



Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Pós-graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor

***Perceção dos professores acerca das  
atividades lúdicas na intervenção em  
alunos com PHDA***

Bebiana Raquel Resende Ribeiro

Porto, 2013

Pós-graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor

***Perceção dos professores acerca das  
atividades lúdicas na intervenção em  
alunos com PHDA***

Orientador: Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa

Projeto de Investigação realizado no âmbito da Unidade Curricular  
de Seminário de Projeto – Problemas Cognitivos e Motores

Bebiana Raquel Resende Ribeiro

Porto, 2013

Dedico este trabalho a todas as  
crianças com PHDA que sofrem  
em silêncio nas nossas salas de aula,  
desejando não serem diferentes.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar quero agradecer ao meu orientador Doutor Júlio Sousa pela disponibilidade, sabedoria, incentivo e persistência na realização deste trabalho.

Ao meu namorado, pelo seu apoio incondicional.

À minha família, meu porto de abrigo que está sempre presente em todos os momentos da minha vida.

Aos professores que participaram no estudo mostrando disponibilidade para a realização do mesmo.

Aos professores da ESEPF que me contagiaram com a sua dedicação, profissionalismo e entusiasmo.

Aos colegas da pós-graduação exemplo de empenho e perseverança que sempre recordarei.

A todos que, de uma forma ou de outra, colaboraram na concretização deste estudo muito obrigada!

## RESUMO

Esta investigação tem como principal objetivo perceber qual a percepção que os professores têm sobre as atividades lúdicas na intervenção com alunos com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), uma problemática cada vez mais comum em crianças em idade escolar.

Para contextualizar esta temática apresentamos uma revisão da literatura no sentido de abordar diferentes questões relacionadas com a sua evolução histórica, características, causas e intervenção, assim como explanamos o conceito do lúdico ligado à aprendizagem e ao desenvolvimento infantil.

Para o desenvolvimento da investigação selecionamos a metodologia quantitativa com recurso ao inquérito por questionário para compreendermos se os docentes são conhecedores da PHDA, se identificam corretamente as características dos alunos com esta perturbação e se consideram a formação essencial para colmatar possíveis lacunas nesse conhecimento. Além disso, pretendemos saber se a utilização das atividades lúdicas na intervenção em alunos com PHDA é uma realidade presente nas nossas escolas.

O tratamento dos dados permitiu concluir que os professores da nossa amostra conhecem esta perturbação e suas características mas consideram que só a formação inicial não é suficiente para trabalhar com estes alunos de um modo significativo. Relativamente às atividades lúdicas como estratégia educativa importa salientar que a maioria dos docentes a inclui na sua prática pedagógica.

Palavras-chave: PHDA, Atividades lúdicas, Formação, Intervenção

## **ABSTRACT**

This research aims to realize teachers' perception on recreational activities in the intervention with students with Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), an increasingly common problem in school-age children.

To frame and to contextualize this theme we present an appraisal of literature in order to address different issues related to its historical evolution, characteristics, causes and intervention, as well as giving further details about the concept of playful related to learning and child development.

To develop the study, we selected a quantitative methodology through the questionnaire survey to understand whether teachers are aware of ADHD, if they identify correctly the characteristics of students with this disorder and whether they consider training an essential tool to overpass possible gaps in that knowledge. Furthermore, we want to know if the use of playful activities in students with ADHD is a common reality in schools.

The data concluded that teachers within our sample are acquainted with this disorder and its characteristics but consider that initial training by itself is not enough to work with these students in a meaningful way. With regard to recreational activities as an educational strategy, it is important to point out that the majority of teachers include them in their teaching practice.

Key-words: ADHA, Recreational activities, Training, Intervention

## **ABREVIATURAS**

**APA** – American Psychiatric Association

**CID 9** – Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (9ª revisão)

**CID 10** – Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (10ª revisão)

**DSM-IV** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª edição)

**DSM-IV-TR** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (revisão)

**NEE** – Necessidades Educativas Especiais

**PEI** – Programa Educativo Individual

**PHDA** – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

**TCC** – Terapia Cognitivo Comportamental

**THDA** – Transtorno de Défice de Atenção/Hiperatividade

# Índice

AGRADECIMENTOS .....	III
RESUMO .....	IV
ABSTRACT.....	V
ABREVIATURAS .....	VI
ÍNDICE DE ANEXOS .....	IX
ÍNDICE DE QUADROS .....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XI
ÍNDICE DE TABELAS .....	XII
INTRODUÇÃO .....	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1. Hiperatividade com Défice de Atenção.....	15
1.1. Definição.....	15
1.2. Evolução do conceito.....	15
1.3. Características e critérios de diagnóstico da PHDA.....	17
1.4. Causas da PHDA.....	23
1.5. Intervenção .....	26
1.6. Importância da família.....	29
2. PHDA em contexto escolar .....	32
2.1. PHDA e as práticas pedagógicas .....	34
2.2. Papel do professor.....	35
2.3. Estratégias de intervenção na sala de aula .....	38
3. Papel do lúdico na aprendizagem .....	40
3.1. Definição de lúdico.....	40
3.2. Importância do lúdico na aprendizagem .....	40
3.3. Atividades lúdicas na intervenção com alunos com PHDA.....	42
PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA .....	45
1. Metodologia.....	45
1.1. Introdução .....	45
1.2. Objetivos.....	45
1.3. Hipóteses .....	46
1.4. Instrumentos .....	47
1.5. Procedimentos .....	48



2. Caracterização da amostra.....	48
3. Apresentação e discussão dos resultados .....	53
3.1. Descrição dos resultados.....	53
3.2. Discussão dos resultados .....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	86

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO I – Questionário.....</b>	<b>89</b>
------------------------------------	-----------

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Critérios de diagnóstico para PHDA segundo o que está estipulado na DSM-IV-TR (APA, 2002) .....	20
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Género dos inquiridos.....	49
Gráfico 2 - Idade dos inquiridos.....	49
Gráfico 3 - Formação académica dos inquiridos .....	50
Gráfico 4 – Situação profissional dos inquiridos.....	51
Gráfico 5 – Tempo de serviço dos inquiridos .....	52
Gráfico 6 – Contacto com alunos com NEE e PHDA .....	53
Gráfico 7 - Conhecimento acerca da PHDA.....	54
Gráfico 8 - Características dos alunos com PHDA.....	55
Gráfico 9 - Importância da formação dos professores.....	56
Gráfico 10 - Importância do lúdico na aprendizagem dos alunos com PHDA ..	57
Gráfico 11 - Estratégias utilizadas com alunos com PHDA.....	58
Gráfico 12 - Frequência do recurso a atividades lúdicas.....	59

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Género dos inquiridos .....	49
Tabela 2 - Idade dos inquiridos .....	49
Tabela 3 - Formação académica dos inquiridos.....	50
Tabela 4 - Situação profissional dos inquiridos .....	51
Tabela 5 - Tempo de serviço dos inquiridos.....	52
Tabela 6 - Conhecimento acerca da PHDA em função da formação dos inquiridos.....	61
Tabela 7 - Conhecimento acerca da PHDA em função da formação dos inquiridos (resumo).....	61
Tabela 8 - Conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA..	63
Tabela 9 - Conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA..	64
Tabela 10 - Conhecimento das estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA.....	65
Tabela 11 - Conhecimento das estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA.....	65
Tabela 12 - Conhecimento acerca da PHDA em função do tempo de serviço dos inquiridos .....	67
Tabela 13 - Conhecimento acerca da PHDA em função do tempo de serviço dos inquiridos (resumo).....	67
Tabela 14 - Conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA	69
Tabela 15 - Conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA	69
Tabela 16 - Conhecimento das estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA.....	70
Tabela 17 - Conhecimento das estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA.....	71

## INTRODUÇÃO

Este projeto de investigação, elaborado no âmbito da Pós Graduação em Educação Especial e mais especificamente da Unidade Curricular de Seminário de Projeto – Problemas Cognitivos e Motores visa um conhecimento profundo acerca da problemática em estudo.

Assim sendo, a temática escolhida para objeto de estudo é a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) na criança em contexto escolar especificamente relacionada ao lúdico. Assim, a questão primordial que orientará os procedimentos a realizar durante a pesquisa é: Qual a percepção dos professores acerca das atividades lúdicas na intervenção em alunos com PHDA?

De facto, pretende-se explanar em que medida os professores se encontram conceptualmente preparados para o desafio que é um aluno com o diagnóstico de PHDA, bem como perspetivar a eficácia das metodologias de ensino pautadas pela utilização do lúdico que, tal como defende Juliani e Paini (2008), faz parte da vida humana e possui um importante papel no seu desenvolvimento.

Tal como afirma Correia (2008), os problemas de aprendizagem são consequência das problemáticas específicas ou dos ambientes inadequados que envolvem os alunos e, por essa razão, analisaremos em que medida as crianças e jovens com esta perturbação são apoiadas por docentes comprometidos com a sua formação e desenvolvimento e, por conseguinte, capazes de adotar uma ação pedagógica baseada em atividades lúdicas e voltada para as suas necessidades específicas.

Cabe ao professor atenuar as dificuldades destes seus alunos e criar mecanismos de valorização que lhes permitam participar ativamente no seu processo educacional, levando-os a ser investigadores e promotores do próprio saber. Segundo Lopes (1998: 117), conceitos como “*auto-regulação*” e “*motivação*” são preponderantes e “*constituem constructos reciprocamente relacionados*” que visam a progressão escolar e pessoal.

Tendo em consideração que “*o sucesso social e escolar afeta necessariamente a percepção de auto-eficácia dos alunos*” (Lopes, 1998: 119)

afigura-se fundamental perceber quais os contornos que interligam as atividades lúdicas ao desenvolvimento da criança com PHDA e qual a contribuição destas para a construção de um saber autónomo que envolve a cognição, o afeto e a memória das situações vividas.

Relativamente ao interesse inerente a esta temática, saliente-se que deriva da sua prevalência nas salas de aula e da errónea definição desta problemática como indisciplina. É premente dissociar estes conceitos dado que a PHDA é uma perturbação comportamental e não primariamente um problema disciplinar. A dificuldade destas crianças em controlar a atividade motora, os impulsos e em cumprir regras pode explicitar a ideia da coexistência de problemas disciplinares associados à PHDA, embora nunca possa explicar a totalidade do quadro clínico (Boavida, 2006).

Denota-se ainda um interesse profissional nesta área e mostra-se preponderante conhecer estratégias que auxiliem o professor e minimizem os efeitos negativos desta perturbação em contexto de sala de aula.

Para alcançar os objetivos deste estudo e apresentar uma visão holística da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, numa primeira parte, apresentaremos sequencialmente referenciais teóricos que suportam a sua compreensão, quer através de uma breve abordagem à sua historicidade ao longo do tempo, suas causas, sintomas e tratamento quer de formas de aprendizagem que sustentam um processo educacional implicado pela singularidade destes educandos.

Para além disso, incidiremos sobre a importância do recurso às atividades lúdicas no processo de ensino aprendizagem destes alunos, tal como ressaltaremos as suas implicações pedagógicas.

A segunda parte do trabalho, por sua vez, consiste na apresentação e descrição dos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, na realização do enquadramento do estudo com a análise dos dados recolhidos e, posteriormente, a apresentação dos resultados.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Hiperatividade com Défice de Atenção

#### 1.1. Definição

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é uma problemática comum e atual e revela-se premente uma cuidada reflexão acerca da mesma como meio de conhecimento, compreensão e, posteriormente, de fundamentada intervenção.

Segundo Cordinhã & Boavida (2008: 577) *“a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é o distúrbio neurocomportamental mais frequente em crianças em idade escolar”* sendo que para Barkley (2002: 31) a PHDA é *“mais do que uma simples deficiência da atenção e do controle dos impulsos, é uma deficiência fundamental na capacidade de enxergar na direção do futuro e de controlar o comportamento de alguém com base nessa precaução”*.

De facto, a perturbação de hiperatividade com défice de atenção é de acordo com o autor mencionado (Barkley, 2002: 35) *“um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividade”*. Contudo, não é apenas uma questão de desatenção ou hiperatividade nem um estado temporário mas sim *“um transtorno real, um problema real e, frequentemente, um obstáculo real”*.

#### 1.2. Evolução do conceito

*“A primeira descrição do quadro de hiperatividade em crianças foi apresentada pelo médico alemão Heinrich Hoffman, em 1854. Desde então, ocorreram diversas modificações na nomenclatura da síndrome”* (Rohde, [s/d]). Vásquez destaca algumas como *“hiperquinésia, disfunção cerebral mínima, síndrome hiperquinético, problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem, problemas de atenção com hiperatividade, etc”* (1997: 159).



Efetivamente, desde que *“foi descrita pela primeira vez em 1902 por George Still, várias designações foram evoluindo ao longo do tempo, de que são exemplo, disfunção cerebral mínima, déficit de atenção, perturbação hipercinética ou síndrome psico-orgânico da criança, até à atual designação PHDA, de acordo com a classificação da Academia Americana de Psiquiatria”* (Cordinhã & Boavida, 2008: 578).

Reconhecida *“como fenómeno inconfundível apenas na história recente (1902)”* (Barkley, 2002: 49), esta perturbação era entendida como um problema intimamente ligado à forma como as crianças aprendem a voluntariamente inibir o seu comportamento e aderir às regras de conduta social. No entanto, em décadas posteriores, a ênfase foi dada sobretudo às suas causas e surge o termo disfunção cerebral mínima que implicava algum tipo de desordem no cérebro. Mais tarde, o comportamento passa a assumir um papel de destaque e, por conseguinte, transtorno do déficit de atenção passa a ser o termo utilizado.

Com o passar do tempo torna-se evidente que a hiperatividade e impulsividade observadas nas crianças diagnosticadas com a perturbação em causa estavam relacionadas e *“que ambas formavam um único problema ligado a um controlo inibitório pobre”* (Barkley, 2002: 49). A estas características juntou-se ainda o problema de atenção sentido e, em 1987, a designação adotada foi transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

Presentemente, a definição aceite é a de Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, sendo que, importa sublinhar que este conceito surgiu somente em 1994 quando a APA publicou o DSM-IV e, como já mencionamos, existe uma multiplicidade de terminologias utilizadas que divergem consoante os autores e as épocas. Por exemplo, na CID-9 (1975) e CID-10 (1992), destacaram-se os conceitos de síndrome hipercinético e transtorno hipercinético, respetivamente, para definir crianças ou indivíduos que possuíam graves alterações motoras que se manifestavam em excesso de atividade motora, desvalorizando-se, no entanto, o déficit de atenção associado a esta perturbação.

Atualmente, esta é considerada como uma perturbação do foro neurocomportamental, e de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002: 85), a PHDA caracteriza-se por um *“padrão persistente de falta de atenção e/ou*

*impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento*". Esta afeta cerca de 3 a 7% de crianças em idade escolar e existe uma diferença significativa no que respeita ao género, sendo que há mais rapazes do que raparigas com um diagnóstico de PHDA (Parker, 2003).

De acordo com a conceção teórica de Sosin & Sosin, a PHDA é de facto uma perturbação genética do foro neurobiológico que se manifesta na primeira infância e que normalmente se prolonga ao longo da vida da pessoa. Manifesta-se de "*muitas maneiras diferentes de pessoa para pessoa, caracteriza-se essencialmente pela dificuldade em manter a atenção e a concentração*" (2006: 8) bem como se verifica "*uma diminuição ou ausência de controlo*" (Falardeau, 1997: 21) também no nível de atividade.

### **1.3. Características e critérios de diagnóstico da PHDA**

Se nos concentrarmos exclusivamente nas suas características, esta perturbação, de acordo com Barkley, será considerada um transtorno de comportamento real se emergir cedo no desenvolvimento de uma criança, se se conseguir distinguir com clareza as crianças que a possuem das restantes, se ocorrer em diferentes situações, se afetar a capacidade de resposta a questões típicas de determinada idade, se se manifestar com relativa persistência durante o desenvolvimento, se não for facilmente explicada por causas ambientais ou sociais, se estiver relacionada com anormalidades no funcionamento ou desenvolvimento do cérebro e finalmente se estiver associada a outros fatores biológicos que podem afetar o funcionamento do cérebro ou o seu desenvolvimento (como, por exemplo, genética, traumas e toxinas) (2002: 48, 49).

É de realçar que a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é o distúrbio neurocomportamental mais frequente em crianças em idade escolar e muitos são os autores que definem a desatenção (também designada por défice de atenção), o excesso de atividade motora (comummente caracterizada pela agitação) e a impulsividade (dificuldade em controlar os impulsos) como aspetos fundamentais para confirmar a existência desta perturbação.

Esta tríade de sintomas define os três tipos de PHDA sendo que “o subtipo adequado deve indicar-se em função do padrão sintomático predominante nos últimos seis meses” (DSM-IV-TR, 2002: 87). Verifica-se então a existência do tipo predominantemente desatento, caracterizado pela dificuldade em prestar atenção na sala de aula e nas brincadeiras, incapacidade de organizar atividades, tarefas simples e esquecimento, do tipo predominantemente hiperativo-impulsivo definido pela inquietação e constante movimento (muitas vezes em alturas impróprias), incapacidade em imobilizar-se, falar incessantemente ou fazer ruído excessivo e, finalmente, do tipo misto determinado tanto pela falta de atenção, como pelo excesso de atividade motora. De salientar que este último habitualmente interrompe a execução de tarefas para dar atenção a ruídos ou eventos banais, esquece-se de compromissos marcados e todas as tarefas que exigem algum esforço mental continuado são vistas como desagradáveis e aborrecidas.

Se atentarmos aos critérios de diagnóstico da PHDA presentes no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, APA, 2002) da Associação Americana de Psiquiatria verificamos que a PHDA é classificada no domínio das Perturbações Disruptivas de Comportamento e do Déficit de Atenção, incluída na classificação das Perturbações que aparecem na primeira e segunda infância e na adolescência.

Conforme este manual preconiza, para um diagnóstico de PHDA a criança terá de exibir seis ou mais comportamentos de falta de atenção e/ou seis ou mais comportamentos de hiperatividade – impulsividade pelo menos durante os últimos seis meses. Os comportamentos disruptivos devem manifestar-se em pelo menos dois contextos (ex: escola, casa, etc.) e alguns destes comportamentos devem estar presentes antes dos sete anos de idade.

Assim sendo, passamos então a apresentar os critérios de diagnóstico para Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, conforme o que está estipulado na DSM-IV-TR (APA, 2002):

---

**Critério A: 1) ou 2):**

**1) 6** (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

---

### **Falta de Atenção**

- (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades;
- (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;
- (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;
- (d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
- (e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;
- (f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
- (g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- (h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- (i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

**2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade-impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:**

### **Hiperatividade**

- (a) com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
- (b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- (c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência);
- (d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;
- (e) com frequência «anda» ou só atua como se estivesse «ligado a um motor»;
- (f) com frequência fala em excesso;

### **Impulsividade**

- (g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- (i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (por exemplo,

---

intromete-se nas conversas ou jogos);

**Critério B:** Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.

**Critério C:** Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em 2 ou mais contextos (por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa).

**Critério D:** Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.

**Critério E:** Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

---

**Quadro I** – Critérios de diagnóstico para PHDA segundo o que está estipulado na DSM-IV-TR (APA, 2002)

É de salientar ainda que se pode diagnosticar uma Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção Sem Outra Especificação, nos seguintes casos:

- Aparecimento dos sintomas de falta de atenção ou de hiperatividade impulsividade em indivíduos com 7 ou mais anos de idade;
- Indivíduos com um défice clinicamente significativo que manifestam falta de atenção e cujo quadro sintomático não preenche todos os critérios da perturbação, mas têm um padrão de comportamento marcado por lentidão, sonhar acordado e hipoatividade.

Com efeito, as três principais características supramencionadas (dificuldade de manter a atenção, o controlo ou inibição dos impulsos e a atividade excessiva) são comumente aceites pelos profissionais clínicos como obstáculos que o indivíduo tem para controlar o seu comportamento. A estes, Barkley (2002) assim como Lopes (2003) acrescem as dificuldades para seguir regras e instruções e a extrema variabilidade das suas respostas a determinadas situações.

Não obstante a preponderância de todos os aspetos referidos, e de outros fundamentais para a compreensão desta problemática, é importante destacar a inibição do comportamento como problema central da maioria das crianças com PHDA. Com efeito, evidenciam-se dificuldades em manter a atenção e concentração por mais tempo comparativamente com outras pessoas daí que se afirme que *“manter sua atenção em algo por longos*

*períodos de tempo é a parte mais difícil do prestar atenção para essas crianças”* (Barkley, 2002: 51). Embora não apresentem problemas em filtrar a informação, distinguindo o relevante do irrelevante, perdem mais rapidamente o interesse pela tarefa do que as crianças que não apresentam esta perturbação daí que, tendencialmente, considerem mais estimulantes e apelativas as atividades físicas que envolvem variados objetos e promovem a curiosidade, manipulação e exploração em detrimento das atividades passivas.

Variadas vezes definidas como crianças distraídas afigura-se primordial realçar que Lopes (2003) defende que a distração verificada está intimamente relacionada com a dificuldade em gerir o tempo e não com a incapacidade de ouvir ou processar corretamente a informação.

Com efeito, alguns cientistas afirmam que as crianças com PHDA *“têm um nível de alerta cerebral diminuído e, portanto, necessitam de mais estímulo para manter o seu cérebro funcionando em níveis normais”* quando comparadas a outras crianças não portadoras de PHDA (Barkley, 2002: 52). Outra das suas características é *“fazer pequenos trabalhos no presente momento em troca de uma recompensa menor, embora mais imediata, em vez de trabalhar mais por uma recompensa maior disponível apenas adiante”* (idem: 53).

Como já foi referido anteriormente, controlar os impulsos é de extrema dificuldade para quem vive com esta perturbação e, assim sendo, impulsividade, excessos e rapidez de ação são alguns dos adjetivos que caracterizam as crianças com PHDA que diversas vezes monopolizam as situações, intrometendo-se nas conversas e opinando sobre assuntos que não lhes dizem respeito (Falardeau, 1997).

Neste sentido Cruz (1987) refere ainda que estas crianças são referenciadas como menos pró-sociais, menos socializadas, menos competentes a lidar com os impulsos agressivos, menos capazes de inibir os impulsos motores, de adiar a gratificação e de resistir à tentação.

Frequentemente utilizam atalhos para a resolução de atividades ou trabalhos e tendem a esforçar-se menos e a despender menor tempo na resolução de tarefas que consideram desagradáveis e desinteressantes o que faz com que se equacione a eficácia do tempo extra para a realização das tarefas.



Para além disso, possuem um pensamento impulsivo e não têm noção das prováveis consequências futuras pois, se são imprudentes e não controlam os seus impulsos, correm maiores riscos e são mais propensas a acidentes.

O seu comportamento excessivo ou hiperatividade pode, de acordo com Barkley (2002: 57), surgir *“como inquietação, impaciência, ritmo desnecessário, ou como outros movimentos, e também como conversa excessiva”* comandados sob a forma de uma agitação psíquica, invisível aos nossos olhos que não permite à criança pausar e interpretar o outro (Silva, 2003).

De facto, num estudo publicado em 1993 por Linda Porrino e Judith Rapoport verificou-se que as crianças com PHDA eram significativamente mais ativas do que aquelas sem esta perturbação em qualquer hora do dia, até enquanto dormiam. Esta hiperatividade traduzida no não controlo do nível de atividade ainda que seja consciente pauta-se pela dificuldade de controlo em situações que socialmente o exijam e o facto de não conseguirem controlar ou regular o seu nível de atividade faz com que tenham *“um padrão de resposta comportamental exacerbado”* (Barkley, 2002: 59) que o autor acredita estar relacionado em grande parte com a sua falta de inibição.

Com efeito, pessoas com PHDA têm maior dificuldade em resistir à tentação da distração e de inibir o seu desejo de fazer outras coisas enquanto estão a realizar uma tarefa mais longa e, sendo interrompidas, são menos capazes de retomar a atividade que consideram desinteressante e não envolve uma recompensa imediata.

Outra das dificuldades sentidas pelas crianças com PHDA é seguir instruções. Seguir regras e instruções é realmente um obstáculo que está patente na não submissão a instruções vindas dos pais ou professores que têm de estar frequentemente a lembrar às crianças o que elas têm de fazer e, muitas da vezes, confrontados com o insucesso dessas instruções, acabam por sucumbir à frustração e irritação. Esta dificuldade, segundo o autor, está estritamente ligada ao problema da impulsividade especialmente ao fraco controlo dos impulsos.

Embora possuam uma inteligência de média a superior estas crianças não conseguem manter um padrão consistente de comportamento e, principalmente, de produtividade de trabalho.

Posto isto, as suas “capacidades de parar, pensar, planejar e, então, agir, bem como a de sustentar a ação face à distração” (Barkley, 2002: 63) são um obstáculo com o qual têm de lidar.

As características acima enunciadas refletem assim um sério problema de inibição comportamental que se traduz na falta de autocontrolo, autodisciplina e vontade que, por sua vez, são extrínsecas ao indivíduo portador desta perturbação e para as quais os fatores neurológicos são determinantes.

Ainda tendo em consideração os fundamentos teóricos do autor acima mencionado, é de especial relevância afirmar que os três principais problemas da PHDA (falta de atenção, impulsividade e hiperatividade) poderão ser traduzidos num só, o atraso no desenvolvimento da inibição do comportamento.

Isto faz com que indivíduos com PHDA possuam um senso alterado do tempo, uma visão limitada quer do passado quer do futuro que os restringe e condiciona a sua ação pois não compreendem as consequências dos seus comportamentos nem avaliam os riscos dos seus atos.

Deste modo, como temos vindo a destacar ao longo deste trabalho, PHDA trata-se de um problema de autocontrolo e sendo a habilidade de inibir o comportamento “controlada por toda a porção frontal do nosso cérebro, numa área conhecida como córtex fronto-orbital” (Barkley, 2002: 77) é compreensível que essa parte do cérebro em pessoas com PHDA não seja tão ativa como o é nas pessoas sem PHDA.

#### 1.4. Causas da PHDA

Relativamente à etiologia da PHDA poder-se-á afirmar que não é única e sim multifatorial e alguns investigadores como Garcia (2001), Lopes (2003) e Barkley (2002) enfatizam os fatores neurológicos e bioquímicos, fatores pré-natais e perinatais, fatores genéticos e fatores ambientais como possíveis causas. De facto, Garcia (2001: 27) assegura que a comunidade científica aceita que a PHDA tem origem em “múltiplos fatores que interagem, exercendo cada um os seus próprios feitos, numa ação conjunta”.



Assim sendo, para Lopes (2003:133) estas causas “*são muito mais provavelmente endógenas do que exógenas*” e, por isso, “*terão mais a ver com fatores internos do próprio indivíduo*”. A mesma opinião tem Barkley (2002) que considera os transtornos cerebrais, lesões cerebrais ou o desenvolvimento anormal do cérebro como causadores desta perturbação.

Contudo, segundo Garcia (2001), a PHDA não resulta necessariamente de lesões cerebrais mas afirma que estas provocam uma maior vulnerabilidade a problemas psicológicos. Por esta razão Barkley (2002) evidencia o desenvolvimento anormal do cérebro como principal causa da PHDA.

Efetivamente, sabe-se que a estrutura cerebral das crianças com PHDA é normal, mas o seu funcionamento é deficitário. Os portadores não produzem neurotransmissores (dopamina e noradrenalina) suficientes em áreas do cérebro responsáveis pela organização do pensamento. Vários estudos indicam ainda que a sua atividade cerebral é inferior e o fluxo sanguíneo é menor principalmente na área frontal, conhecida como região fronto-orbital, mas também na estrutura que liga as regiões frontais e o sistema límbico.

Esta “*região do cérebro é uma das mais desenvolvidas nos seres humanos se comparada a outros animais, e acredita-se que seja a responsável pela inibição do comportamento, pela manutenção da atenção, pelo emprego do autocontrolo e pelo planeamento para o futuro*” (Barkley, 2002: 80) assim como são estas áreas que nos auxiliam “*a mantermos a atenção e a inibir as nossas respostas. Também nos permitem inibir e controlar emoções e motivação, bem como nos ajudam a usar a linguagem (regras ou instruções) para controlar o nosso comportamento e planear o futuro*” (idem: 85).

Por sua vez, o desenvolvimento anormal do cérebro pode ser causado por fatores pré e perinatais como a exposição ao álcool e tabaco durante a gravidez da qual estudos comprovam que resulta o aumento de hiperatividade, o comportamento impulsivo e a desatenção. Para além destas, também a exposição a altos níveis de chumbo especialmente durante os 12 e 36 meses de idade, pode estar relacionada a um maior risco de comportamento excessivo e desatenção.

Outros fatores preponderantes, que incrementam a probabilidade de apresentar PHDA, são o nascimento prematuro e com baixo peso (Garcia, 2001) tal como uma gravidez stressante que pode propiciar o aparecimento na

criança de dificuldades de controlo da atenção, dificuldades de aprendizagem e perturbações comportamentais.

Para além dos fatores já mencionados, a genética pode ser determinante e muitos estudos indicam que 20 a 30% dos pais de crianças hiperativas manifestaram comportamentos hiperativos na sua infância. Barkley (2002: 88) enfatiza este facto e afirma ainda que *“durante muitos anos, ficou claro que os familiares biológicos de uma criança com THDA apresentavam problemas psicológicos dos mais diversificados – particularmente depressão alcoolismo, transtornos de conduta ou comportamento anti-social e hiperatividade – do que familiares de crianças sem THDA”* o que sugere uma predisposição genética para a perturbação.

Relativamente aos fatores ambientais Garcia (2001) considera que os fatores psicossociais têm um importante papel na hiperatividade infantil o que é comprovado por estudos que ditam a influência que algumas variáveis familiares e determinados aspetos sociais exercem sobre o aparecimento desta perturbação.

Poder-se-á então afirmar que o comportamento de crianças com PHDA pode refletir um ambiente familiar desestruturado onde não existe um controlo parental efetivo e, ainda que este não contribua para o facto da criança apresentar ou não a perturbação, o certo é que problemas com drogas e álcool, depressões e comportamentos antissociais influenciam os comportamentos agressivos, desafiadores e de oposição que as crianças com PHDA por vezes vivenciam.

A estas razões somam-se o nível socioeconómico, a situação familiar e a ocupação profissional dos pais como condições não determinantes para a existência da PHDA mas sim para o efeito negativo exercido sobre a família e os modelos educacionais por esta adotados (Garcia, 2001).

A adoção de métodos como o castigo e recompensa para obtenção de um controlo imediato sobre o comportamento dos filhos com PHDA também não parece ser o melhor método a seguir, contudo, estudos comprovam que é exatamente isso que acontece. Efetivamente, Hastings e Lambert (1982, citados por Garcia, 2001) concluíram que os pais de crianças com PHDA recorrem com frequência ao castigo como técnica de controlo comportamental, assim como são mais pessimistas e avaliam negativamente as capacidades

intelectuais dos filhos. Consequentemente estão mais ausentes, são mais despreocupados com os seus resultados académicos e participam muito menos na sua aprendizagem.

Como temos evidenciado ao longo deste trabalho, as crianças com PHDA apresentam realmente maior probabilidade em apresentar outros problemas relacionados com o comportamento, com a aprendizagem ou com fatores sociais e emocionais.

Assim, de acordo com os autores Sosin (2006), estas crianças distraem-se facilmente, esquecem-se com frequência, tendem a perder objetos, parecem estar permanentemente atarefadas, adiam compromissos, são desleixadas, têm dificuldade em executar uma tarefa do princípio ao fim, têm muitos projetos incompletos, detestam papelada, têm dificuldade em manter-se sentadas e dificilmente se concentram no decorrer de comunicações ou reuniões. Este excesso de atividade motora não é em si só um problema específico de aprendizagem mas, por interferir com a concentração e a atenção e por exigir maior tempo de realização de tarefas, pode dificultar a aprendizagem.

Falardeau (1997) refere-se a este aspeto enfatizando que estes alunos muitas vezes poderão revelar atrasos em algumas áreas de conteúdo, nomeadamente na leitura, na escrita, na expressão oral e no cálculo, para além de poderem demonstrar problemas de linguagem (disfasia, dislalia, disartria e distúrbios do ritmo) e mesmo atrasos na aquisição da mesma.

Posto isto, um diagnóstico atempado mostra-se preponderante e é de realçar que o processo de avaliação não deverá ser indiferente à heterogeneidade dos casos, sendo para isso necessária uma equipa multidisciplinar (especialistas de diferentes áreas) que terá de cooperar entre si e com os pais para que se obtenham resultados satisfatórios na intervenção desta problemática.

### **1.5. Intervenção**

O diagnóstico da PHDA exige uma observação médica e uma avaliação precisa quer em termos comportamentais, quer cognitivos (relacionados com a capacidade de aprendizagem da criança). O papel dos pais, dos professores e

de todos os que rodeiam as crianças é muito importante pois são eles quem melhor conhecem e sabem descrever o comportamento da criança.

É por isso que muitas vezes o médico pede relatórios escolares de desempenho para completar a informação que é dada pelos pais, ou mesmo o preenchimento de questionários pelos pais e professores. A avaliação destas crianças deverá ser feita por profissionais competentes e experientes.

Relativamente ao tratamento de uma criança com PHDA, saliente-se que este *“envolve a maioria das vezes combinação de intervenções comportamentais e farmacológicas, até porque só a medicação não é útil na melhoria de patologias associadas à PHDA, como a perturbação de oposição e desafio. Por outro lado, os pais aderem de forma mais entusiasta à intervenção se esta incluir técnicas comportamentais”* (Antunes, 2009 citado por Silva, 2012: 35).

A verdade é que tem de existir uma colaboração estreita entre pais, professores, pediatra, médico de família, psicólogo e, eventualmente, neurologista não esquecendo nunca que a criança terá de ser um participante ativo no seu tratamento que deverá passar por dois aspetos fundamentais: a terapia comportamental e o recurso a medicação estimulante quando tal se justifica.

Segundo Garcia (2001), a escolha do tratamento nem sempre é algo simples mas deve ter-se em conta alguns fatores: vantagens e desvantagens de todos os métodos terapêuticos apresentados, contra-balançar os benefícios versus o custo, reação da criança/aluno perante o tipo de tratamento e também a gravidade da Perturbação de Hiperatividade por Défice de Atenção.

De entre os tratamentos propostos para esta perturbação poderemos referir a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) que se focaliza no problema, visa uma reestruturação cognitiva (mudança de pensamento e crenças) e implica uma relação terapêutica consolidada (Dattilio, Freeman & Reinecke, 1999). Especificamente relacionada com a PHDA esta terapia aborda diversos aspetos nomeadamente a instrução sobre esta perturbação aos pais e ao seu portador e o uso de técnicas de autocontrolo. Define-se também pelo comportamento governado por regras, motivação diante dos resultados e estratégias para solução de problemas.

No entanto, é importante sublinhar que é o tratamento farmacológico que possui maior expressão dado que uma ampla variedade de estudos indica que os estimulantes (as drogas mais utilizadas para o efeito porque são consideradas as mais eficazes), certos antidepressivos e clonidina (droga utilizada para o tratamento da hipertensão em adultos) podem ser de grande utilidade para portadores de PHDA.

Parker define esta intervenção como *“uma componente eficaz do plano geral do tratamento”* (2003: 19) enquanto que Lopes (2003: 239) entende que *“nestas crianças existe uma alteração genética associada a défices no funcionamento de certas áreas do cérebro que controlam a inibição, a atenção e o autocontrolo. A medicação vai estimular diretamente estas áreas cerebrais, pelo que tem de ser administrada diariamente e por longo período de tempo...”*.

No entanto, antes de qualquer intervenção é preponderante reunir uma equipa de especialistas capazes de avaliar cuidadosamente a criança, para que a possam auxiliar a obter um maior controlo sobre si mesma, a valorizar-se e a enfrentar positivamente todas as barreiras que diariamente enfrenta.

Depois de apresentado o diagnóstico, a prescrição de fármacos poderá então atenuar os sintomas apresentados, sendo que, nesta intervenção sobressaem, como já referimos, os estimulantes que estão sujeitos a indicações específicas, a contraindicações, efeitos secundários e precauções especiais. São estes aspetos que terão de ser conhecidos e discutidos por todas as pessoas que rodeiam a criança alvo de intervenção para que se possam minimizar os efeitos negativos da mesma.

Para Rodrigues (2008), a administração de estimulantes deve obedecer a alguns critérios. Em primeiro lugar deve ser alvo de um estudo diário e detalhado do comportamento da criança, em parceria com uma avaliação clínica, periódica, realizada por um médico, da sua evolução. Esta monitorização permitirá detetar sinais indicativos de dosagens erradas ou de que o medicamento não é o mais indicado para o caso em análise. Em segundo lugar todos os efeitos secundários detetados devem ser tidos em consideração e registados, ocorrendo na maior parte dos casos por erro de dosagem.

Se a dosagem for a correta, estes estimulantes permitirão aumentar o nível de atividade cerebral e, como consequência, farão com que a criança ou

jovem com PHDA aumente o seu nível de concentração e consiga um maior controlo sobre os seus impulsos (Sousa, 2004). Além disso, estudos mostram que entre 50% a 95% das crianças medicadas com estimulantes apresentam melhoria no comportamento e no desempenho académico e social (DuPaul & Conner, 2002 citado por Barkley, 2002).

De realçar que são usados sobretudo em idade escolar, mas mostram-se um auxílio eficaz em todas as idades, incluindo adultos e crianças em idade pré-escolar. Beneficiam a criança na sua relação com os seus colegas, na participação em sociedade e no seu comportamento em geral bem como aumentam a atenção, concentração, o poder de reflexão e a resistência à distração, melhorando a aprendizagem e diminuindo o comportamento disruptivo e inadaptado (Barkley, 2008).

Um comportamento notoriamente melhor significará diminuição da punição pelos seus atos e da rejeição dos colegas e professores aumentando as possibilidades de uma melhor adaptação escolar e de um maior sucesso pessoal e académico.

Como temos vindo a verificar ao longo da fundamentação teórica apresentada, o aluno com PHDA demonstra realmente, entre outros comportamentos, agitação constante, dificuldades de interação, embaraço motor e, na maioria dos casos, dificuldades de aprendizagem e exclusão. Por tudo isto, estes despertam inquietação e preocupação junto dos que os rodeiam e requerem uma maior atenção e diferenciação de estratégias para que se possa promover o seu desenvolvimento e intervir na resolução deste problema. Como acabamos de explicitar, os fármacos podem ser, de facto, uma ajuda válida na intervenção da PHDA mas não são os únicos. Como veremos de seguida, família e escola são especialmente relevantes no tratamento em questão.

Corroborando esta afirmação surgem vários especialistas tais como Shelton & Barkley (1995) que referem que a intervenção farmacológica não deve ser a única forma de intervenção principalmente devido aos efeitos secundários que se fazem sentir.

## **1.6. Importância da família**



Corroborando a ideia de que a família é parte primordial na intervenção em crianças e jovens com PHDA, Polis (2008: 134) afirma que “os pais são o fulcro da vida da criança” com esta perturbação.

Após o diagnóstico e porventura um período de negação muitas são as angústias, incertezas e inseguranças vivenciadas pelos pais e, posto isto, afigura-se de real importância obter o maior conhecimento possível acerca da problemática em questão.

A aceitação constitui o primeiro passo válido neste sentido e quer seja através de formações, leituras específicas, visualização de vídeos, diálogos com especialistas ou contacto com grupos de apoio o fundamental é mesmo adquirir técnicas e saber mais acerca dos métodos que poderão ajudar no desenvolvimento do seu filho. Realce-se que estes grupos de apoio aos pais têm como principal objetivo a interajuda e o apoio mútuo entre os progenitores assim como possuem um papel muito ativo no contacto com o público em geral, na disseminação de informação sobre a problemática, na defesa de direitos e providência de serviços (Cunningham, 2006).

O objetivo máximo é, sem dúvida, contribuir para o desenvolvimento global e harmonioso da criança com PHDA, adaptando contextos e aceitando determinadas limitações que podem ser atenuadas mas não completamente modificadas (Barkley, 2002).

Maximizar as suas capacidades, esforços e talentos é também muito relevante especialmente quando tal acontece em detrimento de frustrações e pressões inadequadas sobre a criança.

Os pais devem estimular o seu progresso, pensar para além das limitações dos seus filhos e considerar sempre, primeiramente, o desenvolvimento da sua autoestima, estritamente relacionada com o sucesso escolar e social.

Compreender o impacto e implicações das opções de tratamento medicamentoso também é fundamental tal como obter toda a informação possível sobre a perturbação e avanços no tratamento da mesma através de livros, vídeos, especialistas. Pais instruídos serão certamente mais capazes de auxiliar o seu filho no seu processo de desenvolvimento transpondo as barreiras que a PHDA lhes impõe.



Barkley apresenta alguns princípios fundamentais para que os pais possam lidar com a PHDA e consideramos premente destacar as recompensas e respostas positivas e imediatas dadas “*sob a forma de elogios ou cumprimentos*” (2002: 158) determinando exatamente aquilo que a criança fez bem. Por outro lado, os pais deverão também dar respostas negativas imediatas quando o seu comportamento não foi o desejado, tendo o cuidado de explicar o que a criança acabou de fazer e porque é que não é aceitável.

Estas respostas, quer positivas quer negativas, não poderão, no entanto, ser de periodicidade esporádica mas sim contínua e frequente como forma de encorajamento ao seu desempenho. Para a obtenção de resultados mais satisfatórios é também importante que os pais recorram a incentivos antes de punir motivando a criança.

A questão do tempo é especialmente relevante no caso das crianças com PHDA visto que não têm o mesmo senso de tempo que uma criança sem PHDA e, por essa razão, a utilização de um meio capaz de exteriorizar o intervalo de tempo é significativamente útil e ajuda a criança a precisar o tempo que lhe resta para a execução de determinada tarefa com realização temporal pré determinada. De notar ainda que a realização de atividades com períodos de tempo mais longos, como relatórios ou projetos escolares, deverá ser intercalada com intervalos para que o aluno consiga fazer um pouco cada dia com vista à concretização de um bom trabalho.

Resumindo, o papel dos pais na intervenção em crianças ou jovens com a perturbação em estudo tem de ser consistente e coerente e a calma tem de reinar em todas as situações de conflito ou insegurança. Esta postura facilitará a adaptação aos variados contextos que cercam a criança e estimulará o contacto com diferentes realidades.

Covey citado por Lopes defende que os pais terão de se mostrar ‘proactivos’ conseguindo “*antecipar aquilo que vai suceder e estar preparados para agir sobre os acontecimentos e não propriamente reagir-lhes*” (2003: 216).



## 2. PHDA em contexto escolar

Para J. Delors *et al.* (1998: 130), *“quando o meio familiar falha ou é deficiente”* cabe à escola o papel de facilitadora de aprendizagens e promotora de potencialidades. Quando as crianças têm necessidades específicas que não podem ser diagnosticadas ou satisfeitas no seio da família, é à escola que compete procurar a ajuda e orientação especializadas necessárias ao desenvolvimento dos seus talentos e capacidades.

Em contexto escolar *“as habilidades de sentar quieto, atender, escutar, obedecer, inibir um comportamento impulsivo, cooperar, organizar ações e seguir completamente as instruções, bem como dividir, brincar de maneira adequada e interagir de forma agradável com outras crianças”* (Barkley, 2002: 107)

são preponderantes para o sucesso e, por serem diferentes, as crianças com PHDA destacam-se, nem sempre de forma positiva, na escola e mais particularmente nas salas de aula.

Perante estas reais dificuldades surge a dúvida se o aluno com PHDA poderá ou não receber uma educação sem a intervenção dos serviços da educação especial. Sabemos que cada caso é especial e específico e, na prática, isso pode efetivamente acontecer, contudo, pode também acontecer que esta seja uma solução inevitável para alguns alunos. Na perspetiva de Barbosa *et al* (2005: 73), *“a maioria dos alunos com PHDA (de 35% a 40%), precisam do apoio dos serviços de Educação Especial, na sala de aula regular, com ou sem um professor adicional”*.

Ainda segundo o autor anteriormente mencionado, a PHDA *“é considerada uma limitação de carácter permanente, elegível pela educação especial, quando o défice de atenção, a hiperatividade e a impulsividade prejudicam seriamente o desenvolvimento da criança e quando são visíveis em todos os ambientes e ao longo do tempo”* (Barbosa *et al*, 2005: 67).

De facto, os alunos com PHDA poderão ser elegíveis para a Educação Especial na categoria que diz respeito a *“outros problemas de saúde”*, com base no facto de terem desordem de défice de atenção ou de satisfizerem o critério aplicável a outras categorias, como *“dificuldades de aprendizagem específicas”* ou *“perturbação emocional severa”* (Parker, 2003: 60).

Se elegível, a equipa multidisciplinar encarregue da avaliação do aluno deve determinar as estratégias e intervenções que serão implementadas para o seu atendimento. Posteriormente deverá elaborar um PEI, com as medidas educativas que respondam às necessidades educativas do aluno. O plano educativo individual de intervenção aborda as competências escolares, pessoais e sociais a desenvolver.

A equipa pode ainda instruir o professor no sentido de implementar certas mudanças e adaptações na sala de aula e visar alguns apoios específicos.

Sobre este assunto Cavado (2005: 56) diz-nos que os apoios e os complementos educativos *“são um conjunto de procedimentos que visam a igualdade de oportunidades de acesso e de sucesso”* assim como tendem não só a superar as dificuldades, mas também a descobrir talentos e a desenvolver potencialidades. Por outro lado, Selikowitz assegura que o aluno poderá ter a necessidade da ajuda suplementar do professor de apoio e não precisar de beneficiar da ajuda do professor de educação especial usufruindo apenas de *“um apoio individualizado e/ou ser integrado em pequenos grupos de crianças com as mesmas dificuldades”* (2010: 172).

De facto, tal como afirma Barkley (2002: 113) os alunos com esta perturbação apresentam dois grandes problemas: têm dificuldade em fazer o mesmo que as outras crianças fazem o que é patente nas suas notas baixas ou frequentes retenções e o seu nível de habilidades está abaixo do das restantes crianças.

Barkley afirma ainda que em contexto de sala de aula os professores salientam que as crianças *“fazem comentários sem pensar e sem levantar a mão”* e *“iniciam tarefas ou testes sem ler as instruções com cuidado”* (Barkley, 2002: 55).

Para que tal seja ultrapassado ou, pelo menos, minimizado, terá de existir um ajustamento às necessidades escolares de modo a tentar regularizar o seu desempenho e destacar as suas responsabilidades.

Para isso é primordial o acompanhamento familiar mas também a escola tem um papel de destaque nesta tarefa. Cabe à escola proporcionar e desenvolver uma colaboração entre os variados intervenientes que rodeiam a criança com PHDA bem como deve ser sensível à problemática e oferecer um

ambiente seguro que lhe transmita confiança e se traduza em expectativas reais.

DuPaul & Stoner (2007: 127, 128) resumem a intervenção em contexto escolar num conjunto de bases conceptuais que determinam que:

- A PHDA deve ser vista como uma situação grave e permanente que frequentemente se caracteriza por comportamentos de difícil gestão em sala de aula;

- Os comportamentos sociais e escolares estão interrelacionados e intimamente ligados a problemas educativos;

- Todos os profissionais envolvidos com crianças com PHDA devem adotar uma perspetiva educativa para os problemas de comportamento;

- Lidar de modo eficaz e instrutivo com os problemas de comportamento, obriga ao desenvolvimento e à implementação de programas e planos de apoio ao professor;

- Os profissionais responsáveis pelo apoio ao comportamento de crianças com PHDA devem ter treino profissional adequado.

De notar que as referidas bases conceptuais implicam uma intervenção abrangente que se materializa através de vários programas estruturados de gestão da PHDA em contexto escolar.

## **2.1. PHDA e as práticas pedagógicas**

Parte fundamental da intervenção em contexto escolar advém da diversidade e qualidade das práticas pedagógicas adotadas pela escola e mais estritamente pelo professor.

Estas práticas revestidas de carácter de prevenção ou de intervenção subordinam-se aos seguintes princípios: a) promoção de um ensino significativo e contínuo de normas e regras, relativas a comportamentos apropriados; b) modificação dos currículos escolares e das normas de avaliação, de maneira a ir ao encontro dos seus problemas e a evitar frustrações e desmotivações, com intenção de melhorar os seus resultados e níveis de aprendizagem; c) monitorização e supervisão contínua da aprendizagem nas disciplinas básicas (leitura e escrita, matemática) ou noutras disciplinas curriculares; d) fomentar a independência dos alunos, ensinando-os

a organizar as matérias escolares e a adotar estratégias adequadas de estudo e de trabalho.

Efetivamente é imprescindível o recurso a técnicas específicas adequadas para maximizar o sucesso do aluno, bem como se afigura de especial relevância envolvê-lo no processo, ajudando no estabelecimento de objetivos e na determinação de recompensas e penalidades para os seus comportamentos.

A escola tem de estar preparada para atender às necessidades dos seus alunos com PHDA e privilegiar o contacto entre pais e professores para que haja orientação mútua e cooperativa no sentido de se adequarem e adaptarem as práticas utilizadas e, conseqüentemente, ajustar as respostas educativas à realidade envolvente.

Estas práticas são, na opinião de DuPaul & Stonner (1999: 129), *“essencialmente proactivas e reactivas”*, sendo que as “proactivas” possuem uma natureza preventiva baseando-se nos antecedentes comportamentais como meio de atenuar os comportamentos disruptivos da criança e as “reactivas” *“surgem em resposta aos comportamentos adequados e incorretos e centram-se na gestão de contingências”* (DuPaul & Stoner, 2007: 129).

Segundo Reimers & Brunger (1999), estas técnicas têm revelado efeitos positivos em termos de aumento da atenção e melhoria do comportamento na sala de aula e são bem aceites pelos professores, devido à sua flexibilidade, simplicidade e facilidade de implementação.

## **2.2. Papel do professor**

Barkley (2002: 240) diz-nos que *“o passo inicial da intervenção escolar é a instrução dos professores sobre o transtorno”*. De facto, como já anteriormente mencionamos, assim como a escola, também o professor deverá estar atento e ser cuidadoso, mostrando-se sempre conhecedor da problemática, auxiliando o aluno no seu percurso académico, maximizando as suas capacidades e explorando todos os caminhos indispensáveis para a obtenção de sucesso.

Só o conhecimento real desta problemática permitirá uma intervenção apropriada, só o conhecimento das características, causas, prevalência, evolução e implicações escolares permitirá a obtenção de êxito interventivo.

Para que tal aconteça é essencial que este conheça bem o seu aluno com PHDA e saiba como se desenvolve o relacionamento deste com os restantes alunos assim como se comporta nas várias situações escolares não relacionadas com a sala de aula como, por exemplo, o recreio ou as atividades extra curriculares. Poderá ainda promover a compreensão necessária por parte dos pais das outras crianças para possíveis comportamentos desajustados experimentados pelo aluno com a perturbação.

Esta questão do relacionamento com os pares é muito significativa quando ligada a crianças com PHDA uma vez que estas têm maiores dificuldades na manutenção de relacionamentos interpessoais significativos e duradouros, facto que se agrava em contextos mais exigentes, como a escola, que impõe a manutenção de um comportamento autorregulado e o cumprimento de regras sociais e académicas (Gerdes, Hoza & Pellam, 2003, citados por Silva, 2010).

Poder-se-á dizer que estas crianças são normalmente rejeitadas pelos colegas devido ao seu comportamento provocativo e muitas vezes inapropriado. Frequentemente tendem a chamar a atenção, tentando alterar o foco das atividades ou iniciando comportamentos desobedientes. Além disso, são desatentas no que concerne aos avisos dos outros e têm graves dificuldades em cooperar com os restantes membros do grupo de forma a atingir objetivos comuns.

Com efeito, a sua hiperatividade *“e a impulsividade são geralmente aversivas a outras crianças”* que frequentemente se sentem *“amedrontadas com a facilidade com que a criança com THDA se sente irritada, frustrada ou agressiva”* (Barkley, 2002: 208). Para Nielson (1999: 63) a consequência dos seus comportamentos passa por receber *“respostas negativas por parte dos que os rodeiam, facto que pode funcionar em detrimento do seu crescimento social e emocional.”*

Na regulação deste aspeto em particular tem especial importância o professor que para além de facilitador de aprendizagens tem de se assumir

também como facilitador de relações entre pares e impulsionador de um ambiente harmonioso, cooperativo e próspero.

Para que tal seja possível este deverá estar não só familiarizado com os métodos de auxílio existentes mas também apostar na sua formação para que possa apoiar o aluno ajudando-o a adquirir conhecimentos que lhe sejam úteis num futuro próximo em todas as áreas de desenvolvimento.

A falta de formação poderá de facto ser um obstáculo grave à intervenção do aluno com PHDA e, por isso, afigura-se primordial que o professor esteja motivado e se mostre conhecedor acerca da perturbação pois a sua atitude influenciará certamente a sua disponibilidade em contexto de sala de aula.

Todas as formações relacionadas com a temática deverão ser tidas em conta pelo professor pois estas permitirão responder de forma mais pertinente e adequada a determinados comportamentos das crianças com PHDA e serão uma mais-valia que lhes ensinará a antecipar e a prever determinada reação propiciando uma mudança (Barkley, 2008).

Destaque-se ainda que faz parte das suas responsabilidades proporcionar um ambiente de sala de aula de acalmia onde predominem estratégias e práticas diferenciadas mas onde não se negligenciem as regras de conduta.

Para ser bem-sucedido terá de comunicar de forma assertiva, clara e direta e atuar de contínua e coerentemente potenciando sempre as áreas fortes dos alunos com PHDA mas nunca descurando o papel fundamental que tem o resto da turma na intervenção junto a eles.

Acima de tudo terá de não confundir PHDA com indisciplina e compreender que, muitas vezes, a criança não tem consciência da inconveniência dos seus atos nem sabe diferenciar a desobediência da falta de controlo dos seus impulsos.

Em suma, a estreita relação entre professor-aluno é indubitavelmente uma arma no controlo e intervenção da PHDA e, se continuamente trabalhada e ajustada, seguramente trará melhorias a nível da adaptação escolar a longo prazo e contribuirá para o sucesso escolar, o incremento da autoestima e a segurança e confiança do aluno portador desta perturbação.

### 2.3. Estratégias de intervenção na sala de aula

Vários são os autores que ao longo do tempo têm vindo a apresentar diferentes estratégias que poderão ser usadas em contexto de sala de aula para ajudar o aluno com PHDA.

Contudo, antes de definir essas estratégias há que considerar que “as crianças com PHDA dão o melhor de si quando trabalham numa atmosfera tranquila, recebem uma atenção individualizada e estão inseridas numa turma reduzida composta de só um ano de escolaridade” (Maia, [s/d]: 15).

Assim sendo, de entre os autores referidos destacamos Barkley (2002: 244) que apresenta alguns conselhos relacionados com a estrutura da aula e programas escolares: estimular e motivar o aluno, inovar e aumentar o nível de interesse das tarefas, mudar o estilo de apresentação dos conteúdos programáticos, relacionar adequadamente tempo e atividades, utilizar materiais diversos que estimulem o aluno através da cor, forma e textura, intercalar atividades mais calmas com atividades de maior movimento, estipular tarefas mais difíceis para o período da manhã deixando as mais lúdicas para a tarde, fornecer instruções diretas, utilizar o computador e combinar as aulas com breves momentos de exercício físico e/ou sugerir uma breve corrida de modo a renovar a capacidade de atenção não só do aluno com PHDA mas também dos restantes colegas da sala.

Além de Barkley, Polis (2008) defende ainda que o professor deve autorizar a criança a sair alguns minutos da sala, de forma subtil, pedindo, por exemplo, que leve um recado a outro professor. Ainda seguindo esta linha de pensamento surge Sosin & Myra (1996: 45) que afirmam que a atribuição de tarefas capazes de manter os alunos em movimento e que sejam simultaneamente terapêuticas como “mensageiro, monitor de presenças, distribuidor de materiais ou qualquer outra tarefa simples como afiar um lápis ou guardar um livro” auxiliam o aluno e permitem despertar novamente a sua atenção.

DuPaul & Stoner (2007: 156) acrescentam ainda que o professor deve: implementar rotinas diárias na sala de aula; lembrar as regras aos alunos e ensinar-lhas ativamente, através de discussão e exemplos; manter o contacto visual; movimentar-se pela sala de aula, de modo a aconselhar e instruir os



alunos, monitorizando o seu comportamento e dando-lhes *feedback*; fornecer instruções rápidas, curtas e bem direcionadas; certificar-se de que os alunos compreenderam o que explicou e fizeram o que foi pedido, antes de prosseguir para nova atividade; definir claramente a distribuição das tarefas no tempo, indicando quando se espera que estejam terminadas; efetuar revisões semanais e mensais para promover a sua autonomia e finalmente utilizar atividades preferidas como uma recompensa (como por exemplo: atividades ao ar livre, no computador).

Por sua vez, Arruda (2006), acrescenta o seguinte: em cima da mesa deverá estar apenas o material necessário; a utilização de uma agenda pode ajudar o aluno a organizar-se; o professor deve confirmar que o aluno escutou e entendeu as explicações e instruções tal como escrever no quadro apenas as informações necessárias para o tema em estudo; programar pausas e outras recompensas para atitudes adequadas; colocar um pequeno símbolo para que o professor monitorize onde o aluno se encontra nas atividades; no livro, caderno e fichas tapar os outros exercícios com uma folha pode ajudar o aluno a concentrar-se apenas num exercício de cada vez; após uma pergunta o professor deve dar tempo extra para a reflexão; é importante dividir fichas de trabalho longas em segmentos curtos; organizar grupos de trabalho com o máximo de três elementos e, por fim, o autor defende que o professor deve evitar que o aluno termine em casa, o trabalho que não conseguiu terminar na aula.

De acordo com Fernandes (2007: 54) é também essencial realizar exercícios de relaxamento, respiração e auto controlo, não só com crianças com PHDA, mas com toda a turma.

Finalmente, Rief (1999) preconiza a importância de antecipar e prevenir os problemas e, sempre que possível, evitar uma linguagem de confronto. Salienta ainda a preponderância de estabelecer alternativas para comportamentos inadequados, ignorar determinados comportamentos no sentido de perderem o impacto, verificar os níveis de tolerância e ser compreensivo perante sinais de frustração, falar em privado com o aluno acerca dos seus comportamentos inapropriados e reagir com humor em momentos de tensão para a aliviar.



Todas as práticas e estratégias mencionadas visam facilitar as aprendizagens e regular o ambiente onde estas decorrem por forma a auxiliar os alunos com PHDA a minimizar o impacto da sua impulsividade contribuindo assim para a promoção do seu sucesso escolar. De entre todas as estratégias possíveis na intervenção destes alunos destacaremos aquelas que, imbuídas de carácter inovador, motivam os alunos para a aprendizagem e permitem despertar e captar a sua atenção.

### **3. Papel do lúdico na aprendizagem**

#### **3.1. Definição de lúdico**

Lúdico, do latim *ludus* significa jogo, divertimento e, de acordo com a fundamentação teórica que norteou a pesquisa desta temática particular, nomeadamente VYGOTSKY (1991), PIAGET (1990) e WINNICOTTI (1971), está presente como um papel de fundamental importância na educação, principalmente na educação infantil.

Para Kishimoto (2000: 11) a criança é “*portadora de uma especificidade que se expressa pelo ato lúdico*” e, desse modo, “*a infância carrega consigo as brincadeiras que se perpetuam e se renovam a cada geração*”.

#### **3.2. Importância do lúdico na aprendizagem**

O lúdico está verdadeiramente ligado ao jogo e à brincadeira, que constitui uma necessidade básica e um direito de todas as crianças, e configura-se numa experiência humana, rica e complexa através da qual o aluno aprende a utilizar e adequar novos movimentos e desenvolve estratégias próprias para solucionar problemas.

Há muito que se considera a brincadeira como construtora de alicerces pessoais e sociais mas há que ter em atenção que esta “*deve ter o auxílio do adulto e ter situações estruturadas, que permitam a ação motivada e iniciada pelo aprendiz de qualquer idade.*” (Burner, 1978: 38).

Neste sentido, Vygotsky (1991: 98) afirma ainda que “*brincar é de extrema importância para os processos de aprendizagem e desenvolvimento da criança, pois é através dele que a criança pode reproduzir experiências e vivenciar o mundo, relacionando-se com outras crianças*”.

Por sua vez, falar de lúdico é também falar de jogo que se assume como um importante aliado do processo ensino-aprendizagem pois, *“quando se usa o jogo como prática pedagógica, ele se torna um elemento enriquecedor para promover a aprendizagem e contribuir com o desenvolvimento de muitas habilidades”* (Lopes, 2000: 35).

Para muitos autores os jogos são verdadeiramente enriquecedores e promotores do desenvolvimento global da criança daí que Verderi (1999) afirme que a formação da personalidade das crianças é bastante influenciada pelo contexto sociocultural. E, se assim é, o fundamental é fazer com que estas não se afastem dos jogos e das brincadeiras, não descurem o contacto com as atividades lúdicas, para que a consequência não seja o empobrecimento nas etapas do desenvolvimento infantil nem a privação de um aprimoramento mais adequado ao desenvolvimento das suas capacidades motoras, cognitivas e sócio afetivas.

O lúdico é definitivamente um indicador de várias competências, é uma atividade muito rica que contribuirá para que o aluno se possa conhecer melhor, enfrente desafios, interaja com o outro e organize as suas relações sociais e emocionais, tal como permitirá construir passo a passo a sua personalidade e favorecer uma melhor adaptação escolar e social.

A atividade lúdico-educativa deve, deste modo, proporcionar riqueza e diversidade privilegiando o desenvolvimento da criança a todos os níveis sem, no entanto, descurar a sujeição a certas regras, pois, dominar as regras implica dominar o seu próprio comportamento, aprendendo a controlá-lo e a subordiná-lo a um propósito definido.

Corroborando esta ideia Vygotsky (1991) entende que as atividades lúdicas não se ligam unicamente ao prazer, pois a imaginação e as regras são características que servem para definir a brincadeira, mesmo que a lógica estabelecida pela situação do jogo não seja formal.

Por sua vez Piaget (1998) diz que a atividade lúdica é o berço obrigatório das atividades intelectuais da criança, sendo, por isso, indispensável à prática educativa. Com efeito, a escola deve promover estas atividades imbuídas de carácter desafiador para possibilitar a construção de conhecimentos, dando oportunidade a todos os seus alunos e em particular ao aluno com PHDA de desenvolver a sua participação, criatividade e atenção.

Através destas poder-se-ão ainda trabalhar as habilidades do pensamento, da imaginação, da interpretação, da motivação interna e da socialização.

O ensino com o recurso a meios lúdicos cria ambientes gratificantes, motivadores e vai ao encontro dos interesses do aluno sem negligenciar o seu objetivo. Acerca desta visão, Oliveira (1985: 74) preconiza que o lúdico, sob a forma de jogos e brincadeiras, é *“um recurso metodológico capaz de propiciar uma aprendizagem espontânea e natural. Estimula a crítica, a criatividade, a sociabilização, sendo, portanto reconhecidos como uma das atividades mais significativas – senão a mais significativa – pelo seu conteúdo pedagógico social”*.

Em suma, a atividade lúdica possibilita às crianças aprenderem a relacionar-se com os outros e promove um maior desenvolvimento cognitivo, motor, social e afetivo. Por meio do brincar, a criança experimenta, descobre, inventa, adquire habilidades, estimula a sua criatividade, autoconfiança, curiosidade e autonomia. Esta proporciona ainda o desenvolvimento da sua linguagem, do pensamento e concentração e conseqüentemente facilita a aquisição e consolidação dos conhecimentos.

Contudo, em relação aos alunos com PHDA, sabe-se que o seu comportamento *“em relação às crianças normais, se mostra muito deficitário devido à grande dificuldade de atenção, concentração e impulsividade causada pelo distúrbio”* (Barros, 2002: 67) daí que seja necessário atender sempre às características e necessidades particulares e específicas dos alunos, adequando práticas e adaptando métodos e técnicas pedagógicas.

### **3.3. Atividades lúdicas na intervenção com alunos com PHDA**

Barkley diz-nos que os alunos com PHDA parecem ser atraídos *“pelos aspetos mais recompensadores, divertidos e reforçativos em qualquer situação”* (2002: 52) e é exatamente isso que o lúdico lhes proporciona porque se diferencia e destaca relativamente aos métodos normalmente utilizados no quotidiano escolar o que faz com que as aulas se tornem mais dinâmicas e divertidas e, por conseguinte, os alunos sentem-se mais motivados para a aprendizagem (Kishimoto, 1996).

Com efeito, “quando confrontados com trabalhos que julgam tedioso, maçante ou não recompensador, as crianças com THDA sentem *necessidade de achar algo diferente para fazer*” (Barkley, 2002: 158) e por essa razão “*as salas de aula que têm centros de interesse recheados de ideais para estimular mentes criativas e professores entusiastas que mantêm mentes ocupadas são indicadas para alunos com PHDA*” (Wolfe, 2004: 137).

Ao utilizar o lúdico como estratégia pedagógica, o professor deve reconhecer o seu valor como argumento educativo e, numa perspectiva dinâmica e ativa, considerar as características de cada um dos seus alunos com PHDA objetivando auxiliá-los no incremento das suas competências e habilidades imprescindíveis a um bom desempenho emocional, cognitivo e social. O estímulo constante da sua atenção permitir-lhe-á vivenciar as práticas lúdicas mais intensamente captando o máximo da experiência e da interação social a ela agregada.

Para que tal aconteça, o docente deve modificar a sua forma de explanar saberes, despertando a atenção da criança e assim facilitando o processo de ensino aprendizagem. Novidade e inovação quer nos materiais utilizados quer nas atividades implementadas são fundamentais na sua prática para que se implementem tarefas de carácter diversificado, dinâmico, atual e significativo.

Quer seja através de brincadeiras rigorosamente pensadas e planeadas, quer através de jogos com propósitos bem definidos e estruturados, o docente deverá conceber os seus planos de aula tendo sempre em consideração a motivação dos seus alunos procurando captar a atenção de todos especialmente daqueles com PHDA.

Sendo simultaneamente uma ferramenta criativa, atraente e interativa que auxilia o professor a minimizar os problemas de comportamento nas crianças com PHDA, o jogo permite ainda que estas experienciem situações que as distanciam de estímulos irrelevantes demasiadas vezes causadores das suas distrações.

Neste sentido, cabe ao professor estimular a atenção da criança com esta perturbação dando-lhe a possibilidade de aproveitar ao máximo uma experimentação ou uma atividade lúdica ao mesmo tempo que promove uma melhor interação com os seus colegas Vygotsky (2004).

Efetivamente, em consequência da sua instabilidade comportamental as crianças com excesso de atividade motora para além das dificuldades de controlo dos seus impulsos e de manter a atenção possuem também dificuldades em cultivar e preservar as suas amizades e também daí emana a importância das atividades lúdicas que atuam como facilitadoras das relações, não constringem os afetos e funcionam como impulsionadoras do respeito pelas regras em grupo e em sociedade.

De facto, a investigação tem demonstrado que o aumento do grau de estimulação nas tarefas e a novidade implementada no recurso a novos materiais e métodos melhora significativamente a capacidade de resposta da criança com PHDA e, por isso, afigura-se primordial privilegiar o lúdico em detrimento de atividades passivas ou repetitivas passíveis de aumentar o desinteresse de todos os alunos especialmente dos alunos com PHDA.

Como já referimos, atividades inovadoras e estimulantes que englobem o jogo, meios multimédia, livros de histórias entre outros contribuem para o desenvolvimento global das crianças, em particular crianças com PHDA, e devem ter lugar de destaque nas escolas e mais concretamente nas salas de aula.

## **PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA**

### **1. Metodologia**

#### **1.1. Introdução**

O presente trabalho consiste num estudo transversal e exploratório que procura perceber a percepção dos professores da amostra relativamente às atividades lúdicas na intervenção em alunos com PHDA. Para tal dividiremos este capítulo em diferentes tópicos, sendo que o primeiro se focaliza nos objetivos gerais e específicos a atingir no decorrer do estudo, assim como, na pergunta de partida que constitui o fio condutor desta investigação.

O segundo tópico contempla a formulação das hipóteses passíveis de serem verificadas ao longo da pesquisa realizada e o terceiro e quarto tópicos estão relacionados com os instrumentos utilizados e com os procedimentos realizados com vista à recolha dos questionários e posterior tratamento de dados. Por sua vez, o quinto tópico apresenta as características da amostra que delimitamos sendo que se traduz numa amostragem por conveniência.

#### **1.2. Objetivos**

A pertinência deste estudo acerca da PHDA reflete-se na atual realidade escolar, onde cada vez mais se encontram alunos com esta perturbação. Sendo uma problemática cujo enfoque comportamental é evidente, são perfeitamente compreensíveis as consequências que esta traz para a aprendizagem do aluno.

Efetivamente, o insucesso escolar de crianças com PHDA é real e importa considerar a importância que a escola e particularmente os professores possuem na sua prevenção e intervenção. De facto, é fundamental perceber se os professores conhecem a perturbação, se estão preparados para enfrentar o desafio da PHDA e, especialmente se recorrem a estratégias diferenciadas capazes de promover a sua atenção e auxiliar na sua intervenção.

Posto isto, embora o nosso objetivo principal, e por isso nossa pergunta de partida, seja saber qual a percepção dos professores acerca das atividades lúdicas na intervenção em alunos com PHDA, concentrar-nos-emos também noutros aspetos fundamentais que constituem os nossos objetivos específicos

e que são: i) perceber qual o nível de conhecimento que os professores detêm sobre a PHDA e as características dos alunos com esta perturbação; ii) entender se a formação dos professores ou a sua experiência são importantes para esse mesmo conhecimento; iii) compreender se no entender dos professores as atividades lúdico-pedagógicas fomentam as aprendizagens e o sucesso escolar e contribuem para o desenvolvimento da atenção e concentração das crianças com PHDA; iv) perceber se os docentes conhecem estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula assim como saber se estes recorrem frequentemente ao lúdico como método de trabalho na sua prática pedagógica.

### **1.3. Hipóteses**

Após a definição dos objetivos a alcançar, construímos as hipóteses que norteiam o estudo tendo sempre em consideração que estas devem ser testáveis, justificáveis, relevantes para o tema, claras e lógicas (Almeida e Freire, 2008). Por conseguinte, tentaremos confirmar ou infirmar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Os professores demonstram conhecimento acerca da PHDA.

Hipótese 2 – Os professores identificam as características dos alunos com PHDA.

Hipótese 3 – Os docentes compreendem que a formação é essencial no auxílio a alunos com PHDA.

Hipótese 4 – Os professores compreendem a importância do recurso a atividades lúdicas na intervenção em alunos com PHDA.

Hipótese 5 – Os docentes identificam os benefícios das atividades lúdicas no desenvolvimento dos alunos com PHDA.

Hipótese 6 – Os docentes adequam a sua prática aos alunos com PHDA.

Hipótese 7 – Os docentes recorrem a atividades lúdicas como método de trabalho na sua prática pedagógica.



#### 1.4. Instrumentos

Desenvolver uma investigação desta natureza pressupõe um trabalho minucioso e implica a escolha acertada do método a utilizar. Esta opção está, segundo Marconi e Lakatos (2002: 31), *“diretamente relacionada com o problema a ser estudado; a escolha dependerá dos vários fatores relacionados com a pesquisa, ou seja da natureza dos fenômenos, o objeto da pesquisa, os recursos financeiros, a equipe humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação”*.

Por sua vez, Yin (2005) corrobora esta opinião e enfatiza que deve ser dada importância à natureza das principais questões do estudo, à possibilidade de controlo de variáveis e ao facto de se tratar ou não de um fenómeno que se desenvolve no momento do estudo.

Neste sentido, optámos por uma metodologia de cariz quantitativo, envolvendo a recolha e análise de elementos informativos através de um inquérito por questionário que apresenta um conjunto de perguntas semiestruturadas de carácter aberto e fechado.

Ghiglione & Matalon (1993) referem que os inquéritos são um conjunto de atos e diligências destinados a apurar alguma coisa, enquanto que Ketele & Roegiers (1993) afirmam que estes pressupõem o estudo de um tema preciso junto de uma população, cuja amostra se determina a fim de precisar determinados parâmetros.

Trata-se, assim, de um estudo junto de professores através da aplicação de um inquérito a uma amostra delimitada com o intuito de perceber qual a percepção dos professores relativamente à intervenção em alunos com PHDA. Nesse sentido, optamos pela amostragem por conveniência, técnica de amostragem não probabilística, dado que julgamos ser a adequada perante um estudo exploratório como o que pretendemos realizar.

Assim sendo, este questionário (Anexo I) é constituído por quatro categorias, sendo que a primeira está relacionada com os elementos caracterizadores da amostra e a segunda diz respeito ao conhecimento dos professores acerca da PHDA e das características que os alunos com esta perturbação apresentam. A terceira categoria refere a importância que a formação dos professores possui na intervenção com alunos com PHDA e



finalmente a quarta categoria está ligada ao lúdico, às estratégias que poderão ser utilizadas com alunos com PHDA e ao recurso por parte dos professores às atividades lúdicas.

Note-se que os questionários têm como objetivo garantir “a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos” e “é absolutamente indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações” (Ghiglione & Matalon, 1993:121).

### **1.5. Procedimentos**

Após a construção do questionário, a partir de um formulário através das ferramentas online do Google Docs, onde apresentamos o objetivo do estudo e garantimos a confidencialidade e anonimato das informações recolhidas, enviamos o mesmo para um conjunto de professores com vista ao seu preenchimento online.

Uma vez preenchidos, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados, com recurso ao programa Excel. Por fim, os resultados foram analisados de acordo com os objetivos e hipóteses anunciadas, cruzando os dados com as informações do enquadramento teórico.

## **2. Caracterização da amostra**

Como já anteriormente explicitamos recorreremos à amostragem por conveniência, que como o próprio nome indica tem como objetivo obter uma amostra de elementos convenientes (em termos de disponibilidade, acessibilidade e questões financeiras) e, por essa razão, “*não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do Universo*” (Hill & Hill, 2008: 50).

A nossa amostra é constituída por 71 professores, 64 do sexo feminino e 7 do sexo masculino sendo as proporções de, respetivamente, 90% e 10% (ver gráfico e tabela 1).

### Gênero dos inquiridos

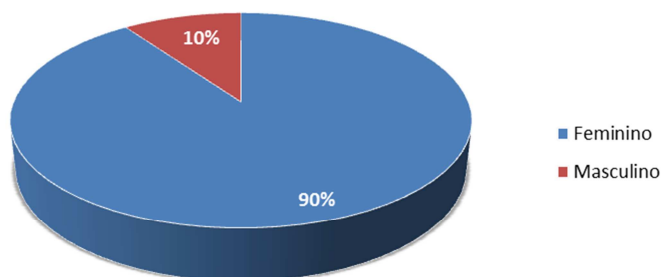


Gráfico 1 - Gênero dos inquiridos

Sexo	Nº	%
Feminino	64	90%
Masculino	7	10%

Tabela 1 - Gênero dos inquiridos

Como mostram o gráfico e tabela 2 os inquiridos têm idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos mas a maioria (62%) tem entre 26 e 35 anos.

### Idade dos Inquiridos

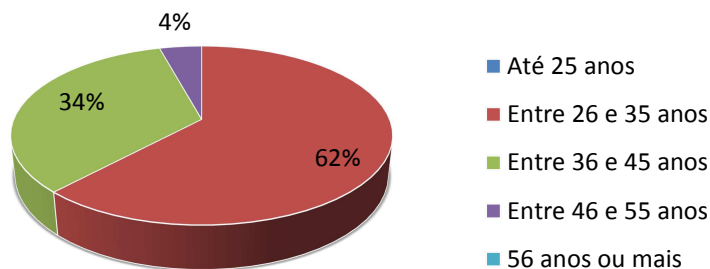


Gráfico 2 - Idade dos inquiridos

IDADE	Nº	%
Até 25 anos	0	0%
Entre 26 e 35 anos	44	62%
Entre 36 e 45 anos	24	34%
Entre 46 e 55 anos	3	4%
56 anos ou mais	0	0%

Tabela 2 - Idade dos inquiridos

Como se pode verificar no gráfico e tabela 3 relativamente à formação académica os inquiridos são maioritariamente licenciados (63%), 24% possuem Licenciatura e especialização e 13% são detentores de Mestrado.

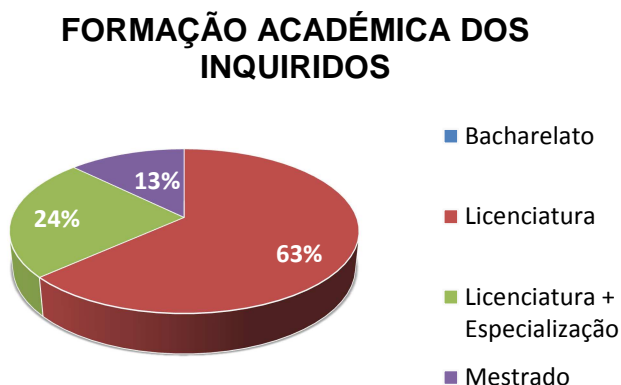


Gráfico 3 - Formação académica dos inquiridos

FORMAÇÃO ACADÉMICA DOS INQUIRIDOS		
Bacharelato	0	0%
Licenciatura	45	63%
Licenciatura + Especialização	17	24%
Mestrado	9	13%
Doutoramento	0	0%
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Tabela 3 - Formação académica dos inquiridos

De salientar que dos licenciados com especialização, cinco referiram a Educação Especial como especialização, oito especificaram a Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor como especialização, dois a Educação Especial: Domínio de Intervenção Precoce, um a educação Especial: domínio da Visão e Audição e outro mencionou a sua especificação em Professores do Ensino Básico variante de Educação Visual e Tecnológica.

Em relação ao Mestrado, cinco inquiridos são mestres em Educação Especial, um em Ensino da Música, outro em Psicopatologias da Comunicação e da Linguagem, outro em Administração e Gestão Escolar e finalmente um último em Docência e Gestão em Educação.

É preponderante para o nosso estudo referir que dos vinte e seis que afirmaram ter especialização ou mestrado, vinte e um, ou seja 81%, formaram-se em Educação Especial.

Se verificarmos o gráfico e tabela 4 percebemos que quando questionados acerca da sua situação profissional atual, 49% afirmaram ser docentes de 1º Ciclo, 7% docentes de 2º Ciclo, 3% docentes de 3º Ciclo, outros 3% docentes do Secundário, também 3% docentes de Educação Especial e 35% responderam que se encontravam noutra situação profissional que não as escritas. Com efeito, destes últimos vinte e cinco inquiridos (35%), 23 docentes estão desempregados e dois trabalham nas AEC's.

### SITUAÇÃO PROFISSIONAL

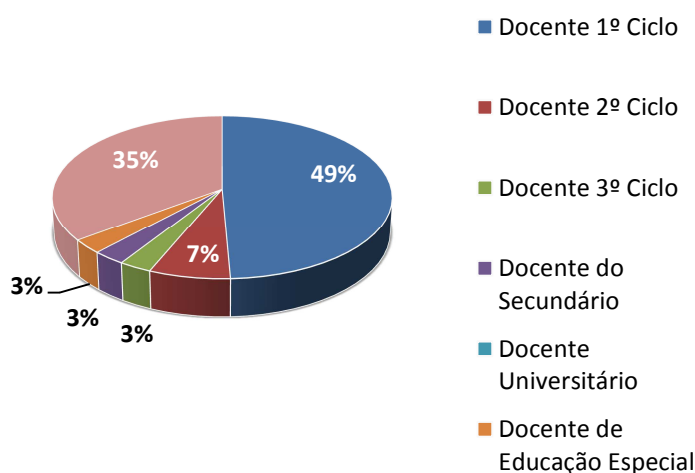


Gráfico 4 – Situação profissional dos inquiridos

SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL		
Docente 1º Ciclo	35	49%
Docente 2º Ciclo	5	7%
Docente 3º Ciclo	2	3%
Docente do Secundário	2	3%
Docente Universitário	0	0%
Docente de Educação Especial	2	3%
Docente de Apoio Educativo	0	0%
Outro	25	35%
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Tabela 4 - Situação profissional dos inquiridos

No que concerne ao tempo de serviço dos professores da nossa amostra o gráfico e tabela 5 mostram-nos que 66% têm entre 6 a 15 anos de tempo de serviço, 30% menos de 5 anos, 3% entre 16 e 25 anos e apenas 1% possui mais de 25 anos de tempo de serviço.

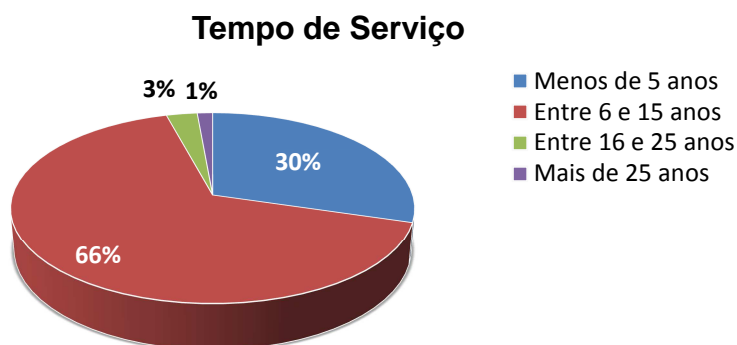


Gráfico 5 – Tempo de serviço dos inquiridos

Tempo de Serviço		
<b>Menos de 5 anos</b>	21	30%
<b>Entre 6 e 15 anos</b>	47	66%
<b>Entre 16 e 25 anos</b>	2	3%
<b>Mais de 25 anos</b>	1	1%
<b>Total</b>	71	100%

Tabela 5 - Tempo de serviço dos inquiridos

Por fim, na caracterização da amostra em estudo é fundamental perceber qual a percentagem de professores que já teve contacto com alunos com NEE e mais especificamente com alunos com PHDA. Assim, tal como nos mostra o gráfico 6, é de realçar que a grande maioria dos professores questionados já contactou com alunos com NEE e PHDA, 96% e 97%, respetivamente.

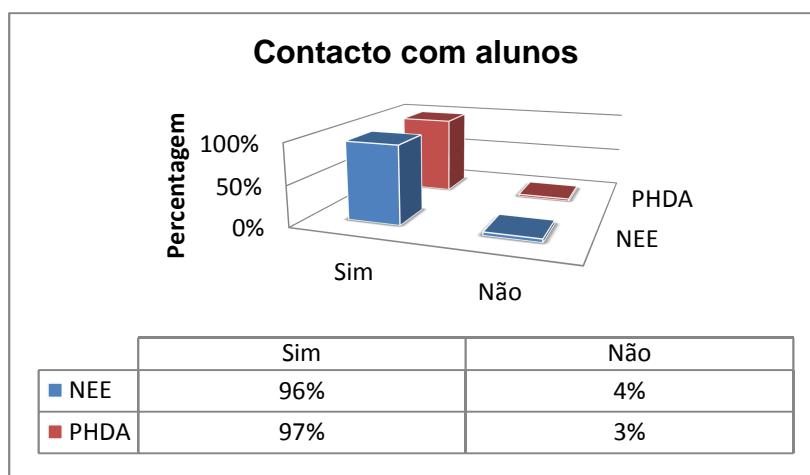


Gráfico 6 – Contacto com alunos com NEE e PHDA

### 3. Apresentação e discussão dos resultados

#### 3.1. Descrição dos resultados

Passaremos então a descrever os resultados obtidos seguindo a ordem das questões apresentadas no questionário.

Relativamente ao conhecimento que os professores da amostra detêm sobre a PHDA é de notar que à maioria das questões estes responderam corretamente, sendo que 77% identifica a PHDA como uma perturbação temporária característica da infância e juventude, 72% considera-a uma das perturbações infantis mais comuns, 75% afirmam que se pode verificar em pessoas adultas, 97% não têm dúvidas que esta consiste em problemas com os períodos de atenção, controlo dos impulsos e nível de atividade e 73% respondeu corretamente à questão de ter ou não maior prevalência no sexo feminino, assegurando que a PHDA efetivamente não tem maior prevalência no sexo feminino.

Por outro lado, em relação ao facto de a PHDA poder ser uma perturbação cuja principal causa é neurológica, confirmamos que 45% dos docentes responde corretamente afirmando que sim mas ainda subsistem algumas dúvidas patentes na elevada percentagem de inquiridos que responderam incorretamente ou não souberam responder (55%).

Além deste aspeto, é fácil confirmar no gráfico 7 que a maioria dos docentes (54%) não sabe responder quando questionamos se a visualização superior a três horas diárias de televisão agrava a PHDA e 15% responde

incorretamente garantindo que a PHDA se agrava com a visualização superior a três horas diárias de televisão.

### Conhecimento acerca da PHDA

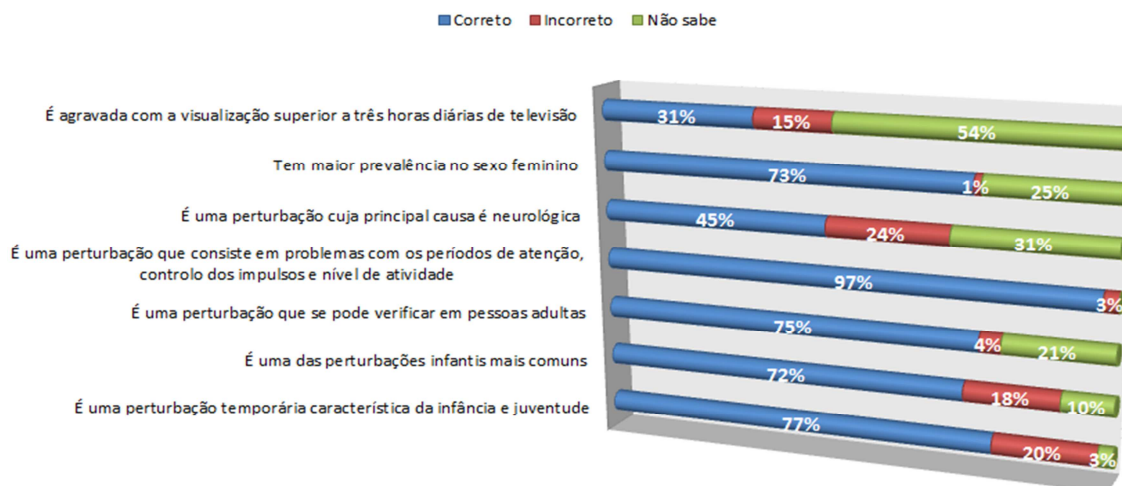


Gráfico 7 - Conhecimento acerca da PHDA

Por sua vez, no que respeita ao conhecimento das características dos alunos com PHDA se atentarmos na mancha gráfica do gráfico 8 apercebemo-nos que maioritariamente os docentes responderam corretamente às questões levantadas. Com efeito, 100% afirma que os alunos com PHDA “têm dificuldade em manter a sua atenção e concentração”, 99% concorda que estes se “distraem muitas vezes com estímulos irrelevantes”, 97% respondeu que não “organizam com facilidade as suas tarefas e atividades escolares” e 96% não está de acordo que os alunos com PHDA “frequentemente terminam os trabalhos escolares dentro do tempo estipulado”.

De relevar ainda que 93% dos inquiridos compreende que os alunos em questão não “seguem com facilidade as regras da sala de aula” nem “seguem instruções com facilidade”, 92% afirma que o aluno com esta perturbação “é mais facilmente atraído para atividades que envolvam uma recompensa imediata”, bem como assegura que “com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado”. Para além disso a mesma percentagem refere que este “apresenta dificuldade em conter as suas respostas e pensar antes de agir” e “com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros”. Também 90% dos docentes acredita que o aluno

com PHDA “movimenta com frequência as mãos e os pés, move-se quando está sentado”, 89% defende que “com frequência fala em excesso perturbando o normal funcionamento da aula” e nega que “frequentemente o aluno espera pela sua vez para intervir”. Saliente-se ainda que 86% corroboram com a afirmação de que os discentes com PHDA “com frequência parecem não ouvir quando se lhe dirigem diretamente” e entendem também que estes não “procuram envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido”. Por fim, 76% acredita que “muitas vezes estes alunos apresentam dificuldades de aprendizagem”.

No entanto, ao contrário dos itens anteriormente expostos, dois suscitaram algumas dúvidas, nomeadamente os itens “relaciona-se facilmente com os colegas” e “tem dificuldade em filtrar a informação distinguindo o importante do relevante”.

À primeira questão atrás referida 56% responderam acertadamente que não, 38% erraram dizendo que sim e 6% não souberam responder. Nas respostas à segunda questão mencionada somente 13% acertaram dizendo que “filtrar a informação, distinguindo o importante do irrelevante” não constitui uma real dificuldade para os alunos com PHDA.

### Características dos alunos com PHDA

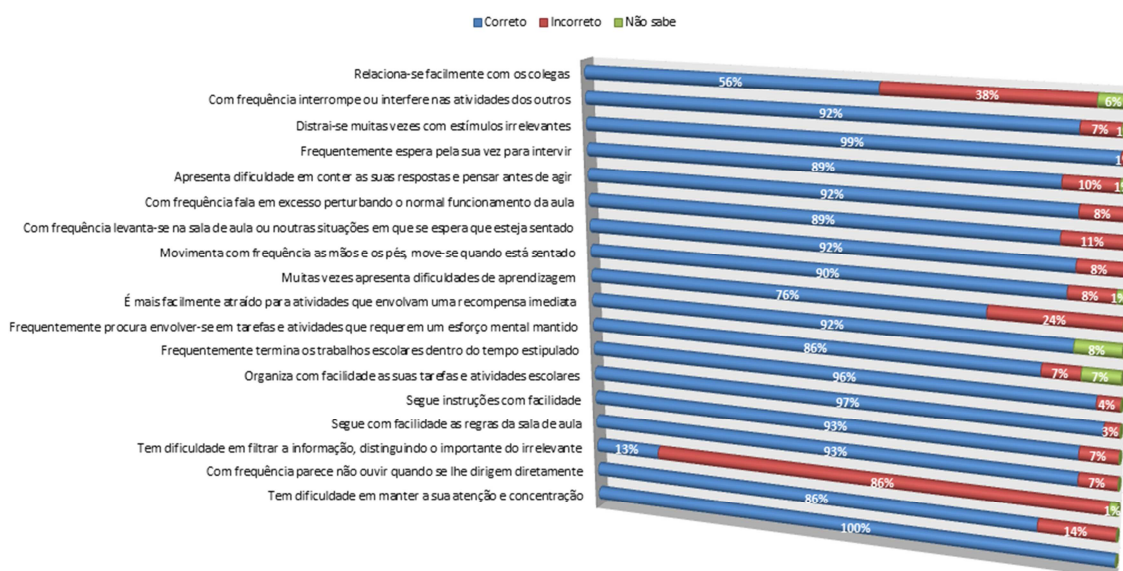


Gráfico 8 - Características dos alunos com PHDA



Após a análise do gráfico 9, percebemos que, no que concerne à formação dos professores especificamente relacionada com a intervenção com alunos com PHDA, uma percentagem muito significativa (75%) evidencia que a formação inicial dos professores do ensino regular não é adequada para trabalhar com estes alunos. Esta questão em particular reveste-se de suma importância e reflete a visão dos professores inquiridos relativamente à sua formação inicial e à preponderância de repensar esta realidade, mudando concepções e, conseqüentemente, práticas pedagógicas.

Por outro lado, 97% dos docentes concorda que “a formação especializada em PHDA permite ao professor atentar a sinais que comumente passam despercebidos em contexto de sala de aula” e que “a contínua busca de formação na área da PHDA é fundamental para que o professor possa auxiliar os alunos com esta perturbação”. Ainda neste sentido, 89% responderam “sim” ao item “professores com formação especializada em PHDA apresentam melhor preparação para trabalhar com alunos com PHDA do que o professor do ensino regular”.

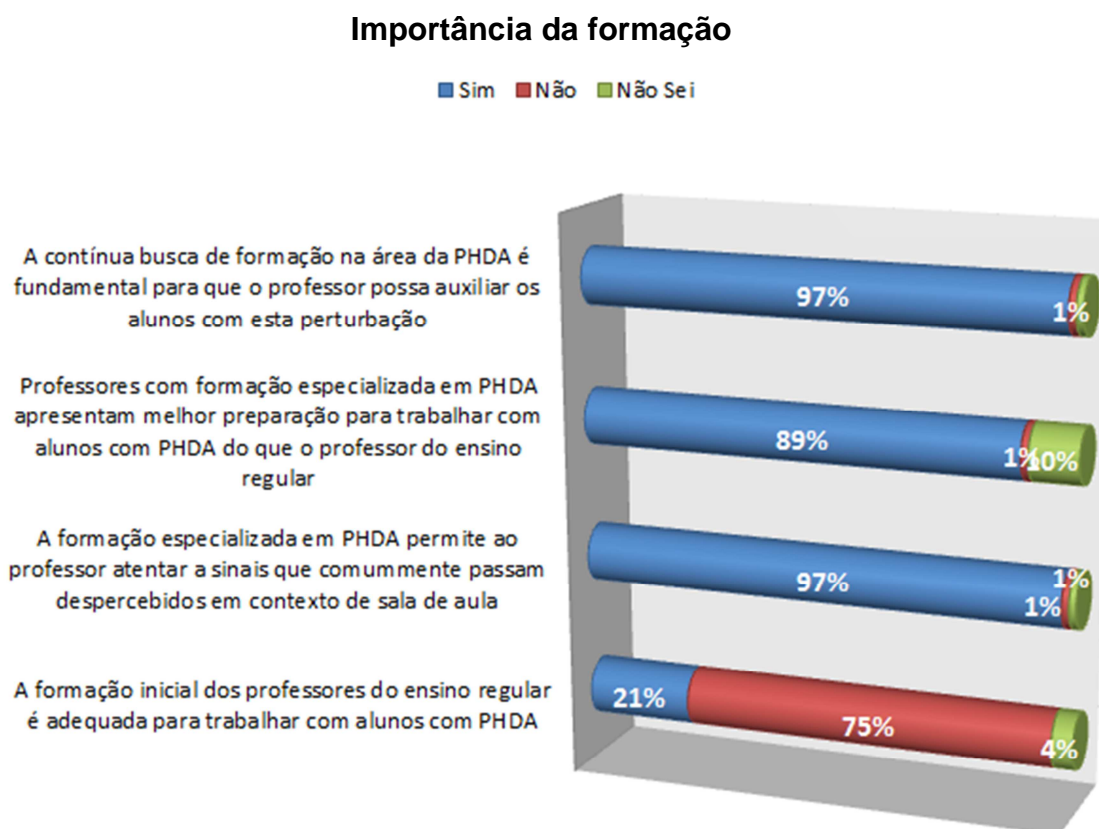


Gráfico 9 - Importância da formação dos professores

Ao analisarmos o gráfico 10 percebemos que no entendimento dos professores da nossa amostra, o lúdico na aprendizagem dos alunos com PHDA é muito importante. Efetivamente, 97% dos docentes entende que “a estimulação e o caráter novidade implementado pelas atividades lúdicas melhoram significativamente a capacidade de resposta do aluno com PHDA”, 96% pensa que “o lúdico tem um papel fundamental no desenvolvimento e aprendizagem dos alunos com PHDA”, que “as atividades lúdicas dão maior oportunidade ao aluno com PHDA de desenvolver a sua participação, criatividade e atenção” e também que “a implementação de atividades de caráter lúdico, na sala de aula regular, facilita a inclusão de alunos com PHDA”.

A também expressiva percentagem de 94% dos professores vê as atividades lúdicas como “um estímulo constante à atenção do aluno com PHDA” e “como facilitadoras das relações e da interação social de alunos com PHDA”.

Finalmente, 93% asseguram que as atividades lúdicas privilegiam o desenvolvimento integral do aluno com PHDA.

### O lúdico na aprendizagem

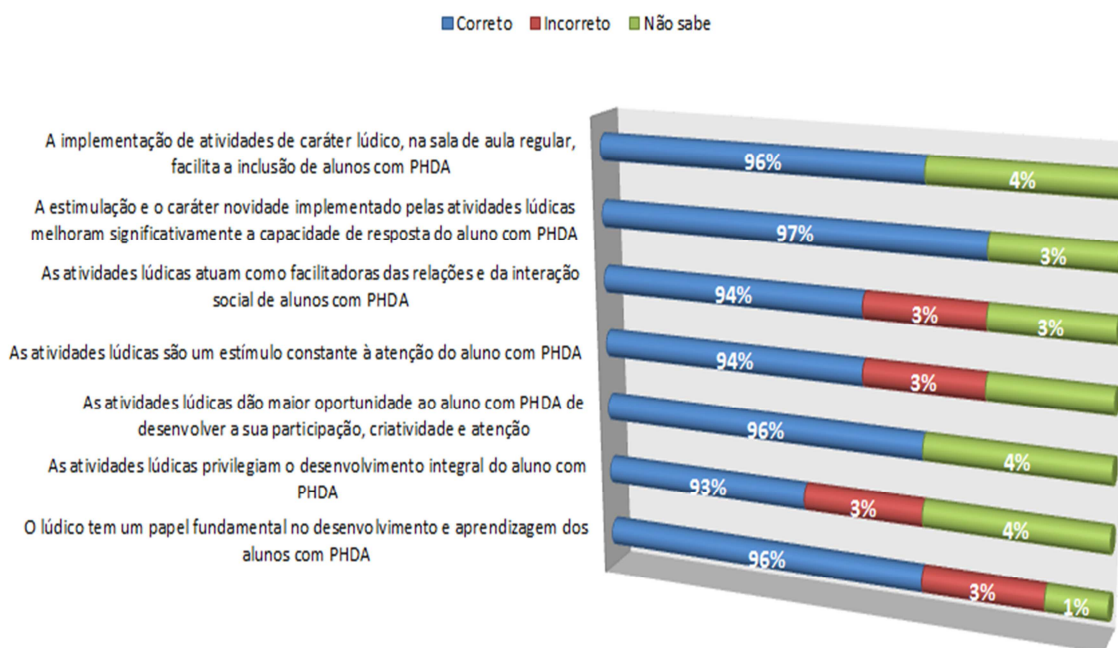


Gráfico 10 - Importância do lúdico na aprendizagem dos alunos com PHDA

Relativamente às diversas estratégias que poderão ser utilizadas com os alunos com PHDA (ver gráfico 11) é de destacar que 100% dos inquiridos consideram que “as atividades devem ser inovadoras, interessantes e estimulantes” e 99% concorda que “na sala de aula deverão estar visíveis as regras a seguir” e que “as tarefas devem ser curtas, bem definidas e bem sequencializadas”.

O item “o aluno com PHDA deverá sentar-se perto do professor” contou com 97% de respostas positivas bem como o item “a rotina da sala de aula deve ser bem organizada”. Também 97% dos docentes respondeu de forma correta salientando que o aluno com PHDA não deverá sentar-se perto das janelas ou porta.

Considerando as restantes estratégias mencionadas no questionário, é preponderante indicar que 96% dos inquiridos respondeu que os professores devem intercalar tarefas difíceis com tarefas mais simples, 94% defendem que “as tarefas escolares devem adequar-se às capacidades dos alunos com PHDA” e 85% indicam que “o professor deve mudar o estilo de apresentação das aulas, tarefas e materiais”.

### Estratégias utilizadas com alunos com PHDA

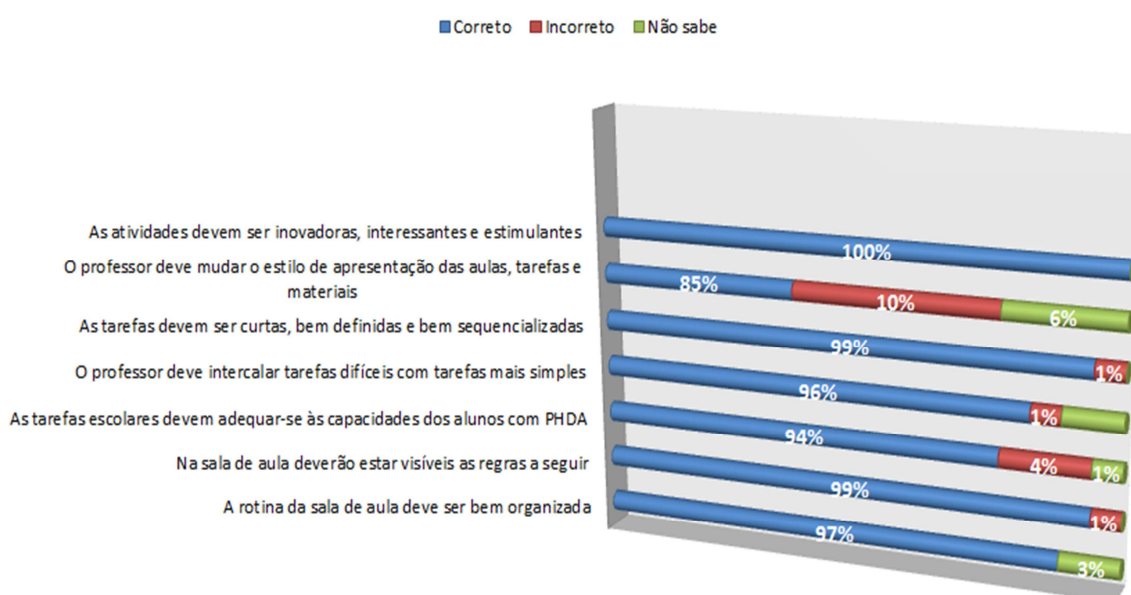


Gráfico 11 - Estratégias utilizadas com alunos com PHDA

O gráfico 12 está relacionado com as respostas fornecidas pelos professores que já tiveram ou mantêm contacto com alunos com PHDA, e visa a frequência com que os docentes recorrem a atividades lúdicas na intervenção com estes alunos.

A maior percentagem (58%) refere que “muitas vezes” recorre a atividades lúdicas, 17% diz que o faz “às vezes” e 16% afirma que sempre o faz. Por outro lado, 9% dos inquiridos respondeu que nunca recorre a este tipo de atividades.

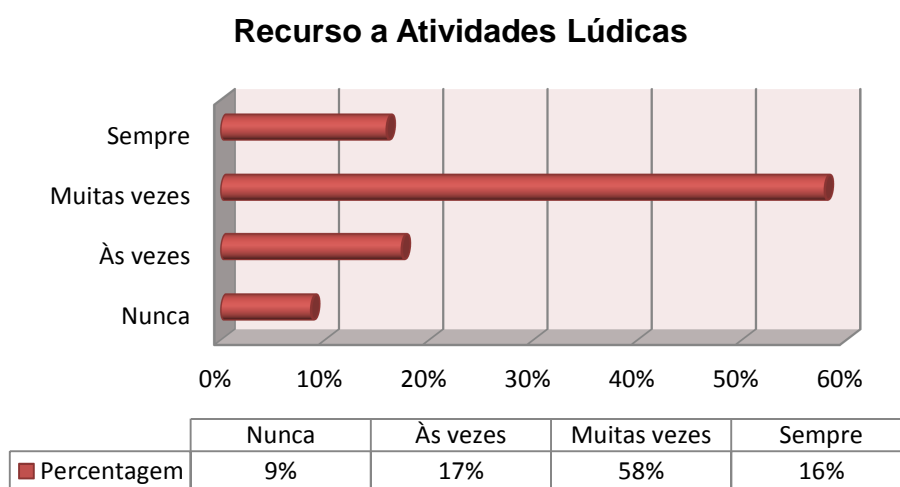


Gráfico 12 - Frequência do recurso a atividades lúdicas

De notar que na última questão do questionário quando pedimos para especificar a que atividades lúdicas recorriam, apenas 35 dos 63 inquiridos que responderam às vezes, muitas vezes ou sempre o fizeram. São estas respostas que passaremos então a analisar e descrever.

A atividade lúdica mais referida pelos 35 inquiridos que responderam à pergunta realizada foi o jogo, sendo que foram apenas três os que não mencionaram o recurso ao jogo na sua intervenção a alunos com PHDA. Todos os restantes o fizeram especificando por vezes a que tipos de jogo recorriam, nomeadamente jogos interativos, jogos de tabuleiro e jogos de cartas. Como exemplos alguns inquiridos apresentaram os lotos, pictogramas, palavras cruzadas, enigmas e sopa de letras.

Outro aspeto importante foi o facto da maioria se referir também ao recurso a meios informáticos, sobressaindo assim a importância do computador

e de todas as suas potencialidades no tratamento e intervenção não só de alunos com NEE mas especificamente de alunos com PHDA.

De facto, os docentes destacaram as apresentações multimédia como atividades lúdicas, bem como se referiram a dramatizações, músicas, danças, ritmos, aulas de movimento e exploração de técnicas de relaxamento enfatizando o significativo contributo que as expressões (musical, dramática e motora) dão no planeamento e execução da prática pedagógica, permitindo a exploração dinâmica dos conteúdos programáticos.

Para além destas foram destacadas atividades no exterior como plantações (jardinagem e horta pedagógica) tal como atividades ligadas a histórias, leitura e expressão como a hora do conto.

De realçar também que alguns professores evidenciaram a preponderância do trabalho em pares ou de grupo como meio de intervenção com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula.

Depois de descrevermos os resultados obtidos através do questionário consideramos pertinente realizar estudos comparativos para percebermos se existem diferenças significativas nas respostas fornecidas tendo em consideração a formação ou não em Educação Especial e o tempo de serviço.

Assim sendo, iniciaremos estas comparações analisando as respostas dadas pelos inquiridos respeitantes ao conhecimento que estes possuem sobre a perturbação em estudo (PHDA).

Com este propósito, a tabela 6 mostra-nos que em cinco das sete questões colocadas os docentes com formação especializada em Educação Especial tiveram uma percentagem maior de respostas corretas comparativamente àqueles sem formação especializada em Educação Especial.

Igualmente se atentarmos ao percentil de inquiridos que não soube responder às perguntas, percebemos que em nenhuma questão a percentagem de “Não Sei” é superior nos docentes especializados em Educação Especial.

Em resumo, 72% dos docentes com formação em Educação Especial responderam corretamente às questões enquanto que foram 65% os professores sem formação em Educação Especial que o fizeram. Além disso,

estes últimos apresentaram uma percentagem de 24% de “Não Sei” contra os 12% dos docentes com formação em Educação Especial (ver tabela 7).

### Conhecimento acerca da PHDA em função da formação dos inquiridos

A PHDA:		Formação em Educação Especial	
		Sim	Não
		%	%
É uma perturbação temporária característica da infância e juventude	Correto	81%	76%
	Incorreto	19%	20%
	Não Sabe	0%	4%
É uma das perturbações infantis mais comuns	Correto	67%	74%
	Incorreto	24%	16%
	Não Sabe	10%	10%
É uma perturbação que se pode verificar em pessoas adultas	Correto	86%	70%
	Incorreto	10%	2%
	Não Sabe	5%	28%
É uma perturbação que consiste em problemas com os períodos de atenção, controlo dos impulsos e nível de atividade	Correto	90%	100%
	Incorreto	10%	0%
	Não Sabe	0%	0%
É uma perturbação cuja principal causa é neurológica	Correto	52%	42%
	Incorreto	24%	24%
	Não Sabe	24%	34%
Tem maior prevalência no sexo feminino	Correto	86%	68%
	Incorreto	5%	0%
	Não Sabe	10%	32%
É agravada com a visualização superior a três horas diárias de televisão	Correto	43%	26%
	Incorreto	24%	12%
	Não Sabe	33%	62%

Tabela 6 - Conhecimento acerca da PHDA em função da formação dos inquiridos

	Formação em Educação Especial	
	Sim	Não
	%	%
Correto	72,1%	65,1%
Incorreto	16,3%	10,6%
Não Sabe	11,6%	24,3%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabela 7 - Conhecimento acerca da PHDA em função da formação dos inquiridos (resumo)



Relativamente ao conhecimento que os professores da amostra possuem das características manifestadas pelos alunos com PHDA a tabela 8 diz-nos que ao contrário do que sucede em relação ao conhecimento da perturbação, nas dezoito questões colocadas apenas em seis a percentagem de respostas corretas dadas pelos docentes com formação em Educação Especial é superior às dos professores sem formação nesta área. Para além disso, em metade destes dezoito itens questionados os professores com especialização apresentam uma maior percentagem de respostas incorretas comparativamente aos docentes sem a especialização. Somente em cinco questões a percentagem de incorreto é menor, sendo que nos restantes quatro itens é igual.

Se verificarmos as percentagens totais de “Correto”, “Incorreto” e “Não Sei” visíveis na tabela 9 temos a noção de que estas são muito semelhantes entre docentes com e sem formação em Educação Especial.

Embora não podendo generalizar, no que concerne à nossa amostra os conhecimentos sobre as características apresentadas pelos alunos com PHDA não parecem estar diretamente ligados ao facto de possuírem ou não formação em Educação Especial.

### Conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA em função da formação dos inquiridos

		Formação em Educação Especial	
		Sim %	Não %
<b>O aluno com PHDA:</b>			
<b>Tem dificuldade em manter a sua atenção e concentração</b>	Correto	100%	100%
	Incorreto	0%	0%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente</b>	Correto	81%	88%
	Incorreto	19%	12%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Tem dificuldade em filtrar a informação, distinguindo o importante do irrelevante</b>	Correto	0%	18%
	Incorreto	100%	80%
	Não Sabe	0%	2%
<b>Segue com facilidade as regras da sala de aula</b>	Correto	90%	94%
	Incorreto	10%	6%
	Não Sabe	0%	0%

<b>Segue instruções com facilidade</b>	Correto	95%	92%
	Incorreto	5%	8%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Organiza com facilidade as suas tarefas e atividades escolares</b>	Correto	95%	98%
	Incorreto	5%	2%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Frequentemente termina os trabalhos escolares dentro do tempo estipulado</b>	Correto	90%	98%
	Incorreto	10%	2%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Frequentemente procura envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido</b>	Correto	90%	84%
	Incorreto	10%	6%
	Não Sabe	0%	10%
<b>É mais facilmente atraído para atividades que envolvam uma recompensa imediata</b>	Correto	100%	88%
	Incorreto	0%	0%
	Não Sabe	0%	12%
<b>Muitas vezes apresenta dificuldades de aprendizagem</b>	Correto	76%	76%
	Incorreto	24%	24%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Movimenta com frequência as mãos e os pés, move-se quando está sentado</b>	Correto	95%	88%
	Incorreto	0%	12%
	Não Sabe	5%	0%
<b>Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado</b>	Correto	90%	92%
	Incorreto	10%	8%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Com frequência fala em excesso perturbando o normal funcionamento da aula</b>	Correto	90%	88%
	Incorreto	10%	12%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Apresenta dificuldade em conter as suas respostas e pensar antes de agir</b>	Correto	90%	96%
	Incorreto	10%	4%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Frequentemente espera pela sua vez para intervir</b>	Correto	86%	90%
	Incorreto	10%	10%
	Não Sabe	4%	0%
<b>Distrai-se muitas vezes com estímulos irrelevantes</b>	Correto	100%	98%
	Incorreto	0%	2%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros</b>	Correto	86%	94%
	Incorreto	10%	6%
	Não Sabe	4%	0%
<b>Relaciona-se facilmente com os colegas</b>	Correto	62%	54%
	Incorreto	29%	42%
	Não Sabe	9%	4%

Tabela 8 - Conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA em função da formação dos inquiridos



	Formação em Educação Especial	
	Sim	Não
	%	%
Correto	84,4%	85,3%
Incorreto	14,3%	13,1%
Não Sabe	1,2%	1,6%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Tabela 9** - Conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA em função da formação dos inquiridos (resumo)

Por sua vez, comparando as respostas dos docentes com e sem formação em Educação Especial relativamente às estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula, a tabela 10 mostra nas três opções de resposta de todos os itens as percentagens são muito equivalentes.

Assim sendo, em percentagens totais as respostas dadas traduzem-se nas seguintes: com formação em Educação Especial responderam corretamente 96% dos docentes, erraram 2% e outros 2% não souberam responder e sem formação na área de Educação Especial 65% acertaram nas respostas, 2% errou e igualmente 2% não soube responder (ver tabela 11).

### Conhecimento das estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula em função da formação dos inquiridos

		Formação em Educação Especial	
		Sim	Não
		%	%
<b>O aluno com PHDA deverá sentar-se perto do professor</b>	Correto	95%	98%
	Incorreto	0%	0%
	Não Sabe	5%	2%
<b>O aluno com PHDA deverá sentar-se perto das janelas ou porta</b>	Correto	95%	98%
	Incorreto	5%	0%
	Não Sabe	0%	2%
<b>A rotina da sala de aula deve ser bem organizada</b>	Correto	95%	98%
	Incorreto	0%	0%
	Não Sabe	5%	2%

<b>Na sala de aula deverão estar visíveis as regras a seguir</b>	Correto	100%	98%
	Incorreto	0%	2%
	Não Sabe	0%	0%
<b>As tarefas escolares devem adequar-se às capacidades dos alunos com PHDA</b>	Correto	95%	94%
	Incorreto	5%	4%
	Não Sabe	0%	2%
<b>O professor deve intercalar tarefas difíceis com tarefas mais simples</b>	Correto	100%	94%
	Incorreto	0%	2%
	Não Sabe	0%	4%
<b>As tarefas devem ser curtas, bem definidas e bem sequencializadas</b>	Correto	95%	100%
	Incorreto	5%	0%
	Não Sabe	0%	0%
<b>O professor deve mudar o estilo de apresentação das aulas, tarefas e materiais</b>	Correto	86%	84%
	Incorreto	4%	12%
	Não Sabe	10%	4%
<b>As atividades devem ser inovadoras, interessantes e estimulantes</b>	Correto	100%	100%
	Incorreto	0%	0%
	Não Sabe	0%	0%

**Tabela 10** - Conhecimento das estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula em função da formação dos inquiridos

<b>Formação Especializada em Educação Especial</b>		
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
	%	%
Correto	95,8%	96,0%
Incorreto	2,0%	2,2%
Não Sabe	2,1%	1,8%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Tabela 11** - Conhecimento das estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula em função da formação dos inquiridos (resumo)

Depois desta análise comparativa entre os docentes com e sem formação em Educação Especial apercebemo-nos que apenas no que respeita ao conhecimento da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção se apuram ténues discrepâncias percentuais sem, no entanto, poderem ser consideradas gravosas ou generalizáveis ao resto da população com as mesmas características.

Decorrente desta análise surge uma outra que perspetivamos como preponderante e que tem a ver com a existência ou não de uma correlação entre o tempo de serviço e os conhecimentos demonstrados acerca da PHDA (ver tabela 12).

Posto isto, sobre as características específicas desta perturbação é relevante dizer que em quatro dos seis itens os professores com mais de 5 anos de tempo de serviço obtiveram maior percentagem de respostas corretas, sendo que a mais expressiva foi 50% de respostas corretas contra os 33% apresentados pelos docentes com menos de 5 anos de tempo de serviço no item relativo à causa principal desta perturbação. De notar ainda a percentagem significativa de “Não sabe” que os professores com menos experiência possuem no último item mencionado e também nos itens “tem maior prevalência no sexo feminino” e “é agravada com a visualização superior a três horas diárias de televisão”. Contudo, a este último também 54% dos professores com mais de 5 anos de tempo de serviço não souberam responder.

### Conhecimento acerca da PHDA em função do tempo de serviço dos inquiridos

		Tempo de Serviço	
		Menos de 5 Anos	Mais de 5 Anos
A PHDA:		%	%
É uma perturbação temporária característica da infância e juventude	Correto	81%	76%
	Incorreto	19%	20%
	Não Sabe	0%	4%
É uma das perturbações infantis mais comuns	Correto	71%	72%
	Incorreto	19%	18%
	Não Sabe	10%	10%
É uma perturbação que se pode verificar em pessoas adultas	Correto	76%	76%
	Incorreto	5%	2%
	Não Sabe	19%	22%
É uma perturbação que consiste em problemas com os períodos de atenção, controlo dos impulsos e nível de atividade	Correto	95%	98%
	Incorreto	5%	2%
	Não Sabe	0%	0%
É uma perturbação cuja principal causa é neurológica	Correto	33%	50%
	Incorreto	14%	28%
	Não Sabe	52%	22%
Tem maior prevalência no sexo feminino	Correto	67%	76%
	Incorreto	0%	2%
	Não Sabe	33%	22%

<b>É agravada com a visualização superior a três horas diárias de televisão</b>	Correto	43%	26%
	Incorreto	5%	20%
	Não Sabe	52%	54%

**Tabela 12** - Conhecimento acerca da PHDA em função do tempo de serviço dos inquiridos

	<b>Tempo de Serviço</b>	
	<b>Menos de 5 Anos</b>	<b>Mais de 5 Anos</b>
	%	%
Correto	66,7%	67,7%
Incorreto	9,5%	13,1%
Não Sabe	23,8%	19,1%
<b>TOTAL</b>	100%	100%

**Tabela 13** - Conhecimento acerca da PHDA em função do tempo de serviço dos inquiridos (resumo)

Com o intuito de percebermos se o conhecimento das características dos alunos com PHDA difere entre docentes com menos e mais de 5 anos de serviço recorremos a mais uma tabela de contingência (ver tabela 14) e mais uma vez os resultados obtidos foram muito semelhantes. Efetivamente, em nenhum dos itens as percentagens de “Correto”, “Incorreto” ou “Não Sabe” é muito diferente o que não nos permite afirmar a existência de uma relação entre a experiência dos professores e o seu conhecimento sobre a PHDA.

Desta forma, as percentagens que corroboram esta afirmação e explicitam o nosso ponto de vista podem ser encontradas na tabela 15.

### **Conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA em função do tempo de serviço dos inquiridos**

	<b>Tempo de Serviço</b>		
	<b>Menos de 5 Anos</b>	<b>Mais de 5 Anos</b>	
	%	%	
<b>O aluno com PHDA:</b>			
<b>Tem dificuldade em manter a sua atenção e concentração</b>	Correto	100%	100%
	Incorreto	0%	0%
	Não Sabe	0%	0%

<b>Com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente</b>	Correto	86%	86%
	Incorreto	14%	14%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Tem dificuldade em filtrar a informação, distinguindo o importante do irrelevante</b>	Correto	19%	10%
	Incorreto	81%	88%
	Não Sabe	0%	2%
<b>Segue com facilidade as regras da sala de aula</b>	Correto	95%	92%
	Incorreto	5%	8%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Segue instruções com facilidade</b>	Correto	95%	92%
	Incorreto	5%	8%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Organiza com facilidade as suas tarefas e atividades escolares</b>	Correto	100%	96%
	Incorreto	0%	4%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Frequentemente termina os trabalhos escolares dentro do tempo estipulado</b>	Correto	95%	96%
	Incorreto	5%	4%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Frequentemente procura envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido</b>	Correto	81%	88%
	Incorreto	10%	6%
	Não Sabe	10%	6%
<b>É mais facilmente atraído para atividades que envolvam uma recompensa imediata</b>	Correto	86%	94%
	Incorreto	0%	0%
	Não Sabe	14%	6%
<b>Muitas vezes apresenta dificuldades de aprendizagem</b>	Correto	76%	76%
	Incorreto	24%	24%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Movimenta com frequência as mãos e os pés, move-se quando está sentado</b>	Correto	86%	92%
	Incorreto	14%	6%
	Não Sabe	0%	2%
<b>Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado</b>	Correto	86%	94%
	Incorreto	14%	6%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Com frequência fala em excesso perturbando o normal funcionamento da aula</b>	Correto	86%	90%
	Incorreto	14%	10%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Apresenta dificuldade em conter as suas respostas e pensar antes de agir</b>	Correto	86%	98%
	Incorreto	14%	2%
	Não Sabe	0%	0%
<b>Frequentemente espera pela sua vez para intervir</b>	Correto	90%	88%
	Incorreto	5%	12%
	Não Sabe	5%	0%
<b>Distrai-se muitas vezes com estímulos irrelevantes</b>	Correto	100%	98%
	Incorreto	0%	2%
	Não Sabe	0%	0%

<b>Com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros</b>	Correto	86%	94%
	Incorreto	14%	4%
	Não Sabe	0%	2%
<b>Relaciona-se facilmente com os colegas</b>	Correto	57%	56%
	Incorreto	38%	38%
	Não Sabe	5%	6%

**Tabela 14** - Conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA em função do tempo de serviço dos inquiridos

<b>Tempo de Serviço</b>		
	<b>Menos de 5 Anos</b>	<b>Mais de 5 Anos</b>
	%	%
Correto	83,9%	85,6%
Incorreto	14,3%	13,1%
Não Sabe	1,9%	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Tabela 15** - Conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA em função do tempo de serviço dos inquiridos (resumo)

Por fim, na tabela 16, ainda comparando as respostas em função do tempo de serviço, percebemos que uma vez mais as diferenças não foram significativas e os valores muito idênticos. De facto, as percentagens obtidas (ver tabela 17) pouco diferiram e o número de respostas corretas foi superior a 95% em ambos os grupos de professores em questão.

Isto quer dizer que estes conhecem as estratégias adequadas para trabalhar com os alunos com PHDA o que constitui uma mais-valia para a sua prática pedagógica.

### Conhecimento das estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula em função do tempo de serviço dos inquiridos

		Tempo de Serviço	
		Menos de 5 Anos	Mais de 5 Anos
		%	%
<b>O aluno com PHDA deverá sentar-se perto do professor</b>	Correto	100%	96%
	Incorreto	0%	0%
	Não Sabe	0%	4%
<b>O aluno com PHDA deverá sentar-se perto das janelas ou porta</b>	Correto	95%	98%
	Incorreto	0%	2%
	Não Sabe	5%	0%
<b>A rotina da sala de aula deve ser bem organizada</b>	Correto	95%	98%
	Incorreto	0%	0%
	Não Sabe	5%	2%
<b>Na sala de aula deverão estar visíveis as regras a seguir</b>	Correto	100%	98%
	Incorreto	0%	2%
	Não Sabe	0%	0%
<b>As tarefas escolares devem adequar-se às capacidades dos alunos com PHDA</b>	Correto	90%	96%
	Incorreto	10%	2%
	Não Sabe	0%	2%
<b>O professor deve intercalar tarefas difíceis com tarefas mais simples</b>	Correto	95%	96%
	Incorreto	0%	2%
	Não Sabe	5%	2%
<b>As tarefas devem ser curtas, bem definidas e bem sequencializadas</b>	Correto	95%	100%
	Incorreto	5%	0%
	Não Sabe	0%	0%
<b>O professor deve mudar o estilo de apresentação das aulas, tarefas e materiais</b>	Correto	90%	82%
	Incorreto	5%	12%
	Não Sabe	5%	6%
<b>As atividades devem ser inovadoras, interessantes e estimulantes</b>	Correto	100%	100%
	Incorreto	0%	0%
	Não Sabe	0%	0%

**Tabela 16** - Conhecimento das estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula em função do tempo de serviço dos inquiridos

<b>Tempo de Serviço</b>		
	<b>Menos de 5 Anos</b>	<b>Mais de 5 Anos</b>
	%	%
Correto	95,2%	95,5%
Incorreto	2,4%	2,5%
Não Sabe	2,4%	2,0%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Tabela 17** - Conhecimento das estratégias que podem ser utilizadas com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula em função do tempo de serviço dos inquiridos (resumo)

### 3.2. Discussão dos resultados

Numa perspetiva de inclusão, o professor não é aquele que diversifica para alguns, mas sim aquele que prepara atividades diversas para todos os seus alunos ao trabalhar o mesmo conteúdo curricular. Sendo a PHDA uma problemática que afeta o rendimento escolar dos alunos é verdadeiramente importante que os professores conheçam esta perturbação para que possam intervir conscientes de que poderão fomentar mudanças positivas e significativas junto dos seus alunos.

Assim sendo, segundo Lopes (2003: 202, 203) para atender aos alunos com PHDA os professores terão de ser capazes de estabelecer um plano de ação *“que seja consistente, prolongado e que, de uma certa forma, esteja sempre ativado. Aquilo que outras crianças realizam com uma simples advertência, poderá com estas crianças obrigar a múltiplas e aparentemente nunca acabadas intervenções”*.

Neste sentido, todas as estratégias, métodos e técnicas que possam auxiliar os docentes revestem-se de extrema importância e sob esta perspetiva emana a preponderância das atividades lúdicas como facilitadoras de aprendizagens e promotoras de atenção e de desenvolvimento infantil.

Deste modo, ao longo do nosso estudo procuramos não só perceber qual o conhecimento que os professores têm sobre a PHDA mas também se estes compreendem a relevância do lúdico como meio de intervenção. Para tal anteriormente formulamos hipóteses que serão seguidamente confirmadas ou infirmadas.



No que concerne à primeira hipótese enunciada - “Os professores demonstram conhecimento acerca da PHDA” -, os dados obtidos (ver gráfico 7) permitem afirmar que os professores estão parcamente informados acerca da perturbação pois prevalecem ainda algumas dúvidas nomeadamente alusivas às causas da PHDA, uma vez que somente 45% corretamente afirmou que a PHDA “é uma perturbação cuja principal causa é neurológica”. No entanto, este desconhecimento é perfeitamente compreensível visto que muitos autores consideram que as causas da PHDA são multifatoriais e dependem de indivíduo para indivíduo. Barkley, o autor que norteou a nossa pesquisa, por sua vez, acredita que *“seja uma imperfeição no cérebro que provoque a movimentação constante e outros comportamentos que as pessoas julgam tão intoleráveis”* (2002: 35) numa criança com PHDA e evidencia ainda que a fundamentada pesquisa científica sobre as causas da PHDA efetivamente sugere que esta *“seja o resultado de anormalidades no desenvolvimento cerebral, e que essas anormalidades estejam relacionadas mais a fatores hereditários do que a fatores ambientais”* (2002: 80).

Outra das dúvidas que surgiu foi relativamente ao facto de a PHDA poder ser ou não “agravada com a visualização superior a três horas diárias de televisão”. Neste caso, o desconhecimento é ainda mais evidente (54% asseguraram que não sabiam responder) sendo que apenas 31% dos inquiridos disse que tal não acontecia. De acordo com o mesmo autor anteriormente mencionado, é realmente um mito que a PHDA possa estar relacionada com a visualização excessiva de televisão (Barkley, 2002: 97).

De notar também que a percentagem de “Não Sei” é relevante nos itens “tem maior prevalência no sexo feminino” (25%) e “é uma perturbação que se pode verificar em pessoas adultas” (21%). Quanto a estes itens é de salientar que esta patologia surge antes dos sete anos e afeta 3% a 7% da população em idade escolar com maior incidência no sexo masculino do que no sexo feminino (APA, 2002). Além disso, prossegue na idade adulta em cerca de 50% a 80% dos casos diagnosticados durante a infância mantendo os problemas de desatenção e impulsividade (Costa *et al*, 2010: 16).

Em suma, concluímos que os docentes identificam algumas características gerais da perturbação contudo, aquelas que entendemos ser

mais específicas não foram totalmente identificadas pelos inquiridos. Posto isto, cabe-nos infirmar a hipótese formulada.

Na segunda hipótese procuramos perceber se “Os professores identificam as características dos alunos com PHDA”. Atentando ao gráfico 8 e à descrição que dele fizemos, é fácil perceber que a maioria dos docentes consegue identificar as características que os alunos com PHDA apresentam mas persistem dúvidas em alguns itens, nomeadamente “Tem dificuldade em filtrar a informação, distinguindo o importante do irrelevante”, “Muitas vezes apresenta dificuldades de aprendizagem” e “relaciona-se facilmente com os colegas”.

No que concerne ao primeiro item referido apenas 13% dos inquiridos respondeu corretamente afirmando que os alunos com PHDA, ao contrário do que se possa pensar, não têm dificuldade de filtrar a informação. Esta conclusão é interessante porque sabendo nós que a PHDA está intimamente ligada a problemas de atenção, o normal seria que os alunos não conseguissem filtrar a informação que lhes é transmitida, no entanto, pesquisas mostram que estas crianças *“não têm problemas para filtrar informações – distinguir o importante do irrelevante naquilo que são solicitados a fazer”* (Barkley, 2002: 51).

Em relação ao segundo item citado é de realçar que uma percentagem considerável (24%) desconhece que os alunos com PHDA muitas vezes apresentam dificuldades de aprendizagem. Esta informação é preocupante porque tal como explica Selikowitz (2010) a PHDA é reconhecida como uma das causas mais comuns das dificuldades de aprendizagem (DA) e comportamentais das crianças em idade escolar. Da mesma opinião é Barkley (2008) que confirma que o grau de probabilidade das crianças com PHDA terem dificuldades de aprendizagem, comparativamente àquelas sem esta perturbação, é maior, face ao seu fraco desempenho escolar, provocado presumivelmente pela desatenção, impulsividade e inquietude em contexto de sala de aula.

Ainda no decorrer destas visões teóricas, Costa *et al* (2010: 17) visa que *“os problemas no domínio da memória de trabalho, na inibição de respostas, na velocidade de processamento da informação, especialmente comprometedores do processo de implementação de estratégias adequadas para resolver as*

*exigências escolares, parecem associar-se a dificuldades de aprendizagem, que irão comprometer seriamente o rendimento escolar dos sujeitos diagnosticados com PHDA”.*

Por sua vez, considerando o último item que referimos – “Relaciona-se facilmente com os colegas” – uma larga percentagem (56%) dos inquiridos respondeu que sim. Contudo, muitos são os autores que contradizem esta opinião salientando que os alunos com PHDA manifestam características que interferem ao nível do relacionamento entre pares. Sobre este assunto Fonseca (1998: 32) diz que a *PHDA* “*afeta a vida de um grande número de crianças nos seus mais diversos aspetos: na escola, na comunidade, e no relacionamento com os outros em geral*”. Ramalho (2009) especifica que estes alunos apresentam fracos padrões de relacionamento com os pares e com as figuras significativas, tal como dificuldades de partilha, de cooperação e interação com os seus colegas.

Em resumo, tendo em consideração que de dezoito itens apenas em dois se verificou um percentagem menor de respostas corretas, resta-nos validar a hipótese e confirmar que os professores são capazes de identificar as características dos alunos com PHDA.

Em relação à terceira hipótese colocada – “Os docentes compreendem que a formação é essencial no auxílio a alunos com PHDA” – é primordial realçar a disparidade de respostas dadas à afirmação “A formação inicial dos professores do ensino regular é adequada para trabalhar com alunos com PHDA” (ver gráfico 9). De facto, 75% dos inquiridos diz que “Não” enquanto que apenas 21% entende que “Sim” o que possibilita concluir que a maioria dos professores que responderam julgam que a sua formação inicial não lhes permite ter uma percepção correta e global da PHDA sendo necessárias formações complementares com a finalidade de colmatar as lacunas deixadas por essa mesma formação.

Tal facto é corroborado com a elevada percentagem visível nas restantes respostas que preconizam a importância da formação na área da PHDA com o intuito de melhor compreender a problemática e, conseqüentemente, melhor intervir. Os professores devem realmente entender a formação como um processo permanente e contínuo e compreender que a “*formação dos docentes ou aquisição de conhecimentos específicos, sobre*

*PHDA é uma condição necessária para proporcionar respostas adequadas às necessidades destas crianças” (Fernandes, 2007: 44).*

Na realidade, é essencial repensar a formação de professores para que seja possível mudar atitudes com vista à “*promoção da igualdade de oportunidades*” preconizada pelo Decreto-lei 3/2008. Os professores devem ser capazes de identificar as áreas fracas e áreas fortes de todos os seus alunos especialmente daqueles com PHDA atentando aos sinais que eles transmitem, respeitando a sua individualidade e especificidade e todas as limitações impostas pela sua condição. Para isso em muito contribui a formação, que poderá ser considerada fator primordial e ponto de partida para o desenvolvimento integral da criança.

Assim sendo, de acordo com a nossa análise podemos confirmar a hipótese inicialmente formulada e afirmar que os docentes compreendem que a formação é essencial no auxílio a alunos com PHDA e que deverá ser permanente e contínua.

Após a confirmação da última hipótese descrita passaremos então a analisar as duas hipóteses seguintes visto que estão relacionadas entre si. Deste modo, procuraremos perceber se se confirma a hipótese quatro - “Os professores compreendem a importância do recurso a atividades lúdicas na intervenção em alunos com PHDA” – e a hipótese cinco - “Os docentes identificam os benefícios das atividades lúdicas no desenvolvimento dos alunos com PHDA”.

A avaliar pela análise do gráfico 10 conseguimos perceber que a percentagem de respostas corretas superou os 93% em todos os itens. Isto significa que os professores estão conscientes que o lúdico constitui uma ferramenta válida e pertinente na intervenção em alunos com PHDA.

Com efeito, os docentes concordam que as atividades lúdicas proporcionam estímulos constantes à atenção do aluno com PHDA e privilegiam o seu desenvolvimento dando-lhes maior oportunidade de desenvolver a sua participação, criatividade e atenção. Também consideram que estas melhoram significativamente a capacidade de resposta dos alunos com PHDA atuando como facilitadoras de relações, da interação social e, conseqüentemente, da sua inclusão.

Por todas estas razões é fundamental assegurar à criança um tempo e um espaço para que o lúdico seja vivenciado com intensidade dado que “o comportamento lúdico contribui para a aquisição das habilidades de cada domínio do desenvolvimento” (Cunha, 1988 citado por Barros, 2002: 58). Vygotsky (1989, citado por Moratori 2003: 10), por seu lado, diz que “o lúdico influencia enormemente o desenvolvimento da criança. É através do jogo que a criança aprende a agir, sua curiosidade é estimulada, adquire iniciativa e autoconfiança, proporciona o desenvolvimento da linguagem, do pensamento e da concentração.”.

Em suma, podemos confirmar ambas as hipóteses asseverando que os docentes inquiridos compreendem a importância do recurso a atividades lúdicas na intervenção em alunos com PHDA e identificam os benefícios destas no desenvolvimento dos alunos com PHDA”.

No que diz respeito à hipótese seis “Os docentes adequam a sua prática aos alunos com PHDA” à exceção de um item todos os outros obtiveram acima de 94% de respostas corretas (ver gráfico 11). De facto, os docentes concordaram que, tal como enfatiza Parker (2003: 57), os alunos com esta perturbação “devem sentar-se perto de um bom modelo, ou próximo do professor, de forma que possam ser incentivados a trabalhar”, afastando-se de portas ou janelas para evitar que se distraia com outros estímulos.

Entendem também que a rotina e ambiente da sala de aula deverão ser estruturados e organizados, e na sala de aula deverão estar visíveis as regras a seguir. Acerca deste último ponto Barkley (2002: 249) sugere que as “regras e instruções devem ser claras, breves e (quando possível) representadas fisicamente sob a forma de cartazes, listas e outros lembretes visuais”.

Além disso, tal como o autor anteriormente mencionado (2002: 244) também os docentes da nossa amostra consideram que “as determinações académicas devem ser mais breves para se adequarem às capacidades de atenção da criança”, o professor deve intercalar tarefas difíceis com tarefas mais simples, curtas, definidas e sequencializadas e que as atividades devem ser inovadoras, interessantes e estimulantes pois “aumentar a inovação e o nível de interesse nas tarefas através do uso de maior estimulação (p. ex., cor, forma, textura) parece reduzir o comportamento disruptivo, aumentar a atenção e melhorar o desempenho total” dos alunos com PHDA.

O único item pautado por algumas incertezas foi “O professor deve mudar o estilo de apresentação das aulas, tarefas e materiais” dado que 10% respondeu negativamente e 6% não soube responder. A este respeito Barkley (2002: 244) explicita que *“o professor deve mudar o estilo de apresentação de aulas, tarefas e materiais para ajudar a manter o interesse e a motivação”* da criança com PHDA.

Assim sendo, aludindo ao facto de que apenas num item a percentagem de respostas corretas foi um pouco menor, apraz-nos reiterar que se confirma a hipótese seis – “Os docentes adequam a sua prática aos alunos com PHDA”.

Finalmente, tendo em consideração a última questão do nosso questionário (ver gráfico 12) e, consecutivamente, a nossa derradeira hipótese – “Os docentes recorrem a atividades lúdicas como método de trabalho na sua prática pedagógica” – é de destacar que apenas 9% dos professores concluíram que “Nunca” recorriam a atividades lúdicas na intervenção em alunos com PHDA, os restantes afirmaram que “Às vezes” recorriam (17%), “Muitas vezes” recorriam (58%) e “Sempre” recorriam (16%).

Quando questionados a que tipo de atividades lúdicas recorriam a esmagadora maioria Indiscutivelmente salientou o jogo valorizando assim todas as suas potencialidades.

Para Moratori (2003: 9) de facto o jogo é considerado *“como um meio educacional, pois propicia um desenvolvimento integral e dinâmico nas áreas cognitiva, afetiva, linguística, social, moral e motora, além de contribuir para a construção da autonomia, criticidade, criatividade, responsabilidade e cooperação das crianças e adolescentes”*.

Quando usado na intervenção com alunos com PHDA este deve ser cuidadosamente adequado às suas características e necessidades para que se possa minimizar o impacto dos numerosos estímulos canalizando-os e restringindo-os aos objetivos previamente definidos.

Se for devidamente planeado e estruturado então os seus benefícios são múltiplos pois o jogo estimula a imaginação, criatividade e atenção, culminando em melhorias a nível social, intelectual, emocional, motor e escolar. A prática pedagógica em crianças com PHDA, com base no jogo, permite realmente o desenvolvimento de numerosas capacidades, das quais destacamos as sociais

que como temos vindo a verificar ao longo do nosso estudo são um entrave ao integral desenvolvimento do aluno com esta perturbação.

Seguindo esta linha de pensamento já Vygotsky (1991, citado por Gabriel, 2009) defendia que através do jogo a criança adquire a capacidade de reproduzir experiências e vivenciar o mundo, promovendo o relacionamento com outras crianças, a cooperação e a sua integração social, contribuindo assim para o seu próprio desenvolvimento e para a melhoria da sua aprendizagem.

Face ao exposto, confirmamos a nossa hipótese que os professores recorrem a atividades lúdicas como método de trabalho na sua prática pedagógica.





## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sequência da realização deste projeto de investigação apraz-nos reiterar que apesar de aprender ser “*uma atividade natural e espontânea em qualquer ser humano*” (Ferreira & Santos, 1994:17), a realidade é que o ato de aprender e os verdadeiros fins da educação na escola modificaram-se na atualidade. A aprendizagem é cada vez mais complexa, individual e decorrente de novas experiências ricas em conteúdo e em sentido.

Como verificamos ao longo da execução do projeto a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é um distúrbio comportamental crónico, com capacidade para afetar significativamente ao longo da vida o desempenho das crianças aos mais variados níveis.

Pretendeu-se assim com a revisão bibliográfica contribuir para o esclarecimento da envolvimento desta patologia prevalente, muitas vezes subdiagnosticada e subvalorizada. Por essa razão sublinhamos a importância de refletir séria e comprometidamente acerca desta temática relacionando-a com a utilização das atividades lúdicas.

Nesta perspetiva, é nosso intuito perceber qual a posição do professor face à problemática em estudo, realçando as suas práticas e o seu envolvimento na intervenção desta perturbação através do lúdico, isto porque, como se sabe, a aplicação de estratégias específicas, que vão ao encontro das áreas de distúrbio do aluno, permite a atenuação/superação das suas dificuldades.

O correto desempenho dos professores, a sua implicação no desenvolvimento dos seus alunos, especialmente dos diagnosticados com PHDA, constitui um passo preponderante e um sinal de esperança para o futuro. Cabe a todos contribuir de forma substancial e ativa para que a diferença seja valorizada, priorizada e tida em consideração em todos os aspetos na nossa vida.

Ao longo deste processo de investigação foi possível responder fundamentadamente à nossa pergunta de partida, que constituiu o objetivo central deste estudo: Qual a percepção dos professores acerca das atividades lúdicas na intervenção em alunos com PHDA?



Em traços gerais, as conclusões remetem para um significativo conhecimento por parte dos professores inquiridos sobre a PHDA e as características que os alunos com esta perturbação possuem, bem como para uma consciencialização de que a formação contínua dos docentes é indispensável à sua prática. Os dados apurados confirmam que estes consideram primordial adquirir formação específica em PHDA especialmente nos cursos de formação inicial sem obviamente descurar a sua formação contínua.

De notar ainda que estes valorizam e recorrem a atividades lúdicas na intervenção com alunos com PHDA, demonstrando o seu nível de envolvimento na construção de aprendizagens e a sua implicação na busca de conhecimentos.

Não podemos deixar de referir que, uma vez que recorreremos a uma amostragem por conveniência, não é possível generalizar os nossos resultados, no entanto, a informação recolhida contribuirá certamente para um maior entendimento desta problemática no âmbito escolar.

Em última análise, procuramos com este trabalho enfatizar a importância do conhecimento da perturbação em estudo para que se possa minimizar o impacto que esta tem na vida das crianças. Em contexto de sala de aula, pretendemos também conferir especial relevância às atividades lúdicas como forma de intervenção e conseqüente melhoramento de comportamentos e atitudes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. S. & FREIRE, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.

AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

ANTUNES, N. (2009). *Mal-entendidos*. Lisboa: Verso da kapa.

ARRUDA, M. (2006). *Levados da breca: um guia sobre crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção e hiperactividade (THDA)*. Ribeirão Preto: Instituto Glia Cognição e Desenvolvimento.

BARBOSA, A. G.; BARBOSA, G. & AMORIM, G. (2005). *Hiperatividade: conhecendo sua realidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BARKLEY, R. A. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed Editora.

BARKLEY, R. A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.

BARROS, J. (2002). *Jogo Infantil e Hiperatividade*. Rio de Janeiro: Sprint.

BOAVIDA, J. (2006). *Hiperatividade ou “má educação”?*. Hospital Pediátrico de Coimbra: Saúde Infantil, 28 (2): 3-5.

BRUNER, J. (1978). *O Processo da Educação*. São Paulo: Editora Companhia Nacional.

CORDINHÃ, A. & BOAVIDA J. (2008). *A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção*. Coimbra: Rev Port Clin Geral, 24:577-89.

CORREIA, L. (2008). *A Escola Contemporânea e a inclusão de alunos com NEE – Considerações para uma educação com sucesso*. Porto: Porto Editora.

CORREIA, L. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: Um guia para educadores e professores*, Porto: Porto Editora.

COSTA, P.; HELENO, S. & PINHAL, C. (2010). *Juntos no Desafio – um guia para a promoção de competências parentais*. Leiria: Textiverso.

CRUZ, O. (1987). *A reflexividade/impulsividade em crianças em idade pré-escolar*. Porto: FPCE-UP.

CUNNINGHAM, C. (2006). *COPE - Large Group Community-based, Family Centered Parent Training*. In R. Barkley, *Attention deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. & REINECKE, M. A. (1999). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artes Médicas.

DELORS, J. et al. (1998). *Educação-Um Tesouro a Descobrir: Um Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. MEC-Ministério da Educação e do Desporto, UNESCO. São Paulo-SP: Cortez Editora. Disponível em [http://www.pucsp.br/ecopolitica/documentos/cultura\\_da\\_paz/docs/Dellors\\_alli\\_Relatorio\\_Unesco\\_Educacao\\_tesouro\\_descobrir\\_2008.pdf](http://www.pucsp.br/ecopolitica/documentos/cultura_da_paz/docs/Dellors_alli_Relatorio_Unesco_Educacao_tesouro_descobrir_2008.pdf). Consultado em 27 de Outubro de 2013.

DUPAUL, G & STONER, G. (2007). *TDAH nas escolas*. São Paulo: M.Books do Brasil Editora Ltda.

DUPAUL, G & STONER, G. (1999). *Classroom interventions for ADHD*. New York: Guilford Publications, Inc.

FALARDEAU, G. (1997). *As crianças hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.

FERNANDES, E. (2007). *Perturbação de défice de atenção e hiperactividade no âmbito escolar*. Dissertação para o Mestrado em Ativação do Desenvolvimento Psicológico. Aveiro: Universidade de Aveiro.

FERREIRA, M. & SANTOS M. (1994). *Aprender a Ensinar, Ensinar a Aprender*. Porto: Edições Afrontamento.

FONSECA, A. (1998). *Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: questões e perspectivas actuais*. *Psycologica*, nº 19, (pp.7-41).

GABRIEL, D. (2009). *O Papel do Jogo no Desenvolvimento da Criança com Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperactividade*. Monografia de Pós-Graduação. Brasil: Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem.

Disponível em <http://www.crda.com.br/tccdoc/62.pdf>. Consultado em 14 de Novembro de 2013.

GARCIA, I. M. (2001). *Hiperactividade: prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Lisboa: Editora McGraw-Hill.

GHIGLIONE, R. & MATALON, B. (1993). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.

HILL, M. M. & HILL, A. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

JULIANI, A. & PAINI, L. (2008). *A importância da ludicidade na prática pedagógica: em foco o atendimento às diferenças*. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2113-8.pdf>. Acesso em: 29 Janeiro 2013.

KETELE, J. & ROEGIERS, X. (1993). *Metodologia da Recolha de Dados, Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.

KISHIMOTO, T. (2000). *Jogos Infantis: o jogo, a criança e a educação*. Petrópolis: Editora Vozes.

KISHIMOTO, T. M. (1996). *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação*. São Paulo: Cortez.

LOPES, J. (2003). *A Hiperactividade*. Coimbra: Editora Quarteto.

LOPES, J. (1998). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia Universidade do Minho.

LOPES, M. G. (2000) *Jogos na Educação: Criar, Fazer, Jogar*. São Paulo: Ed. Cortez.

MACEDO, L; PETTY, A.S & PASSOS, N.C. (2005). *Os jogos e o lúdico na aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artmed.

MAIA, C. (s/d). *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção Um guia para professores*. Amarante: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de São Gonçalo S.A. Disponível em [http://agvl.ccems.pt/docs/psicologia/manuais\\_phda.pdf](http://agvl.ccems.pt/docs/psicologia/manuais_phda.pdf). Consultado em 10 de Novembro de 2013.

MARCONI, M. & LAKATOS, E. M. (2002). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Decreto-Lei n.º 3/2008*, de 7 de janeiro.

MORATORI, P. B. (2003). *Por que utilizar jogos educativos no processo de ensino aprendizagem?* Tese de Mestrado de Informática aplicado à Educação. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/6770926/Por-Que-Utilizar-Jogos-Educativos-No-Processo-de-Ensino-Aprendizagem>. Consultado a 3 de Outubro de 2013.

NIELSON, L. (1999). *Desordens por défice de atenção com e sem hiperactividade*. In L. Nielson. *Necessidades educativas especiais na sala de aula*. Porto: Porto Editora.

OLIVEIRA, V. M. (1985). *O que é educação física*. São Paulo: Brasiliense.

PARKER, H. C. (2003). *Desordem por Défice de atenção e hiperatividade: um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

PIAGET, J. (1998). *A psicologia da criança*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

POLIS, B. (2008). *Só o amor o pode salvar. A vida de um rapaz que cresceu e vive com hiperactividade*. Lisboa: Kapa Livros.

RAMALHO, J. (2009). *Psicologia e psicopatologia da atenção*. Braga: Edições APPACDM.

REIMERS, C. & BRUNGER, B. (1999). *ADHD in the young child - driven to redirection: a guide for parents and teacher's of young children with AHDA*. Florida: Specially Press, Inc.

RODRIGUES, A. (2008). *Intervenção Multimodal da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. *Diversidades*, 6 (21), pp. 9-12.

ROHDE, L. (s/d). *Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (THDA)*. Disponível em <http://www.neurociencias.org.br/pt/570/transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah/>. Consultado em 12 de Novembro de 2013.

SELIKOWITZ, M. (2010). *Défice de atenção e hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.

SHELTON, T. L. & BARKLEY, R. A. (1995). *The assessment and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children*. In Robert, M. C. (Eds.) *The Handbook of Pediatric Psychology*. London: Guilford Press.

SILVA, A. B. (2003). *Mentes inquietas*. São Paulo: Gente.

SILVA, P. (2012). *Perturbação de hiperactividade e défice de atenção e o desporto*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2743/Dissertacao.pdf?sequence=1>. Consultada a 12 de Novembro de 2013.

SILVA, V. D. (2010). *Psicodinâmica*. In M. R. Neto, *TDAAH ao longo da vida* (pp.126-145). Porto Alegre: Artmed.

SOSIN, D. & MYRA S. (1996). *Compreender a desordem por défice de atenção e hiperactividade*. Porto: Porto Editora.

SOSIN, D. & SOSIN, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.

SOUSA, A. A. (2004). Intervenção farmacológica. In J. A. Lopes, *A hiperatividade* (pp. 237-259). Coimbra: Quarteto.

VÁSQUEZ, I. C. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

VERDERI, E. (1999). *Encantando a Educação Física*. Rio de Janeiro: Sprint.

VYGOTSKY, L. S. (2004). *Formação Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes.

VYGOTSKY, L. S. (1991). *Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes

WINNICOTT, D. W. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: IMAGO.

WOLFE, P. (2004). *A importância do cérebro: da investigação à prática na sala de aula*. Porto: Porto Editora.

YIN, R. K. (2005). *Estudo de Caso: planeamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### QUESTIONÁRIO

#### Pós-graduação em Educação Especial

Este questionário é anônimo e confidencial. Surge no âmbito da Pós Graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo Motor da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti e tem como objetivo perceber a importância de conhecer a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção em contexto de sala de aula e a preponderância do recurso a atividades lúdicas como meio de intervenção.

Agradecemos que as respostas sejam as mais fidedignas possíveis, tendo em consideração o seu conhecimento e experiência profissional.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

#### Parte I

##### 1. Sexo

M\_\_\_ F\_\_\_

##### 2. Idade

Até 25 anos \_\_\_\_\_

Entre 26 e 35 anos \_\_\_\_\_

Entre 36 e 45 anos \_\_\_\_\_

Entre 46 e 55 anos \_\_\_\_\_

56 anos ou mais \_\_\_\_\_

##### 3. Formação académica

Bacharelato\_\_\_\_\_

Licenciatura\_\_\_\_\_

Licenciatura + Especialização\_\_\_\_\_ Qual?\_\_\_\_\_

Mestrado\_\_\_\_\_ Qual?\_\_\_\_\_

Doutoramento\_\_\_\_\_





**3.1. Se respondeu Licenciatura + Especialização especifique qual.**

---

**3.2. Se respondeu Mestrado especifique qual.**

---

**4. Situação profissional atual**

Docente 1.º Ciclo\_\_\_\_\_

Docente 2.º Ciclo\_\_\_\_\_

Docente 3.º Ciclo\_\_\_\_\_

Docente do Secundário\_\_\_\_\_

Docente Universitário(a)\_\_\_\_\_

Docente de Educação Especial\_\_\_\_\_

Docente de Apoio Educativo\_\_\_\_\_

Outra\_\_\_\_\_ Qual?\_\_\_\_\_

**5. Tempo de serviço**

Menos de 5 anos\_\_\_\_\_

Entre 6 e 15 anos\_\_\_\_\_

Entre 16 e 25 anos\_\_\_\_\_

Mais de 25 anos\_\_\_\_\_

**6. Já teve ou tem contacto com:**

Alunos com Necessidades Educativas Especiais

sim\_\_\_\_\_ não\_\_\_\_\_

Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

sim\_\_\_\_\_ não\_\_\_\_\_

## Parte II

1. De acordo com o conhecimento que possui acerca da PHDA, assinale a resposta adequada usando a seguinte escala:

S – Sim      N – Não      NS – Não Sei

---

**S      N      NS**

**1.1. A PHDA é uma perturbação temporária característica da infância e juventude.**

**1.2. A PHDA é uma das perturbações infantis mais comuns.**

**1.3. A PHDA é uma perturbação que se pode verificar em pessoas adultas.**

**1.4. A PHDA é uma perturbação que consiste em problemas com os períodos de atenção, controlo dos impulsos e nível de atividade.**

**1.5. A PHDA é uma perturbação cuja principal causa é neurológica.**

**1.6. A PHDA tem maior prevalência no sexo feminino.**

**1.7. A PHDA é agravada com a visualização superior a três horas diárias de televisão.**

2. Baseando-se no seu conhecimento acerca das características dos alunos com PHDA, assinale a resposta que considera apropriada usando a seguinte escala:

S – Sim      N – Não      NS – Não Sei

---

**S      N      NS**

**2.1. O aluno com PHDA tem dificuldade em manter a sua atenção e concentração.**

**2.2. O aluno com PHDA com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente.**

**2.3. O aluno com PHDA tem dificuldade em filtrar a informação, distinguindo o importante do irrelevante.**

**2.4. O aluno com PHDA segue com facilidade as regras da sala de aula.**

**2.5. O aluno com PHDA segue instruções com facilidade.**

**2.6. O aluno com PHDA organiza com facilidade as suas tarefas e atividades escolares.**

- 2.7. O aluno com PHDA frequentemente termina os trabalhos escolares dentro do tempo estipulado.**
  - 2.8. O aluno com PHDA frequentemente procura envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa).**
  - 2.9. O aluno com PHDA é mais facilmente atraído para atividades que envolvam uma recompensa imediata.**
  - 2.10. O aluno com PHDA muitas vezes apresenta dificuldades de aprendizagem.**
  - 2.11. O aluno com PHDA com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.**
  - 2.12. O aluno com PHDA com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.**
  - 2.13. O aluno com PHDA com frequência fala em excesso perturbando o normal funcionamento da aula.**
  - 2.14. O aluno com PHDA apresenta dificuldade em conter as suas respostas e pensar antes de agir.**
  - 2.15. O aluno com PHDA frequentemente espera pela sua vez para intervir.**
  - 2.16. O aluno com PHDA distrai-se muitas vezes com estímulos irrelevantes.**
  - 2.17. O aluno com PHDA com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).**
  - 2.18. O aluno com PHDA relaciona-se facilmente com os colegas.**
-

### Parte III

1. Tendo em consideração os seus conhecimentos e experiência refira-se à importância da formação dos professores assinalando a opção que considera adequada. Use a seguinte escala:

S – Sim      N – Não      NS – Não Sei

	S	N	NS
1.1. A formação inicial dos professores do ensino regular é adequada para trabalhar com alunos com PHDA.			
1.2. A formação especializada em PHDA permite ao professor atentar a sinais que comumente passam despercebidos em contexto de sala de aula.			
1.3. Professores com formação especializada em PHDA apresentam melhor preparação para trabalhar com alunos com PHDA do que o professor do ensino regular.			
1.4. A contínua busca de formação na área da PHDA é fundamental para que o professor possa auxiliar os alunos com esta perturbação.			

### Parte IV

1. Sabendo que o lúdico está ligado ao jogo, divertimento e brincadeira, baseie-se na sua experiência e formação profissional e selecione a opção que considere adequada usando a seguinte escala:

S – Sim      N – Não      NS – Não Sei

	S	N	NS
1.1. O lúdico tem um papel fundamental no desenvolvimento e aprendizagem dos alunos com PHDA.			
1.2. As atividades lúdicas privilegiam o desenvolvimento integral do aluno com PHDA.			
1.3. As atividades lúdicas dão maior oportunidade ao aluno com PHDA de desenvolver a sua participação, criatividade e atenção.			
1.4. As atividades lúdicas são um estímulo constante à atenção do aluno com PHDA.			
1.5. As atividades lúdicas atuam como facilitadoras das relações e da interação social de alunos com PHDA.			
1.6. A estimulação e o caráter novidade implementado pelas atividades lúdicas melhoram significativamente a capacidade de resposta do aluno com PHDA.			
1.7. A implementação de atividades de caráter lúdico, na sala de aula regular, facilita a inclusão de alunos com PHDA.			

2. São muitas as estratégias que poderão ser utilizadas com os alunos com PHDA em contexto de sala de aula. Baseando-se na sua prática pedagógica e experiência profissional assinale uma das opções apresentadas usando a seguinte escala:

S – Sim N – Não NS – Não Sei

	S	N	NS
2.1. O aluno com PHDA deverá sentar-se perto do professor.			
2.2. O aluno com PHDA deverá sentar-se perto das janelas ou porta.			
2.3. A rotina da sala de aula deve ser bem organizada.			
2.4. Na sala de aula deverão estar visíveis as regras a seguir.			
2.5. As tarefas escolares devem adequar-se às capacidades dos alunos com PHDA.			
2.6. O professor deve intercalar tarefas difíceis com tarefas mais simples.			
2.7. As tarefas devem ser curtas, bem definidas e bem sequencializadas.			
2.8. O professor deve mudar o estilo de apresentação das aulas, tarefas e materiais.			
2.9. As atividades devem ser inovadoras, interessantes e estimulantes.			

3. Se teve ou tem contacto com alunos com PHDA, responda usando a seguinte escala:

1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Muitas vezes 4 – Sempre

	1	2	3	4
3.1. Recorre a atividades lúdicas na intervenção com alunos com PHDA.				

Quais?

---

---

---