas, podendo incluir estudos de caso, simulações, exercícios práticos, trabalhos em grupo, projetos ou estágios, entre outros, dependendo da área de formação e dos objetivos específicos do programa.

A inclusão da experimentação como parte integrante da formação é de extrema importância, uma vez que oferece aos formandos a oportunidade de refletir sobre as suas experiências e de promover a participação ativa dos formandos, incentivando o seu envolvimento e interação com o conteúdo e com os outros participantes. Desta forma, é possível criar um ambiente de aprendizagem mais dinâmico e significativo, onde os formandos têm a oportunidade de testar e aplicar os seus conhecimentos em situações reais ou simuladas, promovendo assim uma aprendizagem mais profunda e duradoura.

- ***Divulgação de Experiências***

O sexto parâmetro – *Divulgação de Experiências* – tem como objetivo proporcionar aos formandos a oportunidade de partilhar as suas vivências e experiências após a

conclusão da parte teórica da formação. Essa etapa é essencial para promover a troca de conhecimentos, reflexões e aprendizagens entre os participantes, enriquecendo o processo formativo como um todo.

Após a aquisição de conhecimentos teóricos, é fundamental que os formandos tenham um espaço para relatar e discutir as experiências práticas vivenciadas durante a formação. Essa partilha de vivências permite consolidar o aprendido, identificar desafios comuns, explorar diferentes perspectivas e soluções, bem como estimular a colaboração e a construção coletiva do conhecimento.

A divulgação de experiências será realizada por meio de fóruns de discussão, apresentações individuais ou em grupo, beneficiando os outros formandos, que se podem inspirar em casos de sucesso, aprender com desafios enfrentados por outros e expandir a sua visão sobre determinados temas. O importante é criar um ambiente propício à interação e à expressão dos diferentes pontos de vista, permitindo que cada formando contribua com as suas vivências e aprendizados específicos. Esta troca de experiências estimula a reflexão crítica, a capacidade de análise e a construção de novos conhecimentos, promovendo um ambiente de aprendizagem colaborativo e enriquecedor.

- *Avaliação*

O sétimo parâmetro – *Avaliação* – refere a metodologia avaliativa utilizada no final da ação de formação. A avaliação da ação de formação consiste em várias etapas. Antes do início da formação, é aplicado um questionário aos participantes com o intuito de compreender o conhecimento prévio que possuem sobre a PHDA. Após a conclusão dos seis módulos da formação, um novo questionário será distribuído para avaliar o conhecimento adquirido ao longo do programa. A comparação dos resultados permitirá avaliar o impacto da formação no conhecimento dos participantes.

Além disso, é solicitado aos participantes que forneçam *feedback* sobre a qualidade da formação, a relevância dos conteúdos, a clareza das explicações e a utilidade das estratégias apresentadas. Esse *feedback* será recolhido através dos questionários, permitindo uma compreensão abrangente da perceção dos participantes em relação à formação.

Outra estratégia utilizada é a resolução de estudos de caso relacionados com os conteúdos abordados durante a formação. Esses estudos de caso fornecem aos participantes a oportunidade de aplicar o conhecimento adquirido em situações práticas e

problemáticas. A resolução dos mesmos permite avaliar a capacidade dos participantes de aplicar os conceitos e estratégias aprendidos durante a formação.

- ***Formadores e destinatários***

O oitavo parâmetro – *Formadores* – apresenta informações sobre os profissionais responsáveis pela formação. O nono parâmetro – *Destinatários* – caracteriza o público-alvo da formação que, para esta formação, serão educadores e professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico.

- ***Aplicabilidade na sala de aula***

Ao oferecer ferramentas e recursos adequados, esta formação tem como objetivo capacitar os professores de ferramentas que lhes permitam identificar e lidar com as perturbações de atenção dos alunos, promovendo a inclusão e o sucesso académico de todos.

No âmbito da formação, os professores serão capazes de para identificar sinais e sintomas de PHDA nas crianças, possibilitando uma intervenção precoce e personalizada. Compreenderão as características específicas dessa perturbação, como a hiperatividade, a impulsividade e o défice de atenção, e aprenderão a distinguir esses comportamentos de outros desafios comportamentais comuns na sala de aula.

Além disso, a formação abordará estratégias educacionais e metodologias adaptadas para melhor atender às necessidades dos alunos com PHDA. Os professores terão a oportunidade de explorar e discutir diferentes instrumentos e técnicas que possam ser utilizados no ambiente escolar, colmatando as dificuldades apresentadas pelos alunos. Essas estratégias incluirão o uso de materiais didáticos adequados, adaptações curriculares, organização do espaço e tempo de aprendizagem, bem como técnicas de gestão comportamental que promovam a participação e o envolvimento dos alunos com PHDA.

Dessa forma, a ação de formação procura estabelecer uma conexão direta entre os assuntos estudados e a realidade do dia-a-dia escolar. Os professores serão capacitados não apenas teoricamente, mas também na aplicação prática desses conhecimentos, proporcionando-lhes as competências necessárias para enfrentar os desafios diários na

sala de aula e contribuir para a inclusão de todas as crianças, independentemente das suas dificuldades específicas.

O professor deverá criar uma rotina estruturada e previsível no ambiente da sala de aula para ajudar a criança hiperativa a sentir-se mais segura e concentrada. Isto pode incluir a definição de horários para diferentes atividades, o uso de etiquetas e organizadores visuais para os materiais e as instruções, bem como a disponibilização de espaços designados para diferentes tipos de tarefas, como áreas de trabalho individual e áreas mais movimentadas para atividades físicas. Poderá, ainda, implementar estratégias de gestão comportamental para ajudar a criança hiperativa a lidar com a impulsividade e as dificuldades de autorregulação. Isto envolve estabelecer regras claras e expectativas comportamentais, utilizar reforços positivos, como elogios e recompensas, para encorajar comportamentos apropriados, e implementar consequências consistentes para comportamentos inadequados.

Outra alternativa centra-se nas adaptações curriculares que podem ajudar a criança hiperativa a envolver-se e a participar ativamente nas atividades de aprendizagem. Esta abordagem pode implicar a divisão das tarefas em etapas menores e mais controláveis, a adoção de estratégias de ensino multimodais, tais como o uso de recursos visuais e manipulativos, e a inclusão de intervalos regulares durante as atividades, a fim de permitir que a criança se movimente e liberte energia.

Por último, o professor deve, sempre que possível, envolver os pais no processo educativo da criança hiperativa. É fundamental manter uma comunicação aberta e regular com os pais, partilhar informações sobre a evolução e os desafios da criança e colaborar na implementação de estratégias consistentes tanto na escola quanto em casa, pensando sempre no benefício para o aluno.

Reflexão crítica

Ao longo destes dois anos de pesquisa, foram analisados temas fundamentais para a compreensão e reflexão sobre a formação de professores com enfoque nas lacunas existentes no desenvolvimento de estratégias de intervenção nas Perturbações de Aprendizagem Específica, mais concretamente na Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.

Inicialmente, foram analisados as evoluções e os desafios que a educação em Portugal tem enfrentado ao longo dos anos, destacando-se a necessidade de atualização constante dos professores e a importância do seu papel na formação integral dos alunos. Ainda neste âmbito, foram estudadas algumas perturbações que podem afetar as crianças, sendo a PHDA uma das mais prevalentes e desafiadoras em crianças e adolescentes.

Da mesma forma, caracterizou-se aprofundadamente a PHDA, enfatizando as suas causas, os sintomas e os efeitos na vida escolar e social dos indivíduos, destacando-se a importância de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento da perturbação, envolvendo tanto intervenções farmacológicas quanto psicossociais.

Um dos pontos cruciais deste trabalho foi a análise das lacunas na formação de professores no que se refere a esta perturbação, como nos estudos de Fernandes (2012) e Barkley (2006) apresentados anteriormente, evidenciando-se a falta de conhecimento sobre as suas características e, conseqüentemente, a dificuldade em desenvolver estratégias de intervenção efetivas. Após analisados estes temas, propôs-se uma ação de formação que visa colmatar estas necessidades e permitir aos professores uma melhor compreensão e intervenção junto destes alunos.

Foi também realizado um estudo sobre o prontuário terapêutico e o tratamento da PHDA, abordando-se a importância da prescrição e monitorização adequada da medicação utilizada, assim como a necessidade do envolvimento dos pais e dos professores no processo de tratamento.

É importante destacar que esta pesquisa apresentou alguns desafios, principalmente no que se refere à compreensão desta perturbação por poder ser confundida com outros problemas comportamentais e, por esta razão, é importante que os professores possam ter conhecimento dos sinais e sintomas da PHDA, de forma a poderem detetá-la precocemente e ajudar o aluno, obtendo uma avaliação mais aprofundada. Contudo, acredita-se que os resultados obtidos serão relevantes e poderão contribuir para a melhoria

da formação de professores e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida das crianças com esta perturbação.

Desta forma, conclui-se que a formação de professores é um tema crucial para a promoção de uma educação inclusiva e de qualidade e que a PHDA é uma perturbação que merece especial atenção e cuidado por parte dos educadores. Acredita-se que este trabalho poderá contribuir para um maior entendimento sobre o assunto e, assim, para uma melhor intervenção, melhorando a qualidade de vida das crianças e da sociedade como um todo. Em suma, esta pesquisa permitiu uma reflexão aprofundada sobre a formação de professores e a importância de desenvolver estratégias de intervenção efetivas para a PHDA, destacando a importância de continuar a investigar e a refletir sobre este assunto, procurando sempre novas abordagens e soluções que contribuam para a melhoria da qualidade de vida destes alunos e para a promoção de uma educação mais inclusiva e de qualidade.

Concomitantemente, é importante destacar que a PHDA é uma perturbação complexa e multifacetada, que pode apresentar diferentes sintomas e manifestações em cada criança. Por conseguinte, a formação de professores deve preconizar um acompanhamento individualizado e personalizado de cada criança com PHDA, para que sejam adotadas as estratégias mais adaptadas para cada caso.

Por fim, é relevante destacar que este trabalho contribuiu para a consciencialização sobre a importância da formação de professores na área da PHDA em Portugal. Espera-se que as recomendações possam ser consideradas pelas autoridades responsáveis pela educação e pela saúde, de forma a que sejam adotadas medidas eficazes para melhorar o acompanhamento das crianças com PHDA no ambiente escolar.

Referências bibliográficas

- Almeida, C. (2012). *Alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção: intervenção educativa* (Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação). Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa.
- Almeida, C. (2016). *Abordagem farmacológica da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção* (Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas não publicado). Faculdade de Ciências e Tecnologia. Algarve.
- Alves, J. (2009). *Desconstruir construindo um novo modelo de formação* (Dissertação de Mestrado Integrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto
- Amado, C. (2007). *História da Pedagogia e da Educação*. Universidade de Évora.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª ed.). Climepsi Editores.
- Axelson, v. & Pena, P. (2015) As funções executivas e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na primeira infância. *O Portal dos Psicólogos*.
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0381.pdf>
- Baptista, M. (2010). *Perturbação de hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar: estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com phda em escolas do 1º ciclo* (Dissertação de Mestrado em Educação Especial). Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa
- Barbosa, C.; Neves, I. (2019). Preocupações dos pais de crianças com NEE de um contexto educativo em Portugal. *Revista Liberato*. 20 (34).
http://revista.liberato.com.br/ojs_lib/index.php/revista/article/view/604/pdf_1
- Barreiros, L., Canha, M., Carreteiro, R., Faria, L., Fialho, T., Figueira, A., ... Tomás, H. (2016) Hiperatividade e dificuldades de atenção. *PSICLÍNICA*. SCIENTINST - Instituto do Conhecimento, Unipessoal Lda.

- Calheiros, M., Piscalho, I. (2013). “Quefazeres... um percurso de reflexão e ação na formação inicial”. *Interações*. 27 (257-282). <https://doi.org/10.25755/int.3411>
- Carvalho, R. (2001). *História do ensino em Portugal desde a fundação da nacionalidade até o fim do regime de Salazar-Caetano*. (3.^a ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carrilho, M. (2011). *Trabalho colaborativo entre professores e inovação educacional: contribuições da investigação*. (Dissertação de Mestrado em Inovação e Mudança Educacional não publicado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Chiavenato, I. (2005). *Gestão de Pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Cintra, K. Raposo, A. Abreu, C. Álvares, A. Soares, J. (2019) Abordagens farmacológicas em psicofármacos. *Revista de Iniciação Científica e Extensão (REICEN)- Anais do I Congresso de Ciências Farmacêuticas do Centro-Oeste*, 2 (1), 17. <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/184>
- Cordinhã, A. & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: Diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 24(5), 577–89. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i5.10548>
- Correia, L. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais*. Porto Editora.
- Costa, J. (s.d.) *Efeitos dos psicoestimulantes na neurogênese do cérebro adulto* (Dissertação de Mestrado em Medicina não publicado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Couto, T.; Melo-Junior, M.; Gomes, C. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. *Ciências & Cognição*, 15 (1), 241-251. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v15n1/v15n1a19.pdf>

Decreto-lei nº 29/2014 de 11 de fevereiro. Diário da República nº 29 - 1 série A.

Ministério da Educação.

Decreto-lei nº. 54/2018 de 6 de julho. Diário da República nº 129 - 1 série A. Ministério

da Educação.

Decreto-Lei nº. 95/97 de 23 de abril. Diário da República nº 95 – 1 série A. Ministério da

Educação.

DeLucia, R. (2014) *Farmacologia integrada: uso racional de medicamentos* (5ª ed., Vols.

1). Clube de Autores.

Direção-Geral de Educação ^(A). *Currículo dos ensinos básico e secundário.*

<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/consulta-publica?i=246>

Direção-Geral de Educação ^(B). “*Educação Inclusiva | Direção-Geral Da Educação*”

Educação Inclusiva. www.dge.mec.pt/educacao-inclusiva

Estevinho, M. & Soares-Fortunato, J. (2003). Dopamina e receptores. *Revista Portuguesa*

de Psicossomática, 5, (1), 21-31. <https://www.redalyc.org/pdf/287/28750103.pdf>

Feijó, F., Bertoluci, M. & Reis, C. (2010) Serotonina e controle hipotalâmico da fome:

uma revisão. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51, (1), 74-77.

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/b6tthY6bXkMCsmrzHwj97NN/?lang=pt&format=pdf>

Felizardo, D. (1999). *Combater as Dificuldades de Aprendizagem – Atividades de Apoio*

Educativo. (3ª ed.) Texto Editora, Lda.

Fernandes, R. (2016). *Escola inclusiva: Perceções de professores sobre dislexia, inclusão*

e estratégias pedagógicas (Dissertação de Mestrado em Educação Especial). Escola

Superior de Educação de Viseu. Viseu.

Ferreira, L. (2010, 26 de janeiro). *A alfabetização e a polémica do método de Castilho*

nas páginas d’O Instituto.

<http://institutedecoimbra.blogspot.com/2010/01/alfabetizacao-e-polemica-do-metodo-de.html>

- Freitas, S. (2019). *O contexto atual da Educação Inclusiva nas escolas – percepção dos professores* (Dissertação de Mestrado em Educação Especial, domínio Cognitivo Motor não publicada). Escola Superior de Fafe, Fafe.
- Gomez, S. (2018). *Uso de psicofármacos e as ações da Atenção Básica: uma proposta de intervenção no município de Astorga, Paraná* (Monografia de apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Gonzalez-Usigli, H. (2022, fevereiro). *Visão geral dos transtornos de movimento e cerebelares*. <https://shorturl.at/ahCX1>
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. (2018, novembro 12). *Como lidar com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)?*. <https://shorturl.at/alMS1>
- Infarmed. (2002). *Evolução do consumo de neurolépticos em Portugal continental de 1995 a 2001: impacto das medidas reguladoras*. <https://shorturl.at/mAWY9>
- Leiria, C. (2018). *O uso de psicotrópicos e estupefacientes numa população específica – complexidade terapêutica* (Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas não publicada), Faculdade de Ciências e Tecnologia, Algarve.
- Lopes, D. (2016). *A importância, os conhecimentos e as estratégias dos docentes do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico face à PHDA*. (Dissertação de Mestrado em Necessidades Educativas Especiais no Domínio Cognitivo e Motor não publicada). Instituto Superior de Educação e Ciências, Coimbra.
- Martins, E. (2005). A educação da Mocidade no ideário de Ribeiro Sanches. In: Ernesto C. Martins (coord.), *A RENOVAÇÃO PEDAGÓGICA & LA RENOVACIÓN*

- PEDAGÓGICA* - Atas do Vº encontro ibérico de história da educação (pp. 513-515).
Coimbra/Castelo Branco.
- Monteiro, P. & David, A. (2020). *Guião para Implementação do PIT: uma proposta da APSA*. Ministério da Educação.
- Moreno García, I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. McGraw-Hill de Portugal.
- Moura, O. (2021). *Portal da Hiperatividade/Défice de Atenção*. Consultado em 24/11/2021. <https://hiperatividade.com.pt/>
- Nóvoa, A. (2019). Entre a formação e a profissão: ensaio sobre o modo como nos tornamos professores. *Currículo sem fronteiras*, 19 (1), 298-208. <https://www.curriculosemfronteiras.org/vol19iss1articles/novoa.pdf>
- Nóvoa, A. (2017). Frimar a profissão como professor, afirmar a profissão docente. *Cadernos de pesquisa*, 47, (166), 1106-1133. <https://www.scielo.br/j/cp/a/WYkPDBFzMzrvnbsbYjmvCbd/?lang=pt&format=pdf>
- Oliveira, L.; Pereira, M. (2021). Proposta de modelo de atendimento escolar a alunos com PHDA. *Revista E-Psi*, v. 10, (1), 96-122. <https://shorturl.at/empIK>
- Pelosi, M; Nunes, L. (2011). A ação conjunta dos profissionais da saúde e da educação na escola inclusiva. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.22, (1), 52-59, <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p52-59>
- Pimenta, T. (2019, fevereiro 25 ^(a)). *Déficit de Atenção: distúrbio ou apenas distração?* <https://www.vittude.com/blog/deficit-de-atencao/>
- Pimenta, T. (2018, junho 26 ^(b)). *Conheça todos os tipos de neurotransmissores e saiba porque eles são importantes para sua saúde*. <https://www.vittude.com/blog/neurotransmissores/>

- Ribeiro, V. (2011). *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA): Convergência da avaliação entre diferentes fontes* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Rodrigues, D. (2008). *Educação e diferença. Valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto Editora.
- Santos, D., Demizu, F., Perin, C., Molina, A. (2018). A influência da pedagogia freinet na função do professor no contexto educativo e sua proposta para uma escola moderna. *PEDAGOGIA EM FOCO*, 13, (9), 52-64.
<https://revista.facfama.edu.br/index.php/PedF/article/download/325/276>
- Santos, L. (2014). Rede escolar do 1º Ciclo do Ensino Básico em Portugal: evolução a partir de meados do século XX e principais fatores condicionantes no âmbito do planeamento e gestão. *CADERNOS DE GEOGRAFIA*, 33, 195-203.
http://dx.doi.org/10.14195/0871-1623_33_19
- Selikowitz, M. (2009). *Défice de Atenção e Hiperactividade* (1ª ed.) Textos Editores, Lda.
- Simões, A. (2013). *Bases morfológicas e fisiológicas das vias de administração, absorção, metabolização e excreção de fármacos*. (Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas não publicado). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Lisboa.
- Simões, D. (2014). *[Dificuldades de Aprendizagem Específicas] Respostas educativas diferenciadas* (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação não publicada). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Porto.
- Sosin, D. & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade*. Porto Editora.
- Stefanini, M. & Cruz, S. (2006). Dificuldades de aprendizagem e suas causas: o olhar do professor de 1ª a 4ª séries do ensino fundamental. *Revistas Científicas de América*

Latina y el Caribe, España y Portugal, 29, 85-105,

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/faced/article/view/436/332>

Sulkes, S. (2020, abril) *Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade (TDA, TDAH)*.

<https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/dist%C3%BArbios-de-aprendizagem-e-desenvolvimento/transtorno-de-d%C3%A9ficit-de-aten%C3%A7%C3%A3o-hiperatividade-tda-tdah>