

PEDRO MIGUEL BARROS DA SILVA

**PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E
DÉFICE DE ATENÇÃO E O DESPORTO**

Orientador(a): Maria Cristina Saraiva Gonçalves

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2012

PEDRO MIGUEL BARROS DA SILVA

**PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E
DÉFICE DE ATENÇÃO E O DESPORTO**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial no Curso de Mestrado em Ciências da educação – Educação Especial, conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Orientador(a): Professora Doutora
Maria Cristina Saraiva Gonçalves

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

**Lisboa
2012**

Três coisas...

De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre a começar...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto Devemos:

Fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda um passo de dança...

Do medo uma escada...

Do sonho uma ponte...

Da procura um encontro.

Fernando Pessoa

Dedico este trabalho à Marlene Santos e aos
alunos com PHDA com quem já trabalhei.

Agradecimentos

O desejo de concretizar esta investigação foi grande, tão grande como os obstáculos encontrados.

Agradeço aos meus pais e à minha irmã pelo carinho, compreensão, ajuda e apoio constante; a eles estarei sempre grato.

À Marlene que esteve comigo em todos os momentos e que com o seu amor, carinho e disponibilidade sempre me ajudou.

Aos que me apoiaram e principalmente aos que me incentivaram a iniciar esta etapa.

Aos meus amigos pelo elo de amizade que nos une.

A todos os colegas pela resposta pronta ao meu inquérito por questionário.

Às minhas colegas de trabalho pela simpatia, disponibilidade, incentivo e força que sempre demonstraram.

À minha orientadora, a Doutora Maria Cristina Saraiva Gonçalves, pela sua simpatia, ajuda e total disponibilidade na orientação deste trabalho.

A todos os professores que me acompanharam no decorrer desta formação, por todos os conhecimentos transmitidos.

A todos os alunos com quem trabalho ou trabalhei com esta ou outra problemática que por eles e pela ética profissional, procuro manter-me informado, de modo a melhorar a minha prática educativa.

A todos os agrupamentos de escolas que colaboraram nesta investigação com a autorização e o encaminhamento do inquérito por questionário para os seus professores.

A todos que, de uma forma ou de outra, colaboraram na concretização deste estudo...

... o meu muito obrigado!

Resumo

Cabe à Escola promover respostas educativas que eduquem com sucesso todos os alunos, incluindo os com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

Este trabalho centra-se nesta temática e no contributo da actividade física e desportiva nas pessoas com este síndrome. Assim, sabendo que no contexto educativo, os professores são os principais intervenientes no processo de ensino–aprendizagem dos alunos, consideramos pertinente desenvolver um estudo com os docentes de Educação Física a leccionar nas Actividades de Enriquecimento Curricular e os docentes do 1.º Ciclo com variante em Educação Física.

Esta investigação tem como principais finalidades verificar se a actividade física e desportiva traz benefícios ao desenvolvimento das crianças com PHDA e procurar conhecer a percepção dos professores, relativamente às estratégias mais adequadas a ter na intervenção com estes alunos.

Assim sendo, foi formulado o seguinte problema de investigação:

Qual a percepção dos professores (Educação Física das Actividades de Enriquecimento Curricular e Professores do 1º ciclo com variante em Educação Física) relativamente às estratégias mais adequadas na intervenção com alunos do 1º ciclo com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção?

Foram também definidas duas hipóteses de investigação:

1 – Os professores da amostra apresentam preferência comum por algumas estratégias de intervenção em alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

2 – Os alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção beneficiam mais com a participação em actividades físicas e desportivas quando desenvolvidas com recurso a estratégias específicas.

O estudo desenvolvido resulta de uma análise efectuada aos dados recolhidos através de um inquérito por questionário, constituído por perguntas abertas e fechadas. Neste estudo, foi utilizado o método quantitativo no tratamento dos dados resultantes das perguntas fechadas. As perguntas abertas foram submetidas a uma análise de conteúdo.

Como análise conclusiva deste trabalho, constatamos que os professores da amostra consideram que o contributo da actividade física e desportiva nos alunos com PHDA é muito importante e que a aplicação de estratégias específicas, que vão ao encontro das áreas de distúrbio do aluno, permite a atenuação/ superação das dificuldades. Verificámos também que estes profissionais apresentam preferência comum por um conjunto de estratégias e que, nestes casos, são várias as áreas que beneficiam com a actividade física e desportiva.

PALAVRAS-CHAVE: PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA), DESPORTO, ACTIVIDADE FÍSICA, PROFESSORES, ESTRATÉGIAS.

Abstract

It is for the school to promote educational responses that successfully educate all students, including those with Hyperactivity Disorder and Attention Deficit Disorder. This paper focuses on this theme and the contribution of physical and sporting activity in people with this syndrome. So knowing that in an educational context, teachers are the key players in the process of teaching and student learning, we consider pertinent to develop a study of teachers to teach Physical Education in Curriculum Enrichment Activities and teachers of the first. Cycle with variant in Physical Education.

This research has as main purpose to check if the physical and sporting activity benefits the development of children with ADHD and seek to understand the perception of teachers, for the most appropriate strategies to take action on these students.

Thus, the following problem has been made of investigation:

What is the perception of teachers (Physical Education Activities Enrichment Curriculum and Teachers of the stream with a variant in Physical Education) for the most appropriate strategies for intervention with students from a stream with Hyperactivity Disorder and Attention Deficit?

We also defined two research hypotheses:

1° - Teachers in the sample have common preference for some strategies in students with Hyperactivity Disorder and Attention Deficit Disorder.

2° - Students with Hyperactivity Disorder and Attention Deficit benefit most from participation in physical and sporting activities when developed using specific strategies.

The results of a study carried out analysis of data collected through a questionnaire consisting of open and closed questions. In this study, we used the quantitative method in the treatment of the resulting data from closed questions. The open questions were subjected to content analysis.

As a conclusive analysis of this study, we found that the teachers in this study consider that the contribution of physical activity and sport among children with ADHD is very important and that the application of specific strategies that meet the student's areas of disturbance, allows

the attenuation / overcome difficulties. We also found that these professionals have common preference for a set of strategies and that in such cases, there are several areas that benefit from physical activity and sport.

KEYWORDS: HYPERACTIVITY DISORDER ATTENTION DEFICIT (ADHD), SPORT, PHYSICAL ACTIVITY, TEACHER, STRATEGIES.

Abreviaturas e símbolos

PHDA – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

AEC – Actividades de Enriquecimento Curricular.

Índice geral

Agradecimentos	V
Resumo	VI
Abstract	VIII
Abreviaturas e símbolos	X
Índice geral	11
Índice de quadros	14
Índice de gráficos	15
Introdução	17
Parte I – Enquadramento teórico	19
Capítulo 1 – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)	20
1.1 – Definição de hiperactividade	20
Capítulo 2 – Perspectiva histórica da PHDA	22
2.1 - Percurso evolutivo	23
Capítulo 3 – Descrição clínica	25
3.1 - Falta de atenção	26
3.2 - Impulsividade	27
3.3 – Hiperactividade	28
Capítulo 4 – Principais características das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção	29
Capítulo 5 – Causas da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção	30
5.1 - Factores Neurológicos	30
5.2 - Factores Pré-natais e Perinatais	31
5.3 - Factores Genéticos	32
5.4 - Factores Ambientais e variáveis psicológicas	32
5.5 - Factores familiares	33

5.6 - Factores sócio – culturais	33
5.7 - Outras causas	34
Capítulo 6 – Avaliação da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção	34
Capítulo 7 – Tratamento da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção	35
7.1 - Tratamento farmacológico	35
7.2 - Tratamento comportamental – cognitivo	37
7.3 - Tratamento combinado	38
Capítulo 8 – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção “mau comportamento” ou “comportamento inadequado”	39
Capítulo 9 – Educação Especial & Inclusão	41
Capítulo 10 – Estratégias de aprendizagem para alunos com PHDA	43
10.1 - Como lidar com o comportamento da criança com PHDA	47
10.2 - Orientações práticas para trabalhar com uma criança com PHDA	49
Capítulo 11 – O desporto	51
11.1 - Definição de desporto	51
11.2 - Perspectiva histórica do desporto	52
11.3 - Desporto nas escolas do 1º Ciclo	53
11.3.1 - Desporto Escolar	53
11.3.2 - Actividade Física e Desportiva	54
11.3.3 - Expressão e Educação Físico – Motora	56
Capítulo 12 - Recreio escolar	57
Capítulo 13 - Actividade física e desportiva e os alunos com Necessidades Educativas Especiais	58
13.1 – Actividade física vs desporto	60
Capítulo 14 - O jogo e a pedagogia do jogo	61
Parte II – Tratamento empírico	62
Capítulo 15 - Metodologia de investigação	63

15.1 – Introdução	63
15.2 – Objectivos	65
15.3 – Questão de investigação	65
15.4 - Justificação dos objectivos	65
15.5 – Hipóteses	66
15.6 - Variáveis	66
15.7 – Amostra	67
15.8 – Técnica utilizada na recolha de informação	67
Capítulo 16 – Cronograma	68
Capítulo 17 - Ética da pesquisa	69
Capítulo 18 - Apresentação dos resultados	70
18.1 – Caracterização da amostra	70
18.2 – Resultados obtidos face à problemática das Perturbações da Hiperactividade e Défice de Atenção	73
Capítulo 19 - Discussão dos resultados	104
Capitulo 20 - Limitações ao estudo	110
Conclusões	111
Linhas futuras de investigação	113
Bibliografia	114
Apêndices	CXXIII
Anexos	CLX

Índice de quadros

Quadro I - Indicadores de Hiperactividade em momentos evolutivos distintos	24
Quadro II - Sintomas no PHDA	28
Quadro III – Cronograma	67
Quadro IV - Opiniões dos professores relativamente às causas das PHDA	74
Quadro V - Comportamentos mais evidentes nos alunos com PHDA	75
Quadro VI - Outros benefícios da actividade física e da actividade desportiva assinalados pelos professores	82
Quadro VII - Respostas dos professores face à indicação: “Sugira duas medidas que podem ser aplicadas (ou que tenha aplicado) nas suas aulas e que considera surtirem efeito positivo junto dos alunos portadores de PHDA.”	101
Quadro VIII - Respostas dos professores face à questão: “De que forma é que essas medidas ajudam o aluno com PHDA?”	102
Quadro IX - Paralelismo entre os comportamentos mais evidentes nos alunos com PHDA e as estratégias referidas pelos professores da amostra	107

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Actividade profissional dos professores da amostra	69
Gráfico 2 – Idade dos professores inquiridos	69
Gráfico 3 – Género dos professores inquiridos	70
Gráfico 4 - Meio em que os professores inquiridos exercem a sua actividade profissional	70
Gráfico 5 – Habilitações académicas dos professores inquiridos	71
Gráfico 6 – “No desempenho da sua actividade profissional, com que frequência se tem deparado com crianças portadoras de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)?”	72
Gráfico 7 – “Com que nível de gravidade classifica a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)?”	73
Gráfico 8 – “Considera que a actividade física e a actividade desportiva podem ajudar os alunos com esta problemática?”	76
Gráfico 9 – Aquisição de regras	77
Gráfico 10 – Socialização	77
Gráfico 11 – Integração	78
Gráfico 12 – Partilha	78
Gráfico 13 - Espírito de equipa	79
Gráfico 14 -Desenvolvimento de estratégias para a resolução de problemas	79
Gráfico 15 - Desenvolvimento de atitudes de entreaajuda	80
Gráfico 16 - Aprender a lidar com a frustração	80
Gráfico 17 - Ter a noção de limite	81
Gráfico 18 – Recurso a um profissional externo à família	83
Gráfico 19 – Intervenção farmacológica	84
Gráfico 20 – Intervenção diferenciada ao nível das práticas educativas	84
Gráfico 21 – Aconselhamento/ Psicoterapia infantil	85
Gráfico 22 – Intervenção/ Terapia familiar	85

Gráfico 23 – Apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados	86
Gráfico 24 – Treino de competências sociais	86
Gráfico 25 – Educação centrada na tolerância, no diálogo e no reforço da auto-estima	87
Gráfico 26 – Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão	87
Gráfico 27 – Intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos	88
Gráfico 28 – Utilizar uma linguagem simples e facilitadora da auto-instrução	90
Gráfico 29 – Olhar o aluno nos olhos e dar instruções claras, consistentes e curtas	90
Gráfico 30 – Variar o tom de voz durante a aula	91
Gráfico 31 – Usar um tom de voz firme	91
Gráfico 32 – Estabelecer hábitos regulares no desenvolvimento da fala	92
Gráfico 33 – Estabelecer as regras de conduta a ter presentes nas aulas	92
Gráfico 34 – Explicar as consequências do não cumprimento das regras	93
Gráfico 35 – Servir de modelo/ exemplo nas atitudes ao aluno	93
Gráfico 36 – Utilizar o reforço positivo	94
Gráfico 37 – Utilizar uma atitude positiva quando se fala com o aluno	94
Gráfico 38 – Reforçar a auto-estima da criança	95
Gráfico 39 – Desenvolver dinâmicas de grupo	95
Gráfico 40 - Ser tolerante com o aluno	96
Gráfico 41 – Dialogar com a criança	96
Gráfico 42 – Ser firme e congruente	97
Gráfico 43 – Planificar diferenciadamente	97
Gráfico 44 – Avaliar de modo diferenciado	98
Gráfico 45 – Desenvolver actividades de grupo	98
Gráfico 46 – Desenvolver actividades individuais	99

Introdução

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é um distúrbio bastante comum na infância, sendo mais frequente nos rapazes do que nas raparigas. É um transtorno que manifesta sinais de desenvolvimento inadequado na criança em relação à sua idade mental e cronológica, nos domínios da atenção, impulsividade e actividade motora.

As suas causas são diversas, sendo difícil, na maior parte dos casos, identificar uma etiologia precisa.

A PHDA é um dos distúrbios de desenvolvimento da infância mais estudados e também um dos mais controversos. São várias as investigações desenvolvidas nesta área, tendo a primeira descrição surgido em 1947 por Strauss e seus colaboradores. Sucederam-se inúmeras investigações que foram apresentando ao longo dos tempos informações relevantes para se compreender e saber actuar perante esta problemática.

A criança com PHDA constitui um desafio tanto para os pais, como para os profissionais de educação. É em idade escolar que, normalmente, esta situação se torna mais preocupante, uma vez que a perturbação pode comprometer o sucesso escolar. A Escola tem que ser capaz de dar resposta a estes alunos, promovendo o seu sucesso educativo, indo ao encontro das ideias defendidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo que define, como princípios primordiais, os direitos fundamentais à educação e à igualdade de oportunidades.

Assim sendo, a Escola Inclusiva tem que ser capaz de desenvolver uma pedagogia centrada no aluno, susceptível de o educar com sucesso. Os alunos portadores deste síndrome podem integrar o Decreto-Lei n.º 3/ 2008 de 7 de Janeiro, se as suas especificidades, assim o justificarem.

Inúmeros estudos demonstram que a actividade física e desportiva contribui de modo muito positivo para o desenvolvimento dos alunos portadores de PHDA, actuando como um estímulo ao desenvolvimento psicossocial da criança.

Este trabalho centra-se nestas duas áreas: a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e a sua relação com a actividade física e desportiva.

O desejo de saber mais sobre este distúrbio e a vontade de compreender de que modo é que a actividade física e desportiva pode beneficiar estes alunos foram as razões que nos levaram a desenvolver uma investigação nestas áreas.

Este trabalho visa, por um lado, contribuir para um melhor conhecimento desta problemática, com base em descobertas realizadas, ao longo dos anos, por vários investigadores e, por outro, procura apresentar um estudo realizado com os professores de Educação Física que leccionam nas Actividades de Enriquecimento Curricular e os professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico com variante em Educação Física, uma vez que estes profissionais podem desempenhar um papel muito importante junto dos alunos com PHDA.

A recolha de informação foi feita a partir de um inquérito por questionário, com perguntas abertas e fechadas, sendo a nossa amostra constituída por 72 professores. Tendo em conta o número reduzido de docentes, importa referir que os resultados não podem ser generalizados.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, apresentamos o enquadramento teórico do tema e na segunda damos a conhecer o estudo que foi desenvolvido. Nesta última parte, expomos, por um lado, o problema que nos propusemos estudar, as hipóteses e os objectivos de investigação e, por outro, apresentamos os resultados obtidos e fazemos uma análise desses dados, confrontando as perspectivas de vários autores com os dados obtidos no estudo.

Os dois grandes objectivos desta investigação consistiram em verificar se a actividade física e desportiva traz benefícios ao desenvolvimento das crianças com PHDA e conhecer a percepção dos professores da amostra, relativamente às estratégias mais adequadas a ter na intervenção com estes alunos.

Por fim, importa referir que este trabalho não está escrito com as normas do novo acordo ortográfico e que as regras da bibliografia são apresentadas de acordo com as normas APA – American Psychological Association – e as regras definidas pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, para a elaboração e apresentação de teses e dissertações.

Parte I – Enquadramento teórico

Capítulo 1 - Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)

1.1 - Definição de hiperactividade

“ «Hiper» vem do grego e significa «além», «excesso». «Actividade» deriva de um radical latino, que exprime tanto a ideia de movimento como a de acção exterior, pôr em movimento, ser activo. «Hiperactivo» significa, portanto, impulso excessivo de actividade.”
(C. Schweizer e J. Prekop, 1997)

“ O Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção é não só um dos mais estudados, como um dos mais controversos distúrbios do desenvolvimento da infância. (Shaywitz & Shaywitz, 1992)”
citado por Cruz (2009)

Hiperactivo significa impulso excessivo de actividade. Facilmente é confundido com o termo Hipercinético, os dois pressupõe movimento, e, por isso, são facilmente substituíveis entre si. Hiper + Actividade = Hiperactividade.

O dicionário de Psicologia define hiperactividade como sendo um

“Estado de actividade constante e de instabilidade comportamental, acompanhado de dificuldades de atenção, observado, sobretudo, em crianças ou em casos de ansiedade. Tal síndrome foi, especialmente estudado em crianças, em particular por Joreme Kagan, que deu uma descrição pormenorizada dela. A criança hiperactiva raramente consegue empenhar-se inteiramente numa tarefa, estando em simultâneo ali e alhures com a atenção dispersa; as atitudes de espera provocam-lhe reacções emocionais fortes (pateados, gritos) ou stress. A sua submissão a ordens ou coações é limitada; causa de dificuldades na vida escolar, em trabalho de grupo e jogos colectivos, a hiperactividade pode provocar exclusão. As correlações entre hiperactividade e nível intelectual – pensou-se por vezes que se encontram mais amiúde crianças hiperactivas entre as crianças chamadas «sobredotadas» - são insuficientes para validar a hipótese de uma relação causal. Agitação” (Dicionário enciclopédico de Psicologia, 2008).

De acordo com o DSM IV (1994) da Associação Americana de Psiquiatria, a DDAH caracteriza-se por um “ padrão persistente de falta de atenção e/ ou impulsividade –

hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento”. Uma criança com PHDA manifesta, na sua actividade diária, padrões comportamentais em que a actividade motora é muito acentuada e inadequada ou excessiva. São crianças que têm muita dificuldade em permanecer no seu lugar, que se mexem ou baloçam continuamente, que mantêm um relacionamento difícil com os colegas, intrometendo-se nas suas brincadeiras, que não prestam atenção, que se precipitam nas respostas... estas acções são muitas vezes confundidas com maus comportamentos ou com indisciplina.

Uma criança com PHDA manifesta sinais de desenvolvimento inadequado, em relação à sua idade mental e cronológica, nos domínios da atenção, da impulsividade e da actividade motora.

A Associação Americana de Psiquiatria distingue três subtipos de PHDA, de acordo com o predomínio dos sintomas da falta de atenção e da hiperactividade – impulsividade: PHDA do tipo predominante desatento; PHDA do tipo predominante hiperactivo – impulsivo e PHDA do tipo misto.

Este último é o mais frequentemente diagnosticado e combina a hiperactividade com a impulsividade e a falta de atenção. Mas as dúvidas em relação ao conceito permanecem. Para alguns especialistas, trata-se de um síndrome (conjunto de sintomas característico de uma determinada enfermidade) que tem, provavelmente, uma origem biológica, ligada a alterações no cérebro, causadas por factores hereditários ou resultantes de uma lesão. Mas, desde sempre, as crianças foram descritas como sendo inquietas, caóticas, impulsivas, com coordenação motora deficiente (descoordenada) e com problemas de aprendizagem. Taylor (1991), citado por García (1999), assinala que a hiperactividade (actividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade) constitui um traço característico do indivíduo, que se pode verificar em inúmeras circunstâncias do dia-a-dia da criança.

Existe um grande número de crianças portadoras de PHDA, sendo esta perturbação mais frequente nos rapazes do que nas raparigas, cerca de 80% a 90% dos casos diagnosticados são crianças do sexo masculino. Normalmente, a situação torna-se mais preocupante em idade escolar, uma vez que a sua perturbação pode comprometer o desempenho escolar.

Capítulo 2 - Perspectiva histórica da PHDA

Em 1937, Charles Bradley desenvolveu o primeiro estudo clínico de que se encontra registo, avaliando a eficácia do tratamento da síndrome da hiperactividade, a partir da administração de um estimulante, designado Bazedrina, a um grupo de crianças hiperactivas, tendo observado resultados significativos.

Mais tarde (1944), surgiu pela primeira vez no tratamento o Metilfenidato, com o intuito de produzir efeitos secundários menos agressivos. Experimentaram-se inúmeros tipos de químicos da Anfetamina e em 1954 o novo composto foi patenteado.

O termo Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade (DDAH) é a expressão que se tem generalizado, por tradução directa da expressão: *Attention Déficit Disorder with Hiperactivity*, utilizada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, no seu Manual de Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais, publicado em 1994, DSM IV), para fazer referência a indivíduos que apresentam comportamentos hiperactivos, que têm dificuldade em prestar atenção às tarefas e que têm a tendência para ser impulsivos. O nome usado pela Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva é Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA).

Uma das primeiras impressões que o estudo da hiperactividade infantil origina é a abundância de termos que existem para a referir. Aparecem designações distintas, como conduta hipercinética, perturbações por défice de atenção, hiperactividade, entre outras. Todas têm em comum o facto de se referirem a crianças hiperactivas. Contudo, nenhum destes termos é completamente aceite por todos os profissionais.

Para autores como Safer e Allen (1979), citados por García (1999), aplicar o termo “*síndrome*” é incorrecto, pois este implica um conjunto de características coexistentes, mas os sinais clínicos da hiperactividade não constituem uma unidade suficientemente intrínseca para merecer que o termo lhes seja aplicado. Estes autores consideram a hiperactividade evolutiva como a única característica específica deste quadro e definem-na como uma norma de actividade excessiva em situações que requerem inibição motora e que é persistente ou contínua ano após ano.

A terminologia a aplicar à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, reflecte a existência de divergências entre os especialistas desta área, no que diz respeito ao seu conceito, à

sua origem e às suas formas relevantes de manifestação. Para tornar estes conceitos mais claros, é necessário ter em atenção e conhecer qual o ponto de vista adoptado pelo profissional que entra em contacto com a criança, tal como é o caso do médico, do psicólogo ou do professor.

No que diz respeito ao serviço médico, os neurologistas defendem uma possível deficiência ou anomalia cerebral, enquanto o psiquiatra considera que este transtorno se caracteriza essencialmente por uma actividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade, daí que adopte os critérios APA (Associação Americana de Psiquiatria) que, na classificação actual (DSM- III – R, 1987), a incluem na categoria das perturbações de conduta. Segundo a pedagogia, a hiperactividade infantil relaciona-se com deficiências perceptivas e dificuldades de aprendizagem.

2.1 - Percurso Evolutivo

A hiperactividade constitui um dos problemas mais comuns na infância. Os dados sobre a sua incidência nas crianças em idade escolar variam segundo o autor ou os trabalhos consultados. Mas, segundo estudos publicados no sítio da internet, denominado *abc da saúde*, estima-se que 3% a 5% das crianças escolarizadas são hiperactivas. A incidência real do distúrbio é difícil de conhecer, porque na sua estimativa influem vários factores: conceito e definição de hiperactividade admitido pelos especialistas; critérios diagnósticos utilizados; fonte de informação consultada (pais, docentes, médicos...).

Quando se estuda a forma como as crianças hiperactivas evoluem nos primeiros anos de escolaridade, tem-se em conta duas questões: prestam atenção, por um lado, às condutas hiperactivas detectadas na primeira infância e, por outro, aos problemas psicológicos, que aparecem em idades mais avançadas, associados à hiperactividade, especialmente às condutas anti-sociais e ao insucesso escolar.

Coincidindo com o começo da escolarização, o progresso evolutivo traduz-se numa redução geral do nível de actividade e numa diminuição da reactividade inicial aos estímulos externos, assim como na aquisição, por parte da criança, de competências para resolver problemas imediatos, de um modo intencional e de hábitos de conduta que lhes possibilitam a sua relação com os outros. Todavia, isto não ocorre igualmente com todas, pois algumas encontram dificuldades quando é necessário fazer exigências sociais e escolares que requerem um maior

controlo do seu comportamento e a manutenção da atenção. Em determinados casos, estes problemas resolvem-se com a ajuda de profissionais e o apoio dos pais e professores; noutros mantêm-se e chegam, até, a complicar com o passar dos anos.

“As condutas e as manifestações hiperactivas mudam com a idade. As crianças hiperactivas na idade pré – escolar caracterizam-se por apresentar uma actividade motora excessiva, enquanto que os adolescentes são impacientes, não cumprem as normas e as obrigações sociais e familiares, e costumam ter problemas de rendimento académico.” (García, 1999).

Quadro I – Indicadores de Hiperactividade em momentos evolutivos distintos.

0 – 2 anos	2 – 3 anos	4 – 5 anos	A partir dos 6 anos
Descargas ou contracções musculares durante o sono	Imaturidade da linguagem expressiva	Problemas de adaptação social	Impulsividade
Problemas no ritmo do sono e durante a alimentação	Actividade motora excessiva	Desobediência social	Défice de atenção
Períodos curtos de sono e despertar sobressaltado	Escassa consciência do perigo	Dificuldades em seguir normas	Insucesso escolar
Resistência aos cuidados habituais	Propensão para sofrer numerosos acidentes		Comportamentos anti sociais
Reactividade elevada aos estímulos auditivos			Problemas de adaptação social
Irritabilidade			

Quadro I – *Gutiérrez – Moyano e Becoña (1989) citado por Garcia (1999).*

Capítulo 3 - Descrição Clínica

Verifica-se, desde o início do século XX, a existência de crianças hiperactivas. É em 1947 que Strauss, citado pelo sítio na internet *psiqweb* (2004) e os seus colaboradores apresentam a primeira descrição clínica deste quadro em que a área mais afectada é, principalmente, a do comportamento, destacando-se o nervosismo e o nível de actividade como sintomas de lesão cerebral.

Sucederam-se numerosas investigações que foram, de uma forma gradual, transferindo a importância atribuída à lesão orgânica para um ponto de vista mais funcional, que tentava conceber a hiperactividade como um síndrome comportamental em que se destacava, como principal característica, a actividade motora excessiva.

“ «Viemos aqui para que o doutor nos diga se o meu filho é hiperactivo!», é muitas vezes o início da consulta. O ar de espanto, descrença e desapontado é muitas vezes quase cómico quando respondo: «eu não sei... digam-me as senhores!». É que a PHDA não tem um marcador biológico, um parâmetro facilmente mensurável como o açúcar na diabetes, que nos permita afirmar com segurança a presença de disfunção... Além do mais a própria observação no gabinete de consulta é enganadora, já que o comportamento da criança pode ser, e muito, distinto do manifestado em casa ou na sala de aula.”
(Antunes, 2009).

Para diagnosticar a PHDA é necessário atender a alguns critérios:

- Quantidade - devem estar presentes pelo menos seis dos sintomas de falta de atenção ou de hiperactividade-impulsividade.
- Duração - tiverem persistido por um período mínimo de seis meses com uma intensidade que é simultaneamente desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento do indivíduo.
- Início - tiverem início antes dos sete anos de idade (antes da idade escolar).
- Contexto - acontecerem em dois ambientes ou contextos diferentes (escola e casa, por exemplo).
- Provas - existirem provas claras de um défice claramente significativo do funcionamento social e académico ou laboral.
- Exclusão - os sintomas não são devidos a outra perturbação mental.

No DSM IV (1994) distinguem-se três formas clínicas de PHDA, de acordo com o predomínio dos sintomas da falta de atenção e da hiperactividade – impulsividade:

- **Tipo predominantemente desatento** – é caracterizado pela dificuldade em prestar atenção na sala de aula e nas brincadeiras, incapacidade de organizar actividades, tarefas simples e esquecimento.
- **Tipo predominantemente hiperactivo-compulsivo ou impulsivo** – é caracterizado por inquietação e constante movimento (muitas vezes em alturas impróprias), incapacidade em sentar-se quieto, falar incessantemente ou fazer ruído excessivo.
- **Tipo combinado** – é caracterizado tanto pela falta de atenção, como pela hiperactividade. Habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais, esquecem-se dos compromissos marcados e até de levar o lanche para a escola.

Todas as tarefas que exigem algum esforço mental continuado são vistas como desagradáveis, enfadonhas e repugnantes.

3.1 - Falta de atenção

No processo ensino-aprendizagem o preceito da atenção é fundamental. Segundo o sítio na internet, DDAH,

“A atenção de uma criança com esta problemática dispersa-se facilmente com estímulos irrelevantes para a tarefa que está a realizar. A criança tem problemas em orientar a sua atenção de acordo com o processo organizado de prioridades a conceder aos estímulos que o meio lhe vai fornecendo”.

Os sintomas que são indicadores de falta de atenção são:

- Não estar com atenção suficiente aos detalhes nas tarefas escolares, no trabalho ou em outras actividades lúdicas;
- Ter dificuldade em estar atento em qualquer actividade;
- Quando se lhe dirigem directamente, parece não estar a ouvir;
- Não terminar os trabalhos escolares ou outras tarefas nem seguir as instruções que lhe dão;
- Embaraço em organizar-se;

- Evitar tarefas que pedem esforço mental constante;
- Perder objectos essenciais a trabalhos ou tarefas que tem de fazer;
- Distrair-se com facilidade através de estímulos insignificantes;
- Esquecer-se constantemente de acções do dia-a-dia ou de rotina.

3.2 - Impulsividade

Segundo o sítio na internet, DDHA, “*A impulsividade tem manifestações a nível emocional e cognitivo. A falta de controlo emocional leva a criança a agir sem reflectir e sem avaliar as consequências dos seus actos, numa busca imediata de satisfação do desejo sentido.*”

O portador de PHDA apresenta pouca tolerância à frustração, conduzindo-o a demonstrações de irritabilidade e daí provir os atritos criados pelos comportamentos imprevisíveis e inabilidade afectiva com consequências na auto-estima. Como a criança com PHDA, por causa da sua impulsividade, possui pouca consciência dos riscos no decorrer de uma actividade, está mais sujeita a acidentes.

A nível cognitivo, as demonstrações de impulsividade alteram sobretudo a prestação escolar. O comportamento cognitivo impulsivo leva a criança a reagir aos estímulos desadequadamente, pode ainda manifestar complicações nas tarefas complexas como o caso da leitura, da escrita e do cálculo. A criança impulsiva deverá apresentar de forma duradoura os seguintes sintomas:

- Precipitar as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- Ter dificuldade em esperar pela sua vez;
- Interromper ou interferir nas actividades dos outros (intrrometer-se nas conversas ou nos jogos);
- Mudar constantemente de actividade;
- Ter dificuldade para se organizar no trabalho (sem que exista algum défice cognitivo);
- Necessitar de constante supervisão;
- Necessitar de ser constantemente chamado à atenção.

3.3 - Hiperactividade

A criança apresenta problemas no controlo dos movimentos do corpo, uma excessiva actividade motora e uma necessidade de estar em constante movimento. A criança hiperactiva deverá apresentar de forma constante os seguintes sintomas:

- Movimentar excessivamente as mãos e os pés e mover-se quando está sentado;
- Levantar-se na sala ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- Correr ou saltar excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo;
- Ter dificuldade para se dedicar tranquilamente a um jogo;
- Agir como se estivesse ligado a um motor;
- Falar em excesso;
- Mexer-se muito enquanto dorme.

Estes sintomas devem surgir antes dos sete anos de idade, a sua duração deverá ser de pelo menos seis meses e não poderá dever-se a esquizofrenia, a perturbações afectivas e a atraso mental grave ou profundo.

Outros sintomas que demonstram uma associação com PHDA, incluem um comportamento agressivo, distúrbio de conduta, incapacidade de aprendizagem, depressão e baixa auto-estima.

Quadro II – Sintomas no PHDA.

Primários	Desatenção, impulsividade, hiperactividade
Correlatos	Perturbações de sono, labilidade emocional
Secundários	Baixa auto-estima, habilidades sociais fracas, problemas escolares, abuso de substância.
Artificiosos	Ansiedade.

Quadro II – Fonte: elaboração própria

Capítulo 4 - Principais características das crianças com Perturbações de Hiperactividade e Défice de Atenção

Os autores Safer e Allen (1979), citados por García (1999), consideram a hiperactividade evolutiva e definem-na como uma norma de actividade excessiva em situações que requerem inibição motora e que é persistente ou contínua ano após ano. As principais características associadas à hiperactividade são a falta de atenção; as dificuldades de aprendizagem perceptiva-cognitivas; os problemas de comportamento e a falta de maturidade.

Para além destas, podemos encontrar outras características de menor importância, do tipo emocional, tais como a impulsividade, a ansiedade e a dificuldade de relacionamento com os colegas.

O autor Vallet (1986), citado por García (1999), considera que a hiperactividade é uma síndrome que engloba o movimento corporal excessivo; a impulsividade; a atenção dispersa; a inconstância nas respostas; a emotividade; a coordenação motora pobre e as dificuldades de aprendizagem (problemas na aritmética e na leitura e problemas de memória).

A hiperactividade manifesta-se em todos os campos desde as primeiras idades, não é exclusivamente uma hiperactividade motora, pois pode estar associada à hiperactividade verbal, levando a uma tendência para a destruição, agressividade e perturbações do sono. Outro dos sintomas integrantes e fundamentais da síndrome é a falta de atenção, a irritabilidade, a impulsividade, a ausência de coordenação motora tanto na motricidade grossa como na motricidade fina, os comportamentos repetitivos e um sintoma comportamental, a “*desobediência patológica*”, a repetição do erro, a incompreensão perante o castigo e as perturbações de aprendizagem a nível visuo-motor.

Capítulo 5 - Causas de Perturbações de Hiperactividade e Défice de Atenção

As causas que levam à PHDA, são muito diversas e, provavelmente, resultantes de vários factores, sendo difícil, na maior parte dos casos, determinar uma etiologia precisa, já que também não é detectável nenhum dano cerebral, como acontece com outras perturbações mentais.

5.1 - Factores Neurológicos

Segundo García (1999), inicialmente foi considerada a hipótese de a hiperactividade provir de uma causa biológica. Assim, foi analisada a relação existente entre este distúrbio infantil e as alterações estruturais e funcionais do cérebro.

Foi investigado até que ponto é que uma criança com actividade motora excessiva, inquietude e falta de atenção apresenta alterações cerebrais. Deste modo, analisou-se separadamente os efeitos, quer das lesões localizadas no cérebro, quer o atraso mental sobre a conduta infantil em geral e a hiperactividade de forma específica. No entanto, é difícil separar a influência do atraso mental e das lesões sofridas pela criança, uma vez que o dano cerebral estrutural é mais frequente nas crianças com um nível inferior de inteligência.

Embora os efeitos das lesões cerebrais sobre a conduta sejam bastante específicos, a questão que nos interessa particularmente é a possibilidade de que determinadas alterações se encontrem especialmente relacionadas com a hiperactividade infantil.

De acordo com Taylor (1991), citado por García (1999), é possível estabelecer conclusões definitivas a este respeito, pois o que ocorre na realidade é que o nível actual de conhecimentos científicos sobre a relação entre lesões cerebrais e alterações psicológicas se encontra limitado pelo tipo de alterações cerebrais que é possível examinar com os meios técnicos possíveis.

Ressalve-se que as lesões no cérebro, para além de provocar distúrbios específicos, exercem influência mediante a maior ou menor vulnerabilidade da criança aos problemas psicológicos. Logo, as lesões físicas do cérebro não são obrigatoriamente causas de comportamentos hiperactivos, mas sim de manifestações de condutas, tais como a actividade motora excessiva, a impulsividade, a falta de atenção ...

Pode-se então concluir que as crianças hiperactivas não apresentam sinais óbvios de terem sofrido lesões cerebrais, uma vez que apenas uma pequena percentagem de crianças hiperactivas possui danos cerebrais.

5.2 - Factores Pré-natais e Perinatais

De acordo com García (1999), sabe-se que a influência do meio ambiente pré-natal e as complicações ocorridas na gravidez são vistas como causas dos distúrbios da conduta infantil. Inúmeras investigações demonstram as influências dos partos prematuros e do baixo peso à nascença.

Vários estudos mostram que as crianças prematuras, com baixo peso, que sofreram de anorexia durante o parto ou de infecções neo-natais são bastante propícias ao desenvolvimento de problemas comportamentais e hiperactividade, tais como atraso mental, atraso no desenvolvimento motor, deficiente crescimento físico, dificuldades no desenvolvimento da linguagem e na aprendizagem.

O consumo de tabaco, o abuso do álcool e o stress psicológico na mulher grávida são factores que podem conduzir a perturbações sérias na criança. Estes poderão ser causas de hiperactividade, pois para além de poderem provocar outros efeitos negativos, podem levar à alteração do ritmo cardíaco da criança. Cerca de um terço das crianças, cujas mães abusaram do álcool na gravidez, apresentam condutas hiperactivas.

Nesta linha de ideias, Gold e Sherry (1984), citado por García (1999), indicam que o abuso do álcool durante a gravidez é responsável por défice de atenção, problemas de aprendizagem, perturbações do comportamento e atraso psicomotor. Contudo, as complicações perinatais e pré-natais não afectam todas as crianças da mesma forma e é importante ter em consideração que as condições sociais e familiares em que estas se desenvolvem desempenham um importante papel. Portanto, a influência das complicações pré-natais e perinatais parece existir, embora não seja específica. Porém, a sua importância aumenta quando intervêm outras dificuldades externas, pelo que estes factores, não são causas determinantes, mas sim factores que podem dar origem a crianças mais vulneráveis à influência negativa de outras variáveis ambientais, tais como as desvantagens sociais e familiares.

5.3 - Factores Genéticos

García (2001) refere que a origem genética da PHDA, uma vez que as crianças com pais possuidores desta perturbação, apresentam maior incidência de comportamentos típicos desta problemática do que as crianças com pais não possuidores de hiperactividade.

Segundo alguns estudos, a PHDA possui um carácter hereditário, mas sem grau de probabilidade determinado.

Segundo um artigo publicado no sítio da internet da Associação – *Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade*, foram efectuados outros estudos com gémeos monozigóticos, onde foi apresentada uma correlação de 50 a 70% de comportamentos com PHDA, o que destaca o genético como importante, mas não como a única manifestação da PHDA, pois para isso ser possível, a correlação teria que ser de 100%. Pode-se concluir que a hiperactividade é determinada por factores genéticos.

5.4 - Factores Ambientais e variáveis psicológicas

Alguns investigadores consideram que os factores psicossociais são determinantes para a hiperactividade.

Sabe-se que as características do trabalho, o rendimento económico, as condições habitacionais familiares, o lugar que se ocupa na sociedade, entre outras, divergem de pessoa para pessoa, não afectando de igual modo os indivíduos no seu comportamento e nas suas experiências.

Neste sentido, foram desenvolvidos estudos sobre a influência que certas variáveis familiares e determinados factores sociais desempenham na origem do distúrbio. Verificou-se que em crianças com níveis sociais mais desfavorecidos e com circunstâncias sociais mais adversas, a hiperactividade relaciona-se com um baixo rendimento em provas de execução, auto-estima, comportamentos anti-sociais e de violação de normas.

No entanto, os estudiosos defendem que as condições sociais não são factores determinantes, mas antes os seus efeitos psicológicos sobre a família e as atitudes e os modelos educativos que os pais adoptam.

5.5 - Factores Familiares

Outro dos factores que pode causar a PHDA é a possibilidade de ser a família a desencadear tal distúrbio. Salgueiro (1996) realizou um estudo onde verificou que as famílias das crianças com PHDA, são famílias sobreprotectoras, deprimidas, ansiosas, intrusivas e manipuladoras.

A criança, em muitos casos, torna-se numa criança com PHDA pelas crises que existem na família, principalmente se a criança for possuidora de uma pré-disposição genética. Por outro lado, o discurso entre os pais e a criança é rico em duplo sentido, ou seja, a criança capta toda a ansiedade necessária para desenvolver o PHDA.

O facto de os pais estarem a dizer uma coisa e a emocionar outra, leva a criança a criar uma ansiedade dentro de si, pois não sabe o que é correcto e o que está errado. Esta ansiedade está na base da sua desorganização intra-psíquica, o que leva a criança a agir inadequadamente, quando confrontada com um estímulo que pode ser problemático.

5.6 - Factores Socio-culturais

Os factores socioculturais podem também ser responsáveis por causar PHDA. O meio social de cada criança não fica ilibado de desencadear comportamentos mas, à parte disso, ele é protagonista no que toca à revelação do PHDA.

O meio sociocultural é, portanto, o “*fi condutor*” da problemática. Se a criança em casa desenvolve a hiperactividade, é no meio sociocultural que ela se irá reflectir, principalmente na vida escolar e na sua vida social. Se, no senso comum, é costume afirmar-se que o comportamento das crianças, ao nível social, é o reflexo da vida familiar, no caso da criança com PHDA é bem aplicável, pois se esta é irrequieta e desatenta, ao revelar estes sintomas em casa, a família pode não a perceber se também possui a perturbação.

Em contexto escolar, os colegas e os professores, normalmente, percebem mais facilmente o funcionamento inadequado da criança, descobrindo a PHDA.

5.7 - Outras Causas

Algumas investigações identificam também a possível influência de alterações bioquímicas no surgimento de problemas relacionados com a hiperactividade. O chumbo que existe no ambiente e os componentes da dieta alimentar, poderão ser agentes que afectam a hiperactividade.

Capítulo 6 - Avaliação da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

Dizer que uma criança/aluno é hiperactiva/o, vai muito para além do que achamos como educadores/professores ou pais. Se uma determinada criança é “irrequieta” ou está constantemente agitada, não quer dizer que seja possuidora de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, pois é necessário ter em atenção muitos outros sinais e periodicidade dos mesmos. De acordo com García (1999),

“as crianças hiperactivas constituem um grupo muito heterogéneo. Nem todas apresentam a alteração das mesmas condutas, nem coincidem na sua frequência e na sua importância, nas situações ou nos ambientes em que se mostram hiperactivos. Para além disso, diferem também relativamente à origem e às possíveis causas dos seus problemas”. (García, 1999)

O processo de avaliação não é indiferente à heterogeneidade dos casos e, assim, a avaliação é feita em diferentes ambientes e por técnicos/ professores/ especialistas de diferentes áreas (os médicos (nestes podemos englobar os neurologistas pediatras, psiquiatras), os professores e psicólogos). Averigua-se a conduta da criança em casa e na escola, assinalam-se factos psicológicos que a podem influenciar e uma apreciação sobre o rendimento escolar da criança.

Para além de uma avaliação médica, existem outros parâmetros de avaliação, como os da psicologia. A avaliação psicológica da criança/aluno vem complementar a avaliação médica. Os psicólogos, ao nível da sua actuação no processo avaliativo, prendem a sua concentração no défice de atenção, no nível de actividade motora e no comportamento geral e natural da criança.

Cada especialidade usa os procedimentos de avaliação que considera mais indicados, existindo alguns comuns, como sendo as entrevistas, a escala de avaliação, os instrumentos aplicados à própria criança, as observações comportamentais e as técnicas mecânicas. A avaliação está classificada num dos seguintes quadros clínicos da criança: nível intelectual e rendimento académico; factores biológicos; condições sócias e familiares e influência no quadro escolar.

Em anexo (Anexo I) é apresentado um exemplo de uma escala de avaliação, ferramenta muito comum, muito fácil e rápida de usar em todo o processo da criança. Qualquer interveniente pode usá-la: pais, professores ou outro adulto que permaneça com a criança em contexto natural. Podemos encontrar diferentes escalas: escalas concebidas especificamente para avaliar este distúrbio e escalas de conteúdo mais amplo para avaliar problemas comportamentais e outras perturbações relacionadas com a hiperactividade.

Capítulo 7 - Tratamento da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

“Quero ser absolutamente claro: o tratamento global de uma criança com PHDA envolve a maioria das vezes combinação de intervenções comportamentais e farmacológicas, até porque 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).

O tratamento desta perturbação pode seguir vários métodos, vários caminhos. Há autores que defendem diferentes medidas, mas, de um modo geral, estas coincidem em vários aspectos.

7.1 - Tratamento farmacológico

García (1999) afirma que alguns autores referem que o uso de medicamentos na PHDA é uma ferramenta necessária para permitir uma melhor qualidade de vida da criança hiperactiva.

Existem três categorias de medicamentos que podem ser usados na PHDA: os estimulantes, os anti-depressivos e os adicionais.

Frequentemente, torna-se útil combinar medicamentos das diferentes categorias para obter um efeito adequado. Normalmente, a medicação é a mesma tanto para crianças como para adultos, diferenciando apenas a dosagem e a combinação adequada a cada caso. Os estimulantes são Metilfenidato (Ritalina®); Dextroanfetamina (Dexedrina®) e Pemolina (Cylert®). Actualmente, os estimulantes mais utilizados no tratamento desta problemática são à base de Metilfenidato (Ritalina®). O uso de estimulantes em indivíduos que apresentem hiperactividade física e mental pode parecer um contra-senso, uma vez que as crianças portadoras de PHDA, por si só, já são bastante activas, mas de facto estes são necessários. Em termos práticos, essas substâncias aumentam a concentração, diminuem a impulsividade e a hiperactividade, para além de reduzirem os níveis de ansiedade e os estados depressivos.

Os anti-depressivos mais utilizados são à base de desipramina (Norpramin®) e têm efeitos benéficos no combate dos sintomas básicos da PHDA. A combinação perfeita no tratamento desta perturbação é entre a desipramina (Norpramin®) e o Metilfenidato (Ritalina®). Estes podem ser Desipramina (Norpramin®); Imipramina (Tofranil®); Venlafaxina (Efexor®); Bupropiona (Zyban®); Fluoxetina (Prozac®) e Sertralina (Zoloft®).

Outros medicamentos adicionais são utilizados para minimizar os efeitos colaterais da medicação principal, como os betabloqueadores (propranol) que ajudam a reduzir a irritabilidade, a insónia, a taquicardia, a sudorese e a diarreia. São também utilizados para minimizar os comportamentos em que a medicação principal não actuou, tais como os acessos de raiva ou a fúria, a agitação física, a instabilidade de humor, a ansiedade e a insónia. Nestes casos, adicionam-se substâncias à base de lítium, ácido valpróico, carbamazepina, nadolo, propranol e clonazepane clonidina.

O uso de estimulantes pode provocar insónias, dores de cabeça, disforia e perda de apetite, originando perda de peso. No entanto, estes são muitas vezes utilizados no tratamento de crianças hiperactivas, devido ao seu efeito contraditório no comportamento infantil, produzindo uma diminuição da actividade física e um aumento dos períodos de atenção, que se repercutem numa melhoria do rendimento escolar. Estes não provocam habituação nem dependência física, como normalmente acontece com os adultos e, também, não apresentam o característico efeito de euforia.

O uso dos anti-depressivos, para além de diminuírem os sintomas de PHDA e a agressividade, podem reduzir os sintomas de depressão e de ansiedade que, por vezes, andam associados a esta perturbação. As primeiras doses podem provocar o agravamento da hiperquinésia, mas pouco tempo depois inicia-se uma fase de melhoria geral. “*O único efeito observado a longo prazo é uma leve diminuição do ritmo de crescimento*” (Safer e Allen, 1979), citado por García (1999).

Se o tratamento for assíduo, com uma dosagem de medicação ajustada ao evoluir dos sintomas, obtêm-se resultados positivos.

7.2 - Tratamento comportamental – cognitivo

O tratamento comportamental – cognitivo pode dividir-se em duas áreas: as técnicas operativas e as técnicas cognitivas (Garcia, 1999). Este tratamento baseia a sua linha de actuação em três vertentes: o treino dos pais, o tratamento centrado na criança e a intervenção centrada na escola.

As técnicas operativas procuram perceber o que, em termos ambientais, pode causar a perturbação, pois supõem que sejam estes os factores responsáveis pelos estímulos. Portanto, se forem controlados os factores ambientais pode ser possível reduzir ou melhorar o comportamento da criança.

De acordo com este tratamento, quando o comportamento do aluno é considerado adequado, deve seguir-se imediatamente a recompensa, por exemplo, um doce ou um brinde do agrado. O adulto deve estar atento ao comportamento da criança com PHDA e procurar agir de forma assertiva. Muitas vezes, esta procura despertar a atenção do adulto através de comportamentos indesejados, tal como é o caso, entre outras formas expressivas, do choro e dos gritos. No entanto, o adulto não deve ceder e manter uma posição firme, ignorando tais comportamentos. Com a aplicação desta técnica, este tipo de comportamentos na criança tende a desaparecer. As repreensões (por exemplo retirar algo já adquirido pela criança) podem ser também uma boa estratégia para que esses comportamentos diminuam.

Segundo Aylon e Rosenbaun (1977), citados por García (1999), “*o tratamento comportamental da hiperactividade baseia-se no manejo das consequências ambientais*”. Assim,

relativamente ao ambiente social, familiar e até mesmo escolar, podem-se aplicar as noções de “*reforço, extinção e castigo*”.

Com este tratamento, as acções da criança mudam favoravelmente, aumentando os comportamentos mais adequados. Este tratamento comportamental pode também ser aplicado na escola, pois segundo Serrano (1990) e Ross (1987), citados por García (1999), a criança precisa de condutas correctas e capacidade de as realizar, para que em contexto escolar consiga efectuar com sucesso as actividades propostas.

Deste modo, e segundo uma medida progressiva, a criança de início não precisa fazer grande melhoria para “*ganhar muito*”, mas com o evoluir do tratamento, esta situação inverte-se, a criança passa a ter que realizar actividades cada vez mais complexas, (por exemplo, estar mais tempo no seu lugar, demonstrar mais tranquilidade) passando a “*ganhar pouco*”, tendo que lhe ser dado, de forma constante, um grande valor pelo feito conquistado.

Relativamente às técnicas cognitivas nos anos 70, Meichenbaun e Goodman (1971), citados por García (1999), elaboraram um método que propunha à criança hiperactiva técnicas de enfrentar os trabalhos escolares e as actividades que implicam controlo comportamental. Com este treino *auto-instrutivo* a criança pode transformar verbalizações internas e modificar o objecto da acção, alterar o comportamento manifestado. O objectivo desta técnica é incutir na criança o pensamento antes de agir, pensar mais na forma de como fazer ou actuar.

Alguns críticos são de opinião que este método não muda de forma satisfatória os comportamentos sociais da criança, uma vez que esta não os interioriza a longo prazo, para se manifestarem em aplicações futuras.

7.3 - Tratamento combinado (farmacológico vs comportamental – cognitivo)

Devido ao descontentamento de alguns autores, perante os resultados obtidos no tratamento farmacológico e no tratamento comportamental, surge com Whalen e Henker (1991), citados por García (1999) este novo tratamento combinado.

O tratamento à base de medicação consegue que a criança se mantenha calma ou pouco agitada, mas durante um curto período de tempo. O tratamento comportamental reúne mais eficácia, consegue captar mais a atenção do aluno em contexto escolar, podendo aumentar o seu

rendimento na escola, mas quanto à manutenção dessas melhorias a longo prazo, surgem algumas dúvidas.

Sucintamente, para o tratamento combinado pode apresentar-se quatro pontos: aplicar a medicação no início da intervenção; reduzir sucessivamente a medicação e, assim, eliminar alguns efeitos secundários do medicamento; melhorar a mudança de condutas (contando com a intervenção dos pais e dos professores); o custo é baixo, pois com o tratamento combinado a contribuição farmacológica é muito menor.

Este método, tal como outros, não é totalmente aceite por todos os investigadores. Há opiniões de que este tratamento não é o melhor, no entanto, é o mais recomendado para casos de crianças com PHDA grave.

A escolha do tratamento nem sempre é algo simples ou algo possível de comparação com casos semelhantes, mas segundo García (2001), na obra “*hiperactividade*”, deve ter-se em conta alguns factores:

- Vantagens e desvantagens de todos os métodos terapêuticos apresentados;
- Contra-balançar os benefícios versus o custo;
- A reacção da criança/aluno perante o tipo de tratamento;
- A gravidade da Perturbação de Hiperactividade por Défice de Atenção.

Capítulo 8 - Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção “mau comportamento” ou “comportamentos inadequados”

Uma das dificuldades com que os pais e educadores se deparam frequentemente é saber se toda aquela actividade excessiva é normal nas crianças ou se já está a passar dos limites. Para determinar se uma criança sofre de PHDA existem critérios (mencionados anteriormente), escalas, observações e outros métodos. Mas, os sintomas, as reacções das crianças devem, como já foi referido, coexistir pelo menos seis meses em cada nove destes sinais para que se diagnostique a doença.

As crianças com problemas de comportamento mostram um comportamento impulsivo, agressivo, ansioso ou depressivo de tal duração, de tal intensidade e de tal inadequação, perante os quais a escola se sente impedida de tomar atitudes especiais.

“Definem-se as incapacidades comportamentais como sendo um tipo de comportamentos excessivos, crónicos e desviantes, que vão desde os actos impulsivos e agressivos até aos actos depressivos e de afastamento, (a) que frustram as expectativas do receptor no que diz respeito àquilo que considera ser adequado, e (b) que o receptor quer ver eliminados.” (Grandbar, 1973), citado por Lopes (1998).

Os problemas de comportamento consistem em padrões de comportamento tão difíceis que ameaçam as relações normais entre a criança e quem a rodeia. Os problemas de comportamento podem ser causados pelo ambiente em redor da criança, pela sua saúde, pela sua personalidade inata ou pelo seu desenvolvimento. Uma má relação com os pais, professores ou pessoas que cuidem dela, também pode ser a raiz de um problema de comportamento, ou até mesmo problemas de disciplina, sendo estes comportamentos não apropriados que surgem quando a disciplina não é adequada.

O comportamento resulta de um processo de aprendizagem. No entanto, nem tudo o que aprendemos é correcto: aprendemos a andar, a correr, mas também aprendemos a bater nos outros, a atirar papéis ao chão.

Estes últimos são considerados, pela sociedade, como comportamentos inadequados e perturbadores. Assim, podemos considerar que o problema da criança perturbadora é, antes de mais, aquilo que ela faz. E o que a criança faz sofre a influência do ambiente que a rodeia.

O mau comportamento infantil pode ser caracterizado tanto por crises de birra e agressividade, ausência de disciplina, quanto por hiperactividade. A família é orientada e treinada para lidar com esses problemas e, também, para impedi-las ou, pelo menos, diminuir os conflitos nas relações.

Capítulo 9 - Educação Especial & Inclusão

“esteja de sobreaviso relativamente à visão das NEE como um mero fenómeno socialmente criado, bem como em relação à noção de que todas as crianças identificadas como apresentando NEE teriam sucesso e se comportariam bem se os outros simplesmente as vissem de forma mais positiva. Esta ideologia românica raramente é, se é que o chega mesmo a ser, promovida por indivíduos com NEE ou pelos seus pais e famílias. As crianças com NEE apresentam défices a nível de competências e dificuldades em adquirirem e em generalizarem novos conhecimentos e competências – problemas reais que não serão desconstruídas até desaparecerem. Não deixe que as necessidades das crianças especiais e as suas famílias se percam em tais ideologias pós-modernas. Estas crianças necessitam e merecem uma educação especial sistemática e eficaz.”

(HEWARD, W. L. (2003), citado por Correia, (2003).

Em 1994 surge o Tratado de Salamanca onde foi acordado que

“as escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos; além disso, proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem a eficiência, numa óptima relação custo - qualidade, de todo o sistema educativo.” (UNESCO, 1994).

Nos dias de hoje, a escola inclusiva é já uma realidade em alguns lugares. A sociedade tem vindo a sofrer mudanças fundamentais que precisam ser efectivadas e adaptadas tanto às novas exigências, como também à capacidade solidária entre as pessoas.

A temática da inclusão surge como a mais actual, consistindo numa viragem de perspectiva em relação à abordagem tradicional na Educação Especial. A mesma pressupõe uma renovação, evolução e abertura da Escola à diferença, no sentido do aperfeiçoamento da Educação, tornando-a mais eficaz, democrática, abrangente e de qualidade, beneficiando todos os discentes com ou sem incapacidades. Esta mudança ocorre a vários níveis e encontra-se intimamente ligada aos conceitos de diferenciação pedagógica, flexibilização curricular, aprendizagem cooperativa, tutorias e aprendizagem por descoberta.

Assim, ao invés da centralização no aluno com Necessidades Educativas Especiais, as teorias inclusivas focalizam a atenção na turma como um todo, um conjunto de crianças diferentes entre si e cujas características e aptidões pessoais são respeitadas e valorizadas.

“No quadro da equidade educativa, o sistema e as práticas educativas devem assegurar a gestão da diversidade da qual decorrem diferentes tipos de estratégias que permitam responder às necessidades educativas dos alunos. Deste modo, a escola inclusiva pressupõe individualização e personalização das estratégias educativas, enquanto método de prossecução do objectivo de promover competências universais que permitam a autonomia e o acesso à condução plena da cidadania por parte de todos. Todos os alunos têm necessidades educativas, trabalhadas no quadro da gestão da diversidade acima referida. Existem casos, porém, em que as necessidades se revestem de contornos muito específicos, exigindo a activação de apoios especializados.” (Decreto-lei n.º 3/2008, de 7 Janeiro de 2008), (Anexo II).

Este decreto defende a adaptação e o apoio ao aluno na sala de aula regular, em conjunto com os outros colegas, em detrimento da criação de um programa adaptado e implementado, muitas vezes, fora da sala de aula.

A sociedade, por norma, é reticente à mudança, e, por vezes, a inclusão causa dificuldade na sua aceitação e operacionalização. A prática, que se verificava, de se retirar o aluno com NEE da sala de aula regular, com o intuito de beneficiar de um apoio individualizado com o professor especializado, prejudicava-o, pois fazia sobressair a sua diferença em relação aos colegas de sala, segregando-o, excluindo-o do contexto de sala de aula. Em última análise, *desqualifica* o professor titular de turma, acomodando-o e não permitindo que este desenvolvesse a sua diferenciação pedagógica.

Contudo, não basta colocar alunos com NEE dentro da sala de aula, a Inclusão deve ir mais longe, deve melhorar a qualidade das práticas do ensino regular, avaliando a aprendizagem do aluno efectuada ao longo de um ciclo de formação, em relação ao que este é capaz de fazer para tratar e aplicar informações, construir conhecimentos, superar as suas dificuldades e organizar o seu trabalho. Para além do desenvolvimento dos métodos de estudo e hábitos de trabalho do aluno, pressupõe-se ainda que este participe activamente na vida escolar.

Miranda Correia afirma que

“O princípio da inclusão só pode ter sucesso se, em primeiro lugar, os cidadãos o compreenderem e o aceitarem como um princípio cujas vantagens a todos beneficia. Até lá, a igualdade de oportunidades para todos os alunos pode estar distante.” (Correia, 1999)

A inclusão pode também ser um dos actos de *“sociologia na escola”*. Segundo Rui Canário

“O desenvolvimento de uma sociologia dos actores educativos – em particular a compreensão dos alunos como um acto que age estrategicamente e se forma, construindo a sua experiência escolar na articulação de distintas lógicas de acção – representa uma mudança de paradigma, relativamente às concepções dominantes há trinta anos” (Canário, 2005).

Segundo Dubet e Martucelli, citado por Canário (2005), a “*descoberta da escola*”, a “*descoberta do aluno*”, e a descoberta de outros actos educativos, facilita a “*construção teórica de uma “sociologia da experiência escolar”, que coloca, no primeiro plano da análise sociológica, a acção e os processos de interacção dos actores educativos*” (Canário, 2005).

Capítulo 10 - Estratégias de aprendizagem para alunos com PHDA

São várias as estratégias que necessitam de ser implementadas e que podem ser usadas com alunos com PHDA.

“Entende-se por estratégia a acção ou caminho mais adequado a ser executado para alcançar um objectivo ou meta.” (Silva, Santos, Pereira & Rodrigues, 16/02/2012)

As crianças passam muito tempo na escola, partilhando com os professores a maior parte das suas actividades diárias. Assim sendo, os docentes desempenham um papel muito importante junto dos alunos portadores de PHDA, na medida em que podem fazer a diferença na vida destas crianças.

Frequentemente, a PHDA associa-se ao insucesso escolar. Lorente e Ávila (2004) referem que “*40 a 50% destas crianças têm um fraco rendimento escolar*”.

Na opinião de Giacomini e Giacomini (2006) existem pelo menos sete factores essenciais para que a aprendizagem aconteça: saúde física e mental; motivação; prévio domínio; maturação; inteligência; concentração ou atenção e memória.

Nem sempre é fácil lidar com alunos hiperactivos e desatentos, principalmente quando se trabalha com turmas com um elevado número de alunos.

Para Sosin e Sosin (2006), a hiperactividade não se controla facilmente. A intervenção nos alunos com esta problemática exige persistência e paciência por parte dos professores. Estes devem “*manter o espírito aberto e uma atitude compreensiva (...), não esquecendo nunca que actividade motora excessiva é um padrão de resposta automático que a criança não consegue controlar na totalidade.*”

Estes devem promover ambientes de aprendizagem adequados que promovam o sucesso educativo. Sosin e Sosin (2006) refere que, de acordo com vários investigadores, existem algumas estratégias que podem ser aplicadas pelos professores que possuem alunos portadores desta problemática, de modo a ajudá-los a tirarem o melhor partido possível da escola. Deste modo, o professor deve:

- Manter uma relação próxima com a criança, aceitar o aluno tal como ele é, compreender a sua problemática e estar disponível para o ajudar. O professor deve estabelecer uma relação pautada por manifestações de carinho, mostrando ao aluno que está disponível para o ouvir e ajudar;
- Trabalhar em equipa com os pais e os profissionais de saúde, dando a conhecer os progressos do aluno e os pontos a melhorar;
- Utilizar o reforço positivo;
- Adaptar as práticas educativas – ser capaz de utilizar estratégias que vão ao encontro das reais características e necessidades do aluno. O professor pode dar tempo extra para o aluno realizar as tarefas da sala de aula e não o penalizar por isso; modificar, caso seja pertinente, as normas de avaliação; ajustar o ritmo da aula à sua capacidade de compreensão; relacionar os conteúdos a trabalhar nas aulas com os conhecimentos prévios do aluno;
- Ser inovador e utilizar material didáctico ou lúdico;
- Utilizar uma linguagem clara e certificar-se que está a ser compreendido pelo aluno;
- Modificar o tom de voz e deslocar-se pela sala de aula enquanto expõe a matéria;
- Usar, sempre que possível, exemplos concretos;
- Promover actividades que desenvolvam a capacidade de atenção e concentração: ordenação de séries, completamento de frases, puzzles, discriminação visual de estímulos gráficos, falar sobre o que está a fazer no momento, etc.;

- Sentar o aluno na primeira fila ou junto de alunos sossegados e longe de fontes de distração (janelas, portas...). Evitar fazer mudanças de lugar;
- Manter a área de trabalho do aluno livre de materiais desnecessários;
- Evitar que o aluno leve brinquedos ou que estes estejam visíveis na sala de aula;
- Avisar previamente o aluno de mudanças, uma vez que estas crianças nem sempre reagem positivamente a situações novas;
- Criar rotinas na sala de aula;
- Negociar com o aluno as regras a cumprir, assim como as recompensas e penalizações do cumprimento ou do não cumprimento das mesmas. O professor deve afixar as regras num local visível da sala de aula e ser inflexível com o seu cumprimento;
- Organizar registos de comportamento, utilizando diferentes símbolos para os bons comportamentos e para os comportamentos menos adequados e oferecer recompensas em troca dos comportamentos adequados;
- Evitar castigos desnecessários ou injustificados;
- Evitar humilhá-lo;
- Interromper exposições longas com pequenos intervalos;
- Utilizar uma música de fundo como forma de relaxamento;
- Dar ênfase a actividades motoras, evitando que a criança tenha longos períodos de tempo sentado;
- Alternar o trabalho que deve realizar sentado com outras tarefas que lhes permitam levantar-se e mover-se um pouco (exemplo: recolher/distribuir material);
- Promover a boa organização, ensinando o aluno a tomar notas, a procurar e a recolher informações; ajudá-lo a fazer a distinção entre o que é realmente importante e o que não é tão importante; realizar listas com as tarefas que o aluno tem de concretizar; sugerir a verificação do trabalho depois da sua conclusão; estimular o aluno a sublinhar palavras chave;
- Propor tarefas bem definidas e de curta duração;
- Negociar com o aluno os limites de tempo para a realização de cada tarefa;
- Escolher, se possível, o período da manhã para a realização de actividades que exijam maior capacidade de concentração;

- Dar feedback individualizado ao aluno. Este deverá ser habitual e positivo, mas também correctivo quando necessário (podem ser atribuídas recompensas ou penalizações);
- Seguir de perto o trabalho do aluno;
- Permitir que o aluno se ausente da sala de aula por breves instantes;
- Promover actividades que desenvolvam a responsabilidade: fazer recados, distribuir materiais pela turma, arrumar o material escolar, etc.;
- Promover actividades de ajuda entre estas crianças e os restantes alunos;
- Ter presente os seus conhecimentos e capacidades quando se marcam trabalhos de casa;
- Desenvolver momentos de auto-avaliação;
- Evitar testes de escolha múltipla, uma vez que tende a confundir-los;
- Sugerir a leitura e análise de pequenos textos numa fase inicial, aumentando progressivamente o seu tamanho e grau de dificuldade;

Tal como podemos verificar, uma forma de lidar com esta problemática é ajudar o aluno a gastar as energias em excesso. O aluno necessita movimentar-se através de actividades físicas aceitáveis. A atribuição de tarefas que mantenham o aluno em movimento pode ser extremamente terapêutica nestes casos (Sosin e Sosin, 2006).

De acordo com Rohde e Benczik (1999) *“a actividade física regular é fundamental para qualquer criança. É mais importante ainda naquelas com este transtorno, especialmente quando os sintomas de hiperactividade são mais intensos.”*

Apostar em actividade física nas aulas pode ajudar estes alunos, pois *“o simples facto de se levantarem para ir buscar materiais, afiar um lápis ou guardar um livro pode ser suficiente para libertar as energias reprimidas”*. O professor pode autorizar o aluno a levantar-se e a deslocar-se de maneiras aceitáveis, sempre que a criança considerar necessário.

A este respeito, importa lembrar que os movimentos apresentados muitas vezes por um aluno hiperactivo (por exemplo, brincar com a borracha ou afiar...) podem ser uma forma tranquilizante e calmante, acabando por propiciar a sua concentração. Como tal, sempre que possível e caso não prejudiquem os restantes alunos, o professor deve ignorar esses movimentos.

As actividades desportivas podem ser bastante positivas neste campo. A este respeito Sosin e Sosin (2006) defende que as proezas desportivas podem ser bastante positivas para estes alunos, uma vez que estes dizem muitas vezes sentir-se melhor após a prática desse tipo de

exercícios. Como tal, o incentivo à prática do desporto é muito importante, pois para além de lhes permitir gastar energias, “*propiciam a aquisição de mestria em alguma competência, bem como a aceitação social.*” (Sosin & Sosin, 2006)

10.1 - Como lidar com o comportamento de crianças com PHDA

Muitas vezes, verificamos que os alunos com PHDA têm comportamentos desajustados, perturbando o normal funcionamento da sala de aula. Esta realidade causa, por vezes, desespero nos professores, levando-os, em alguns casos, a perderem o controlo das situações.

García (2001) afirma que é imprescindível que os professores adoptem atitudes positivas e favoráveis e que promovam uma aprendizagem que tenha em atenção as destrezas, capacidades e limitações evidenciadas por estes alunos. Defende também que os pais e os professores devem trabalhar em conjunto de forma a “*fomentar a confiança das crianças, estimular as suas destrezas e as suas capacidades a um ritmo adequado e dispor o ambiente escolar e familiar de modo a tornar mais fáceis os seus pequenos progressos diários.*”

Na opinião de Grácio (s/d), estes alunos “*necessitam de SUPER PROFESSORES, isto é, professores com maiores doses de calma, tolerância e algumas estratégias para lidarem com o comportamento dos seus alunos*”.

Este autor sugere, assim, um conjunto de orientações práticas para o professor gerir o comportamento de um aluno com PHDA e favorecerem as interacções positivas entre professor-aluno:

- **Estabelecer hábitos regulares na sala de aula** – implementar rotinas desde que o aluno ouve o toque de entrada e se dirige para a sala até à sua saída da aula. Ajudar o aluno a organizar o material na sua carteira, antecipando-lhe o que vai ser necessário durante aquela aula e fazer uma introdução do conteúdo que será abordado. As rotinas fazem o aluno sentir-se seguro.
- **Utilizar esquemas que permitam dividir as aulas por partes** – introduzir mudanças que compartimentam a aula em várias partes, variando o tom de voz, introduzindo paragens ou intervalos de alguns segundos. Utilizar breves resumos dos conteúdos abordados até ao momento. É importante que o professor utilize uma linguagem facilitadora da auto-instrução por parte do aluno das tarefas que tem de cumprir.

- **Estabelecer as regras da sala de aula** – é importante que se estabeleçam regras simples e claras para a turma. O professor deve tornar as regras explícitas, fazendo com que o aluno saiba exactamente o que é aceitável e o que não é aceitável e explique quais as consequências de quando se obedece às regras e de quando estas não são cumpridas.
- **Dar instruções claras e consistentes** – para uma criança com PHDA escutar é uma tarefa difícil. O professor deve captar a atenção do aluno, olhar-lhe directamente nos olhos e dar-lhe instruções claras e curtas. Para as tarefas mais difíceis, o melhor é dar-lhe só uma ou duas instruções de cada vez. Depois de o aluno a(s) colocar em prática deverá ser elogiado. O professor deverá usar um tom de voz firme e ser positivo.
- **Utilizar o reforço positivo** – uma estratégia que pode ser usada é elogiar o aluno sempre que ele faça algo do nosso agrado. O professor deve referir-se positivamente às suas capacidades e êxitos, mesmo nas coisas mais simples. Os alunos com PHDA precisam de ser elogiados ou premiados pelos seus comportamentos adequados.
- **Servir de modelo nas atitudes** – o professor deve ser um modelo para o aluno. As crianças observam o que ocorre à sua volta e reproduzem os comportamentos aprendidos. Por isso, os modelos do professor são importantes.
- **Estar atento aos sinais que prevêm o mau comportamento** - Os professores devem estar atentos e perceber os sinais que prevêm a proximidade de um episódio de mau comportamento. Deste modo, ser-lhes-á mais fácil controlar estes sinais, afastando a criança da situação de conflito, por exemplo, pedindo-lhe para executar determinada tarefa.
- **Focar-se no esforço e não nas notas** – o professor deve recompensar o aluno pelo esforço de acabar as tarefas e não quando tem boas notas.

Garcia (2001) refere ainda que o professor deve:

- Relacionar-se de forma tranquila e relaxada com o aluno com PHDA, prestando atenção aos comportamentos adequados e ignorar os menos correctos;
- Mostrar-se firme e seguro relativamente ao cumprimento de regras, mas evitar castigos, repreensões e ameaças;
- Elogiar êxitos diários;
- Transmitir confiança nos progressos e capacidades da criança;

- Combinar os trabalhos com actividades que desenvolvam a inibição muscular, que ensinem a relaxar e que aumentem a concentração;
- Planificar dramatizações;
- Praticar exercícios de sequências, em que o aluno ouve e repete;
- Ouvir e explorar narrações. Pedir ao aluno para recontá-las.

10.2 - Orientações práticas para trabalhar com uma criança com PHDA

É necessário aprender a conviver com esta problemática. Existem alguns cuidados que nos podem ajudar a trabalhar com crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção:

- **Planeamento de um ambiente de aprendizagem adequado**
 - Evitar tudo aquilo que pode provocar distracção na criança durante a execução da actividade. Deste modo, deve procurar-se utilizar apenas os materiais necessários;
 - Realizar uma actividade curta, bem definida e bem planeada;
 - Sugerir que a criança descreva aquilo que está a fazer, pois aumentará a sua atenção;
 - Supervisionar frequentemente o seu trabalho;
 - Procurar dar ao aluno informações suficientes quanto à execução do trabalho, para que possa estar consciente da adequação ou não das suas respostas;
 - Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno;
 - Organizar “cantinhos” para trabalhos manuais, actividades artísticas e psicomotricidade;
 - Programar actividades em que a criança possa expressar-se corporalmente ou relaxar, pelo menos de 25 em 25 minutos.

- **Exercícios de relaxamento**

O relaxamento, estado incompatível com a excitação, está indicado nos casos de hiperactividade. Como comportamento alternativo à tensão muscular, recomenda-se que seja ensinado ao aluno a forma como este deve controlar os músculos, de modo a que a uma maior relaxação corresponda uma menor hiperactividade. Este tipo de treino é difícil de realizar na sala de aula, pelo que é conveniente contar com a colaboração do professor de actividade física e dos

país. Este treino é valorizado por Vallet (1980), citado por García (1999), no livro “*hiperactividade*”, onde apresenta um plano de treino.

- **Actividades para aumentar o nível de atenção – concentração**

O défice de atenção é uma característica comum do comportamento hiperactivo. Assim sendo, é recomendado um treino específico nas tarefas de discriminação visual de estímulos gráficos e exercícios de raciocínio lógico, complemento de frases, ordenação de séries e procura de sinónimos...

- **Jogos educativos**

Os jogos educativos recomendados são os jogos de mesa, tais como o “dominó”, os jogos de cartas, os *puzzles*, os labirintos e a realização de outras actividades úteis (escrever no computador, apagar o quadro, arrumar a sala...).

Capítulo 11 - O desporto

11.1 - Definição de desporto

“O desporto consegue unir as pessoas como mais nenhuma actividade. O desporto pode fazer surgir esperança onde havia desespero. O desporto elimina os obstáculos raciais. O desporto ri da discriminação. O desporto fala às pessoas numa linguagem que todos podem compreender” (Nelson Mandela, citado por comité sobre “igualdade de oportunidades desportivas” na amnistia internacional, 2007).

Ao contrário do que se possa pensar, o desporto não é só correr ou jogar futebol,

“é uma actividade física sujeita a determinadas regras e que visa a competição. Embora a capacidade física seja o factor-chave para o resultado final da prática desportiva, existem outros factores igualmente decisivos, como é o caso da destreza mental ou ainda do equipamento do desportista. Acima do seu lado competitivo, os desportos são uma forma de entretenimento quer para os praticantes, quer para os espectadores.” (conceito.de, 16/02/2012)

O desporto pode comportar vários regulamentos, modalidades e exigências muito diversificadas. É um divertimento, exercício corporal, desenvolvimento físico, social e mental.

Pode ser uma actividade física ou uma actividade mental (por exemplo o xadrez) sujeita a determinados regulamentos e que geralmente visa a competição entre jogadores ou praticantes, individualmente ou em equipas.

Para ser desporto tem de haver envolvimento de habilidades e capacidades motoras, regras instituídas por uma confederação regente e competitiva entre opostos. Alguns desportos praticam-se mediante veículos ou outras máquinas que não pressupõem igual esforço físico (mas requer igualmente resistência física), nestes casos é mais importante a destreza e a concentração do que o exercício físico.

O desporto diverte, entretém e constitui uma forma metódica e intensa de um jogo que tende à perfeição e à coordenação do esforço muscular, tendo em vista uma melhoria física e espiritual do ser humano.

Existem vários tipos de modalidades, com inúmeros nomes. Estas podem ser colectivas, duplas ou individuais.

11.2 - Perspectiva histórica do desporto

O desporto conhecido como é hoje inicia-se nas escolas de Inglaterra no século XVIII. Rodeados pelas ideias capitalistas (a qual prega a ordem, o racionalismo, a competição e a iniciativa individual) “*os alunos das escolas inglesas desenvolvem um novo formato para os jogos populares de então, dando origem ao desporto.*” (Carvalho, 1987).

Começaram a aparecer os campeonatos interescolares, consequentemente os clubes e depois as confederações, instituições que progressivamente vão legitimando a prática desportiva.

Posteriormente à consolidação do capitalismo e sua dispersão por todo o mundo, a criação desportiva, antes restrita ao mundo europeu, vai ganhando espaço nos outros continentes.

Seguindo a mesma lógica do crescimento capitalista, o desporto envolve-se com as culturas e toma os seus hábitos e o espaço de práticas populares, transmitindo a ideologia capitalista a nível mundial.

É o seu potencial de gerar “*energia*” que possibilita ao espectador um bem-estar através do processo de transferência dos seus próprios problemas ao ambiente de jogo.

O desporto passa a ser um grande “*angariador*” de massas. Aproveitando essa potencialidade do fenómeno desportivo, alguns empresários aproveitam-se das diferentes esferas relacionadas com o desporto e gera-se um verdadeiro grande negócio à volta do desporto: equipamentos, clubes, acessórios, redes de televisão, entre outros. O Estado também passa a usar o desporto em busca de popularidade e projecção internacional, pois o desporto tem o poder de gerar grande mobilidade de massas e se a equipa representante desse estado as conseguir “*arrastar*”, consequentemente o estado ganha popularidade e visibilidade.

O desporto actualmente tem cada vez mais espaços publicitários e, consequentemente, traz lucros para os seus patrocinadores. O desporto tem sofrido intensas transformações, sobretudo na forma como é transmitido. Actualmente evidencia-se o carácter espectacular das competições, o que se torna visível através de canais de televisão especializados em desporto.

No que diz respeito à contribuição do desporto na saúde, podemos verificar que o Homem tem vindo a alterar as suas formas de pensar e os seus hábitos desportivos. Segundo Olímpio Coelho, se retrocedermos até à época do Homem primitivo constatamos que este recorria à actividade física para todas as suas tarefas diárias, pois não existiam máquinas para o auxiliar. Com o decorrer do tempo, o Homem foi evoluindo nas técnicas, surgindo a indústria e conseqüentemente alterando-se todos os hábitos. Este evoluiu a nível cultural e social, de tal modo que actualmente quase não se exige actividade física, uma vez que está tudo automatizado (mecanizado), diminuindo desta forma, a actividade física.

A concentração de pessoas nas cidades, o aumento do stress diário, a diminuição do tempo livre ou do lazer dá origem a “*vários problemas de distúrbios de carácter fisiológico, morfológico e psicológico: doenças do coração e das artérias, perturbações do aparelho locomotor*” (Carvalho, 1987), assim como ao surgimento de algumas doenças psiquiátricas.

Esta situação está inteiramente ligada ao ambiente nocivo que se vive actualmente, criado pela “civilização industrial e urbana”.

11.3 - O desporto nas escolas do 1º Ciclo

11.3.1 - Desporto Escolar

O Desporto nas escolas pode ser apresentado através de diferentes disciplinas ou actividades. As crianças podem usufruir do Desporto Escolar, da disciplina de Actividade Física e Desportiva (presente no Programa de Enriquecimento Curricular para o 1º Ciclo do Ensino Básico), da disciplina de Expressão e Educação Físico – Motora (contemplada no programa do 1º Ciclo do Ensino Básico) e ainda das actividades e jogos tradicionais que os próprios alunos praticam nos intervalos.

O Desporto na Escola nem sempre é visto da melhor forma. Por vezes é referido com uma conotação negativa, deixado para segundo plano, sendo visto como algo que serve para entreter as crianças no recreio ou quando há tempo livre. Como refere Carvalho (1987), na sua obra “*Desporto Escolar*”,

o “*Desporto escolar não é só olhado com a habitual desconfiança que acompanha a Educação Física, mas ainda pior, chega a ser rejeitado por se considerar as suas afectividades como «viciadas» pelo mundo exterior e «corruptas» do normal desenvolvimento da sua acção*”.
(Carvalho, 1987)

Dentro da área desportiva, existem contradições e acusações. O desporto defende a promoção das actividades, incentivando assim à sua prática. Este acusa a Educação Física/Actividade Física de se preocupar mais com a aula em si e com as suas regras inerentes, não permitindo a “*espontaneidade e complexidade dos comportamentos, da criança que alegam perturbar a disciplina rigorosa e hierática*.” (Carvalho, 1987)

Com o decorrer do tempo, algumas coisas foram mudando no que diz respeito aos professores de Educação Física/Actividade Física. Estes “lutaram” para incutir e instituir o Desporto nas escolas e também na comunidade escolar.

O Desporto nas escolas foi também aproveitado por entidades públicas para colmatar o défice de ofertas, assim como ocupar algumas crianças que poderiam suscitar algum tipo de problemas.

O “*Desporto escolar representa a contribuição do Sistema educativo no aprofundamento da cultura desportiva*” (Faria, Sobral, Constantino, Sardinha & Carvalho, 2006).

Deste modo, a escola tem que participar no esforço conjunto para o desenvolvimento da prática desportiva. O Desporto Escolar é uma actividade de complemento curricular, com finalidades, objectivos e programas que no plano técnico pedagógico possuem critérios de qualidade, aptidão e de aprendizagem.

O Desporto Escolar, de um modo geral, é uma área em que o estabelecimento de ensino e até mesmo os professores podem intervir com autonomia, cativando a comunidade escolar a assistir ou a participar, assim como promover a participação e a cooperação de instituições e agentes locais.

11.3.2 - Actividade Física e Desportiva

Segundo a Associação Nacional de Municípios, a Actividade Física (2006) tem como principais finalidades

“desenvolver o nível funcional das capacidades motoras dos alunos; melhorar a realização das habilidades motoras nos diferentes tipos de actividades, conjugando as suas iniciativas com a acção dos colegas e aplicando correctamente as regras; promover o desenvolvimento integral do aluno, favorecendo o reforço da oferta educativa numa perspectiva interdisciplinar e integrada com as restantes aprendizagens escolares; fomentar a aquisição de hábitos e comportamentos de estilos de vida saudáveis que se mantenham na idade adulta, contribuindo para o aumento dos índices de prática desportiva da população portuguesa; fomentar o espírito desportivo e do fair-play, no respeito pelas regras das actividades e por todos os intervenientes e estimular a tomada de consciência para a fruição da natureza numa perspectiva da sua preservação.”, (Orientações programáticas, Associação Nacional de Municípios, 2006).

As orientações programáticas do Ministério da Educação, para a disciplina de Actividade Física e Desportiva, de 2007, contempla que esta não deve ser uma substituição da Expressão e Educação Físico-Motora, mas que deve funcionar como um Enriquecimento Curricular. (Actividade Física e Desportiva, 1º ciclo do Ensino Básico, Orientações programáticas, 2007) Esta área tem as seguintes finalidades:

- 1- Desenvolver as capacidades motoras dos alunos;*
- 2- Melhorar a realização das habilidades motoras nos diferentes tipos de actividades conjugando as suas iniciativas com a acção dos colegas e aplicando correctamente as regras;*
- 3- Promover o desenvolvimento integral do aluno, numa perspectiva interdisciplinar, de modo a favorecer o reforço da oferta educativa;*
- 4- Fomentar a aquisição de hábitos e comportamentos de estilos de vida saudáveis que se mantenham na idade adulta, contribuindo para o aumento dos índices de prática desportiva da população portuguesa;*
- 5- Fomentar o espírito desportivo e do fair-play, no respeito pelas regras das actividades e por todos os intervenientes;*
- 6- Estimular a tomada de consciência para a fruição da natureza numa perspectiva da sua preservação.”*
(Actividade Física e Desportiva, 1º ciclo do Ensino Básico, Orientações programáticas, 2007)

A Actividade Física e Desportiva, prevista pelo Programa de Enriquecimento Curricular, pelo Ministério da Educação, para o 1º Ciclo do Ensino Básico, está prenunciada no *Despacho n.º 14460 / 2008*, (Anexo III).

A Actividade Física permite à criança reagir aos diversos estímulos do meio envolvente, desenvolvendo as capacidades físicas, auditivas, visuais e tácteis. É, por isso, muito importante aumentar a consciência da importância de uma maior participação dos alunos em programas regulares de actividade física. Como tal, a escola deve procurar elevar a prática desportiva nas crianças e jovens. Para isso, é necessário estimular a participação dos intervenientes e implementar um modelo que cativa e desenvolva os conhecimentos e competências necessárias do aluno.

11.3.3 - Expressão e Educação Físico – Motora

A Expressão e Educação Físico – Motora é uma disciplina contemplada por parte do Ministério da Educação, na “*Organização Curricular e Programas – 1º Ciclo do Ensino Básico*”, com objectivos gerais e específicos a serem cumpridos:

“1- Elevar o nível funcional das capacidades condicionais e coordenativas: (Resistência Geral; Velocidade de Reacção simples e complexa de Execução de acções motoras básicas, e de Deslocamento; Flexibilidade; Controlo de postura; Equilíbrio dinâmico em situações de «voo», de aceleração e de apoio instável e/ou limitado; Controlo da orientação espacial; Ritmo; Agilidade.

2. Cooperar com os companheiros nos jogos e exercícios, compreendendo e aplicando as regras combinadas na turma, bem como os princípios de cordialidade e respeito na relação com os colegas e o professor.

3. Participar, com empenho, no aperfeiçoamento da sua habilidade nos diferentes tipos de actividades, procurando realizar as acções adequadas com correcção e oportunidade.

4. Realizar acções motoras básicas com aparelhos portáteis, segundo uma estrutura rítmica, encadeamento ou combinação de movimentos, conjugando as qualidades da acção própria ao efeito pretendido de movimentação do aparelho.

5. Realizar acções motoras básicas de deslocamento, no solo e em aparelhos, segundo uma estrutura rítmica, encadeamento, ou combinação de movimentos, coordenando a sua acção para aproveitar as qualidades motoras possibilitadas pela situação.

6. Realizar habilidades gímnicas básicas em esquemas ou sequências no solo e em aparelhos, encadeando e ou combinando as acções com fluidez e harmonia de movimentos.

7. Participar em jogos ajustando a iniciativa própria e as qualidades motoras na prestação às

possibilidades oferecidas pela situação de jogo e ao seu objectivo, realizando habilidades básicas e acções técnico-tácticas fundamentais, com oportunidade e correcção de movimentos.

8. Patinar com equilíbrio e segurança, ajustando as suas acções para orientar o seu deslocamento com intencionalidade e oportunidade na realização de percursos variados.

9. Combinar deslocamentos, movimentos não locomotores e equilíbrios adequados à expressão de motivos ou temas combinados com os colegas e professor, de acordo com a estrutura rítmica e melodia de composições musicais.

10. Escolher e realizar habilidades apropriadas em percursos na natureza, de acordo com as características do terreno e os sinais de orientação, colaborando com os colegas e respeitando as regras de segurança e preservação do ambiente.”, (Organização Curricular e Programas – 1º Ciclo do Ensino Básico, do Ministério da educação).

Capítulo 12 - Recreio escolar

De acordo com Álvarez (1998) e Gomes (1995), citados Botelho (2003), os jogos são muito importantes na vida de todas as crianças, pois são um instrumento natural de desenvolvimento. Através deles, as crianças podem explorar e experimentar o meio envolvente que a rodeia, permitindo expressar-se, aperfeiçoar-se e ultrapassar-se a nível emocional, social, intelectual ou motor, na interacção com outras crianças ou com os adultos.

O recreio escolar é, deste modo, um espaço propício à prática de jogos e à promoção da Actividade Física. Ao promover-se a Actividade Física está-se, obviamente, a promover a saúde e a encorajar a prática de comportamentos fisicamente activos. Estes espaços dão origem a bons momentos de estimulação e desenvolvimento de estilos de vida activos.

No que diz respeito aos alunos com PHDA, a actividade física no recreio pode ser uma mais-valia para estes alunos, pois permitem-lhes “*descarregar as energias acumuladas de modo a concentrarem-se mais e melhor quando voltam para a sala de aulas.*” (Sosin, 2006).

Capítulo 13 - A actividade física e desportiva e os alunos com Necessidades Educativas Especiais

A actividade física e desportiva para alunos com Necessidades Educativas Especiais ainda se encontra numa fase em que se deve “*prover instrumentos às escolas, professores e família, de forma a viabilizar uma verdadeira inclusão no âmbito da Educação Física, da actividade física e do desporto na escola*” (Graça, 2008).

O desporto é a área que reúne mais facilidade para lidar diariamente com a diversidade, “*quando devidamente apoiado, torna-se um elemento fundamental em todo o processo de inclusão dos alunos que se destacam pela diferença*” (Graça, 2008).

Se o desporto for usado de uma forma organizada e sistemática respeitando parâmetros de frequência, duração, intensidade adequados à capacidade corporal de cada um, leva a uma melhoria da condição física, assim como à melhoria das suas capacidades motoras.

A prática desportiva para alunos com NEE não pode ser indiferente. Desde o ano 2004, que a Direcção Regional de Educação do Norte, tem realizado uma relevante actividade de desporto escolar para alunos com NEE. Este projecto prevê a participação destes alunos em provas de corta-mato, contando com um circuito regional de três provas e também um circuito regional.

Para Silva (2000) citado por Silva (2009) os alunos com Necessidades Educativas Especiais encontram, na prática regular de exercício físico, uma prevenção primária e secundária das suas patologias, com o objectivo de viverem com melhor qualidade de vida.

Potter (1975) citado por Silva (2000) refere que os efeitos da actividade física são de três ordens:

- **Fisiológicas:** exploração dos limites articulares, controlo do movimento voluntário e melhoria da aptidão física e da saúde;
- **Psicológicas:** domínio do gesto que conduz a um aumento da autoconfiança, redução da ansiedade e melhoria da comunicação;
- **Sociais:** contribuição para o desenvolvimento da autonomia e da integração social.

A actividade física e o desporto poderão ser encarados como meios eficazes na promoção de uma vida saudável às pessoas portadoras de Necessidades Educativas Especiais.

Sanchez e Vicente (1988) citado por Silva (2009) referem que a actividade física e desportiva *“permitem a estes indivíduos canalizar melhor os seus instintos, encontrar a sua personalidade e superar com mais facilidade as suas dificuldades de relação com o meio, uma vez que através destas actividades se sentem importantes e capazes”*.

No caso concreto dos alunos com PHDA, a actividade física e desportiva contribui de modo positivo. Traz vantagens a estas crianças, pois para além do desenvolvimento do corpo, actuam como estímulo ao desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo.

Praticar exercícios físicos permite *“incrementar a inibição muscular, relaxar, aumentar o controlo corporal e a atenção e, conseqüentemente, conseguir uma adaptação às tarefas e às exigências que se apresentam sobretudo na escola.”* (García, 2001).

Os desportos colectivos podem ser confusos e opressivos para estas crianças, devido à excessiva actividade ao mesmo tempo por todo o recinto, mas estes alunos podem dar-se muito bem com os desportos individuais.

Para Bouchard et. al. (1990) citado por Silva (2009) a actividade física é muito importante na promoção da saúde. Segundo a OMS (2003) citado por Silva (2009), a prática regular de actividade física e desportiva promove uma série de benefícios físicos, sociais e mentais.

É um recurso metodológico capaz de propiciar uma aprendizagem espontânea e natural. *“É um estímulo à crítica, à criatividade, à curiosidade e à sociabilização, sendo, portanto, reconhecida como uma das actividades mais significativas, pelos seus conteúdos pedagógicos, físicos e sociais”* (Giacomini & Giacomini, 2006).

Fazer actividade física é relacionar o movimento com os aspectos psicológicos, físicos e sociais. Segundo Sosin (2006), os alunos que *“conseguiram participar com sucesso em desportos individuais ou colectivos parecem ter reforçado a sua auto-estima e têm menos problemas sociais”*.

Segundo Barata (s/d) citado por Silva (2009), são várias as vantagens decorrentes da prática regular de actividade física e desportiva. Ao nível da saúde psicológica, permite o estabelecimento de interações com os outros, favorecendo a socialização; aumenta a auto-estima e a auto-confiança; combate e evita a ansiedade; descarrega energias e o stress acumulado; previne e ajuda a tratar a depressão e melhora algumas capacidades intelectuais.

No desenvolvimento infantil, melhora o rendimento escolar, aumenta o repertório psicomotor ampliando a capacidade funcional para as tarefas de vida diária e gera sensação de bem-estar.

Os professores de Educação Física têm, por isso, um papel importante no desenvolvimento de alunos com PHDA. Estes profissionais podem *“através de estratégias pedagógicas aplicadas nas suas aulas, promover a auto-estima dessas crianças, permitindo que desenvolvam confiança e satisfação quanto às suas conquistas e contribuições”* (Giacomini & Giacomini, 2006).

Os professores devem procurar identificar em cada criança as áreas de distúrbio de aprendizagem e desenvolver estratégias que permitam a superação das dificuldades. Giacomini & Giacomini (2006) referem que é importante que se identifique *“pontos fortes, necessidades e comportamentos problemáticos, em cada criança, para que em seguida se possa trabalhar com ela a fim de se desenvolver boas estratégias de aprendizagem”*.

13.1 - Actividade física vs desporto

De acordo com Leite (2005) os conceitos de actividade física e desporto são diferentes, sendo o primeiro mais abrangente do que o segundo.

A actividade física é tudo o que implica *“movimento, força ou manutenção da postura corporal contra a gravidade e se traduz num consumo de energia”* (Silva, 2009) É *“um movimento corporal produzido pela interligação entre a estrutura locomotora e a estrutura perceptivo-cinético”*. (desportoesaude2010, Dezembro de 2009)

O desporto, por sua vez, é uma actividade que pode ser de carácter individual ou colectiva, cujo objectivo é atingir o melhor resultado para vencer uma competição. Implica regras, jogo, competição. Podemos, assim, dizer que se pode praticar actividade física sem se praticar desporto.

Capítulo 14 - O jogo e a pedagogia do jogo

O desporto e o jogo desenvolvem-se em áreas muito próximas, “*o desporto e o jogo são, com efeito, considerados como parentes, concebendo-se o primeiro, englobado no segundo*” (Ferran, Matiet, & Porcher (1979)

Os jogos podem também ser educativos, segundo Freinet (1978), citado por Ferran et. al. (1979), o jogo “*verdadeiramente educativo faz esquecer ao jogador que é educativo e que foi feito para instituir distraindo: deve surgir ao interessado como tendo por propósito distraí-lo. É acrescentando o aspecto educativo sem que o utilizador tenha disso clara consciência*”

O jogo pode ainda funcionar como motivação ou síntese, isto é, pode exercer uma dupla função, serem “*utilizados como motivação, como meio de interessar os alunos para um tema de ensino que vai iniciar ou empregam-se como síntese, como o instrumento pedagógico que permite fazer o balanço de um qualquer período de ensino*” (Ferran et. al., 1979).

Seja qual for o jogo, individual ou colectivo, há que preservar as “*modalidades psicossociais*” do jogo. Os jogos individuais, frente a frente, podem ser jogados por duas crianças, podendo construir-se a concepção de “*adversário/ parceiro, de contrato, de competição solidária e, por conseguinte, a socialização da criança*” (Ferran et. al., 1979).

Os jogos de pequeno grupo “*funcionam segundo a estrutura dos precedentes, mas acrescentam-lhe a noção de equipa e a de solidariedade e complementaridade*” (Ferran et. al., 1979).

Os jogos de grande grupo ou os jogo de mais complexidade podem “*desenvolver a noção de parceiro complementar*” e a “*encarnação da ideia dialéctica de que um individuo não existe sem grupo e inversamente*” (Ferran et. al., 1979).

“*As brincadeiras e os jogos servem como meios vitais, pelos quais as estruturas cognitivas superiores são gradualmente desenvolvidas, englobam muitos ambientes e variáveis para promover o crescimento cognitivo das crianças.*” (Giacomini & Giacomini, 2006).

Parte II – Tratamento empírico

Capítulo 15 - Metodologia de Investigação

15.1 - Introdução

O presente trabalho consiste num estudo transversal e exploratório que procura perceber a percepção dos professores da amostra relativamente às estratégias mais adequadas a ter na intervenção de alunos com PHDA.

Desenvolver uma investigação desta natureza implica um trabalho árduo. Deste modo, a escolha do método a utilizar é inevitável para que possamos levar a cabo um trabalho desta natureza.

Na escolha da metodologia de investigação, deve ser dada importância, segundo Yin (2005) à natureza das principais questões do estudo, à possibilidade de controlo sobre variáveis ou acontecimentos presentes e ao facto de se tratar ou não de um fenómeno que se desenvolve no momento do estudo.

Se por um lado, há autores adeptos de métodos quantitativos que defendem uma pesquisa baseada em técnicas científicas que nos permitem chegar a conclusões quantificáveis e, se possível, generalizáveis, por outro, encontramos investigadores defensores de métodos qualitativos, que procuram compreender o universo em estudo, preferindo a compreensão do que a análise estatística.

Após a consulta de bibliografia, acreditamos que cada método tem os seus pontos fortes e fracos. Tendo em conta a finalidade deste projecto de investigação, optamos pela utilização de métodos quantitativos, que segundo Miranda (2008, 30 de Junho) está essencialmente ligada à investigação experimental ou quase experimental, o que pressupõe a observação de fenómenos, a formulação de hipóteses que explicam esses mesmos fenómenos, o controlo de variáveis, a selecção aleatória dos sujeitos de investigação (amostragem), a verificação ou rejeição das hipóteses, mediante uma recolha rigorosa de dados, posteriormente sujeitos a uma análise estatística e uma utilização de modelos matemáticos para testar essas mesmas hipóteses.

De acordo com Miranda (2008, 30 de Junho), a investigação quantitativa tem como objectivos a generalização dos resultados a partir da amostra de uma determinada população em

estudo, o estabelecimento de relações causa - efeito e a antevisão de fenómenos. O objectivo deste tipo de investigação é determinar até que ponto os resultados obtidos são generalizáveis à população.

Segundo Gúnther (2006), citado por Silva (2010) a metodologia quantitativa tem as seguintes características:

*“ - controle máximo sobre o contexto, inclusive produzindo ambientes artificiais com o objectivo de reduzir ou eliminar a interferência de variáveis interferentes e irrelevantes;
- o pesquisador interage com o objecto de estudo com neutralidade e objectividade (seus sentimentos e percepções não são relevantes);
- crenças e valores pessoais não são considerados fontes de influência no processo de investigação científica;
- os dados colhidos são analisados por uma linguagem matemática (as análises estatísticas e as teorias de probabilidade) para explicar os fenómenos.”*

Neste tipo de trabalho, é necessário que o investigador elabore um plano de investigação estruturado, após a revisão da literatura, indicando, detalhadamente, os objectivos e os procedimentos da investigação.

A revisão da literatura é extremamente importante para a definição dos objectivos do trabalho e essencial para a formulação das hipóteses e definição das variáveis.

A investigação quantitativa pressupõe que se encontrem relações entre variáveis, que se façam descrições, partindo do tratamento estatístico de dados recolhidos e que se testem as teorias.

A amostra deverá ser aleatória e representativa da população em estudo para que se possam generalizar os resultados.

Na investigação quantitativa, a matemática é a linguagem utilizada no tratamento e interpretação dos resultados obtidos, fazendo a conexão da realidade empírica com a teoria que envolve o estudo.

Recorremos também à técnica da análise de conteúdo. Esta metodologia de investigação é tida em conta como uma das mais eficazes técnicas de análise e formas de comunicação, sendo elas a técnica oral, visual, escrita e sonora.

Segundo Vala (1986) citado por Silva (2008), *“a técnica de análise de conteúdo é, sobretudo, considerada uma das técnicas mais utilizadas na investigação empírica realizada pelos diferentes campos das ciências sociais e humanas.”* Esta metodologia contou, ao longo da

história, com a colaboração de alguns intervenientes que contribuíram para a sua evolução, tal como foi o caso de Berelson em 1952, de Cartwright em 1953, de Krippendorf em 1980 e ainda de Bardin em 1991.

Segundo Krippendorf (1980), citado por Silva (2008), a análise de conteúdo é *“uma técnica de investigação que viabiliza inferências válidas dos dados possíveis de serem replicáveis no seu contexto.”*

15.2 - Objectivos

Para desenvolver um estudo desta natureza, é necessário a definição atempada dos objectivos de investigação. Assim, com este trabalho pretendemos:

- Verificar os conhecimentos dos professores da amostra sobre a problemática da PHDA.
- Verificar se o Desporto e a Actividade Física trazem benefícios aos alunos do 1º ciclo com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção;
- Conhecer a opinião dos professores da amostra relativamente a estratégias utilizadas com os alunos com PHDA;

15.3 - Questão de investigação

Qual a percepção dos professores (Educação Física das Actividades de Enriquecimento Curricular e Professores do 1º ciclo com variante em Educação Física) relativamente às estratégias mais adequadas na intervenção com alunos do 1º ciclo com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção?

15.4 - Justificação dos objectivos

Este estudo é importante porque actualmente deparamo-nos com um aumento de casos de crianças portadoras de PHDA nas escolas. Logo, é extremamente importante que estejamos informados acerca desta problemática para que possamos agir de forma mais consciente e eficaz.

Os docentes devem contribuir para o corpo de conhecimento científico sobre a sua prática, com vista ao desenvolvimento de um ambiente educativo favorável à integração e à socialização destes alunos.

Esta investigação pretende realçar, de acordo com a opinião dos professores (Educação Física e Professores do 1º ciclo com variante em Educação Física) estratégias mais eficazes para intervir com estas crianças.

15.5 - Hipóteses

H. 1 – Os professores da amostra apresentam preferência comum por algumas estratégias de intervenção em alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

H. 2 – Os alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção beneficiam mais com a participação em actividades físicas e desportivas quando desenvolvidas com recurso a estratégias específicas.

15.6 - Variáveis

H. 1 – Os professores da amostra apresentam preferência comum por algumas estratégias de intervenção em alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

V.I. – Aplicação de estratégias dos professores do 1º ciclo, com variante em Educação Física e professores de Educação Física.

V.D. – Percepção de benefícios por parte dos docentes relativamente ao desempenho dos alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA).

H. 2 – Os alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção beneficiam mais com a participação em actividades físicas e desportivas quando desenvolvidas com recurso a estratégias específicas.

V.I – As actividades físicas e desportivas aplicadas aos alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA).

V.D – Percepção, por parte dos docentes, dos benefícios das actividades físicas e desportivas no desempenho dos alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) quando desenvolvidas com recurso a estratégias específicas.

15.7 - Amostra

Esta investigação teve como população-alvo os professores de Educação Física das Actividades de Enriquecimento Curricular e os professores do 1º ciclo com variante em Educação Física.

15.8 - Técnica utilizada na recolha de informação

O instrumento metodológico utilizado no processo de recolha de informação foi o inquérito por questionário.

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

Este trabalho tem por base uma análise aos dados recolhidos através do referido inquérito por questionário. Este é constituído por perguntas fechadas e abertas, estas últimas para que os professores inquiridos possam expressar livremente a sua opinião sobre as estratégias mais adequadas a ter presentes na intervenção com alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

Tal como já referimos anteriormente, neste estudo foi usado o método quantitativo no tratamento dos dados resultantes das perguntas fechadas do questionário. As perguntas abertas foram submetidas a uma análise de conteúdo.

Foram distribuídos vários inquéritos por questionário por meio electrónico a professores de Educação Física que leccionam nas Actividades de Enriquecimento Curricular e a professores do 1º ciclo com variante em Educação Física, tendo-se conseguido recolher 72 inquéritos por questionário devidamente preenchidos.

Capítulo 16 - Cronograma

Quadro III – Cronograma.

	Setembro Outubro	Novembro Dezembro	Janeiro Fevereiro	Fevereiro Março Abril
<ul style="list-style-type: none"> Definição dos objectivos Definição do problema Revisão da literatura Definição das hipóteses e variáveis 				
<ul style="list-style-type: none"> Seleccção de participantes Recolha de dados (questionários) 				
<ul style="list-style-type: none"> Análise de dados Discussão dos resultados 				
<ul style="list-style-type: none"> Interpretação com base no referencial teórico Linhas futuras de investigação 				

Quadro III – fonte: elaboração própria

O cronograma reflecte a evolução da investigação de acordo com os meses e os itens seguidos. A cor varia, progressivamente, do mais claro para o mais escuro, de acordo com a intensidade do trabalho desenvolvido.

Capítulo 17 - Ética da pesquisa

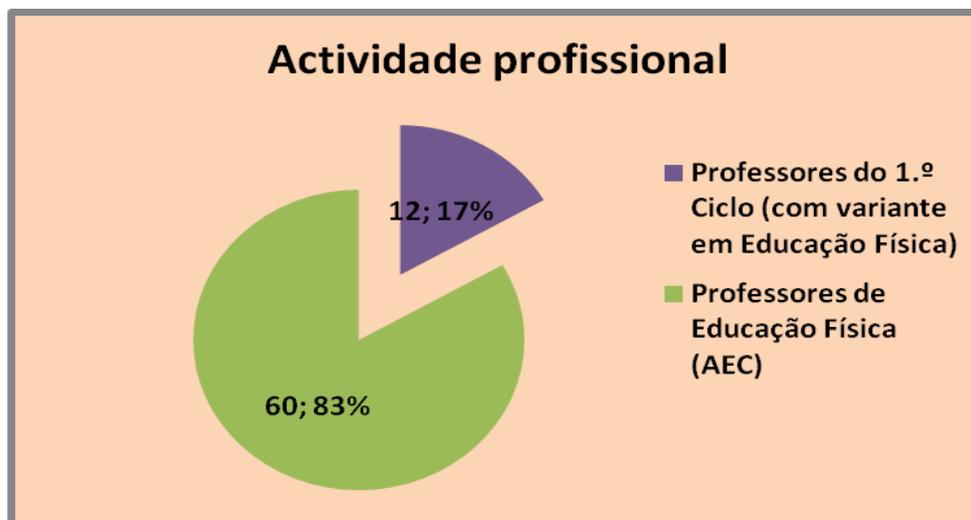
A ética de pesquisa seguida nesta investigação foi baseada no *Perfil Geral de Desempenho Profissional do Educador de Infância e do Professor do 1º Ciclo do Ensino Básico*, que consta no Decreto-Lei n.º 241 / 2001, de 30 de Agosto.

Capítulo 18 - Apresentação dos Resultados

18.1 - Caracterização da amostra

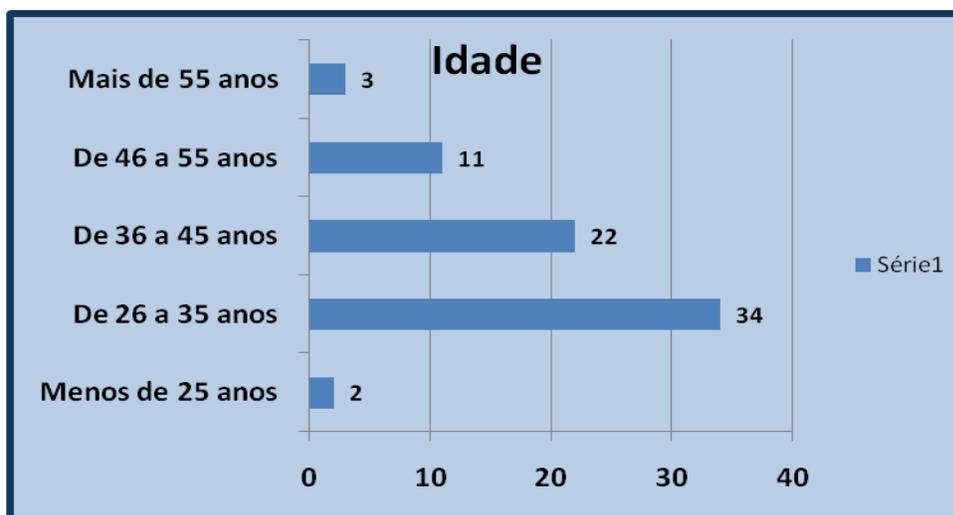
A amostra deste estudo é constituída por 72 professores (professores de Educação Física das AEC e professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico com variante em Educação Física).

Gráfico 1 – Actividade profissional dos professores da amostra



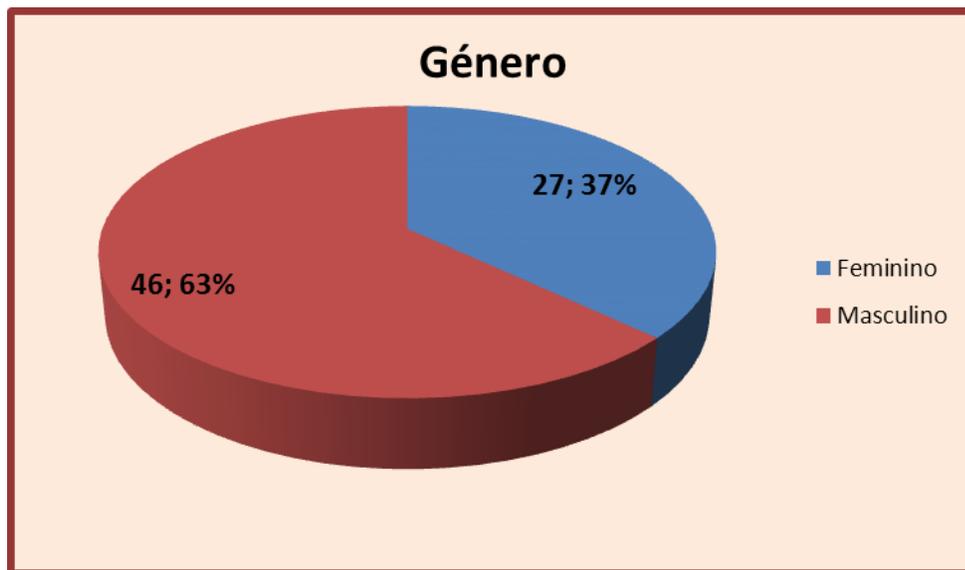
83% da dos docentes da amostra são professores de Educação Física das AEC (N=60), sendo os restantes (N=12; 17%) professores de 1.º ciclo com variante em Educação Física.

Gráfico 2 – Idade dos professores inquiridos



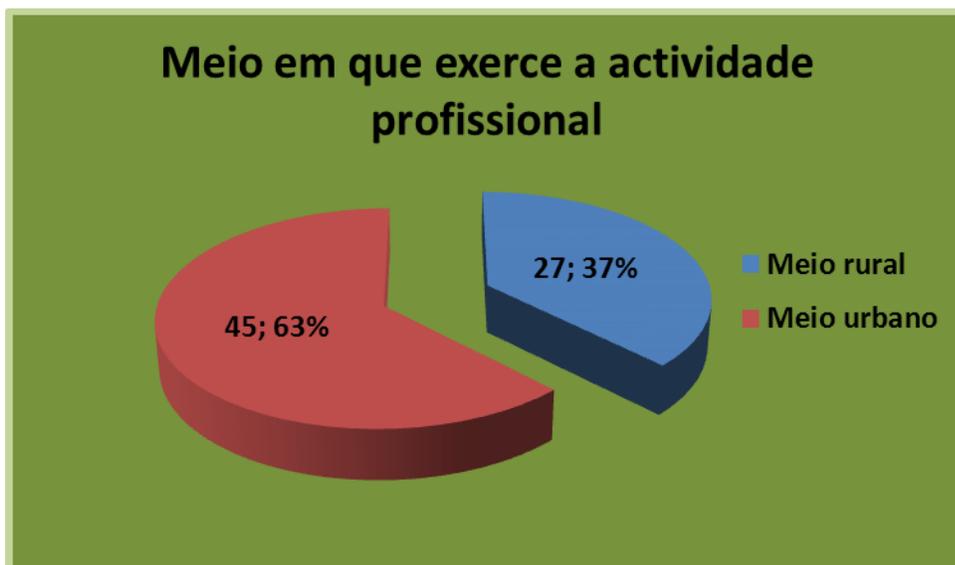
Os professores inquiridos apresentam idades diversificadas, tendo, no entanto, a maioria dos docentes (N=56) idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos. A média de idades é 37 anos.

Gráfico 3 – Género dos professores inquiridos



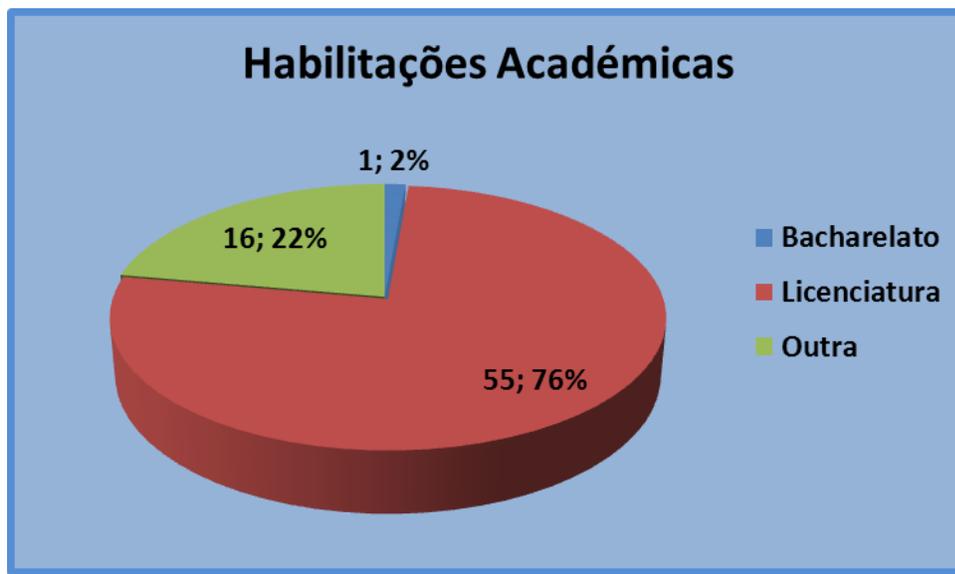
Tal como nos mostra o gráfico, 63% (N= 46) da população da amostra são do género masculino e 37% (N= 27) do género feminino.

Gráfico 4 - Meio em que os professores inquiridos exercem a sua actividade profissional



De acordo com o gráfico, 63% dos professores (N=45) exercem a sua actividade profissional num meio urbano e 37% (N=27) trabalham em escolas situadas em meios rurais.

Gráfico 5 – Habilitações académicas dos professores inquiridos

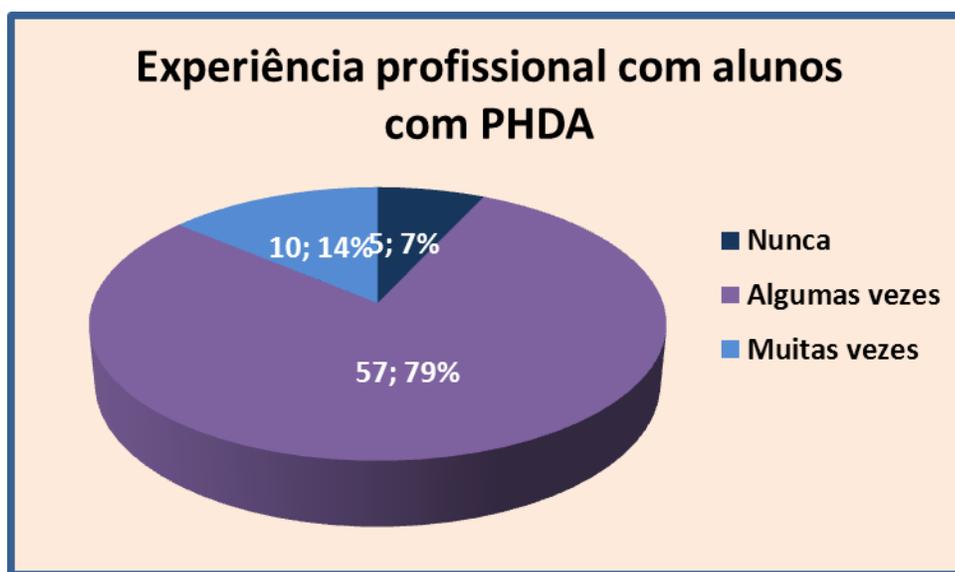


A partir dos dados obtidos, verificamos que dos 72 professores inquiridos, 2% (N=1) possuem o grau de bacharelato, 76% (N=55) são licenciados e 22% (N=16) possuem outro grau académico. Neste último grupo, 12 professores possuem mestrado, 2 têm doutoramento e 2 possuem uma Pós-Graduação em Treino Desportivo.

18.2 - Resultados obtidos face à problemática das Perturbações da Hiperactividade e Défice de Atenção

Gráfico 6 – Respostas dos professores inquiridos face à questão:

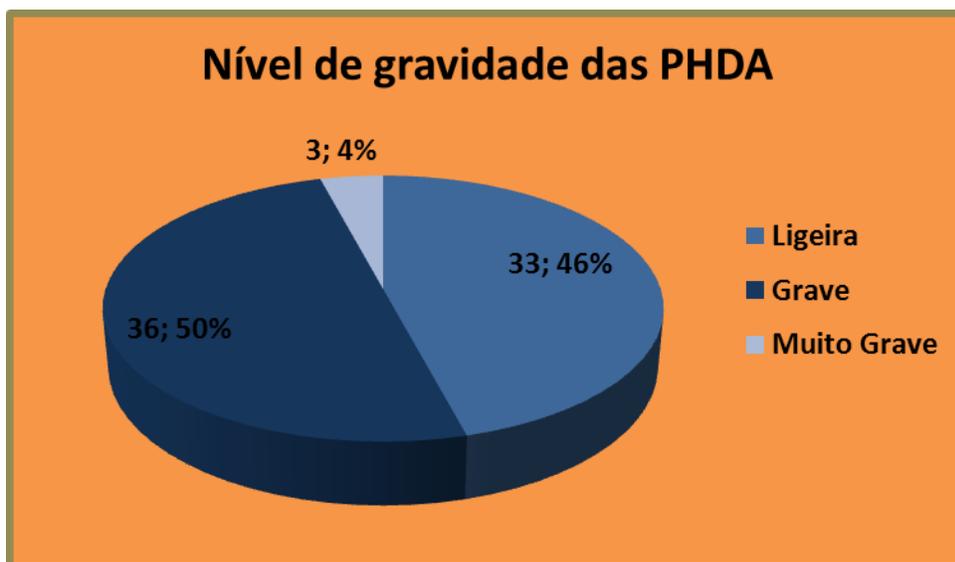
“No desempenho da sua actividade profissional, com que frequência se tem deparado com crianças portadoras de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)?”



De acordo com os dados obtidos, verificamos que 93% (N=67) dos professores já trabalhou com alunos com PHDA. A maioria dos docentes (N=57; 79%), afirmou ter-se deparado «algumas vezes» com este tipo de crianças e 14% (N=10) referiu ter encontrado «muitas vezes» alunos com esta problemática nas suas turmas.

Gráfico 7 – Respostas dos professores inquiridos face à questão:

“Com que nível de gravidade classifica a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)?”



No que diz respeito ao nível de gravidade, 50% dos professores considera a PHDA uma problemática grave, 46% encara-a como ligeira e os restantes classificam-na como sendo uma patologia muito grave.

Quadro IV - Opiniões dos professores relativamente às causas das PHDA.

Causas das PHDA	N.º de professores	%
Factores genéticos	31	43%
Factores associados ao funcionamento familiar	36	50%
Factores neurológicos	45	63%
Factores tóxicos (nicotina, álcool ou outras substâncias)	13	18%
Factores ambientais e variáveis psicológicas	27	38%
Complicações pré-natais e perinatais	18	25%
Factores socio-culturais	23	32%
Infecções virais e bacterianas	2	3%
Açúcar e outros alimentos	5	7%
Demasiada televisão	4	6%
Falta de regras	33	46%
Produto da sociedade (“doença da moda”)	24	33%
Outra: - “falta de educação e de regras em casa”; - “as suas causas ainda não estão devidamente identificadas”; - “Não existe uma única causa para esta perturbação, pensa-se que haja influência da hereditariedade e da imaturidade neuroquímica dos centros cerebrais relacionados ao controle da atenção”.	2	3%
Não tenho opinião	3	4%

Quadro IV- Fonte: elaboração própria.

Verificamos que as causas que estão na base das PHDA, segundo os professores da amostra, são diversificadas, tendo os factores neurológicos, os factores associados ao funcionamento familiar, a falta de regras e os factores genéticos sido as razões mais apontadas por estes profissionais.

As menos indicadas foram as infecções virais e bacterianas e o facto de os alunos assistirem a demasiada televisão.

Quadro V - Comportamentos mais evidentes nos alunos com PHDA.

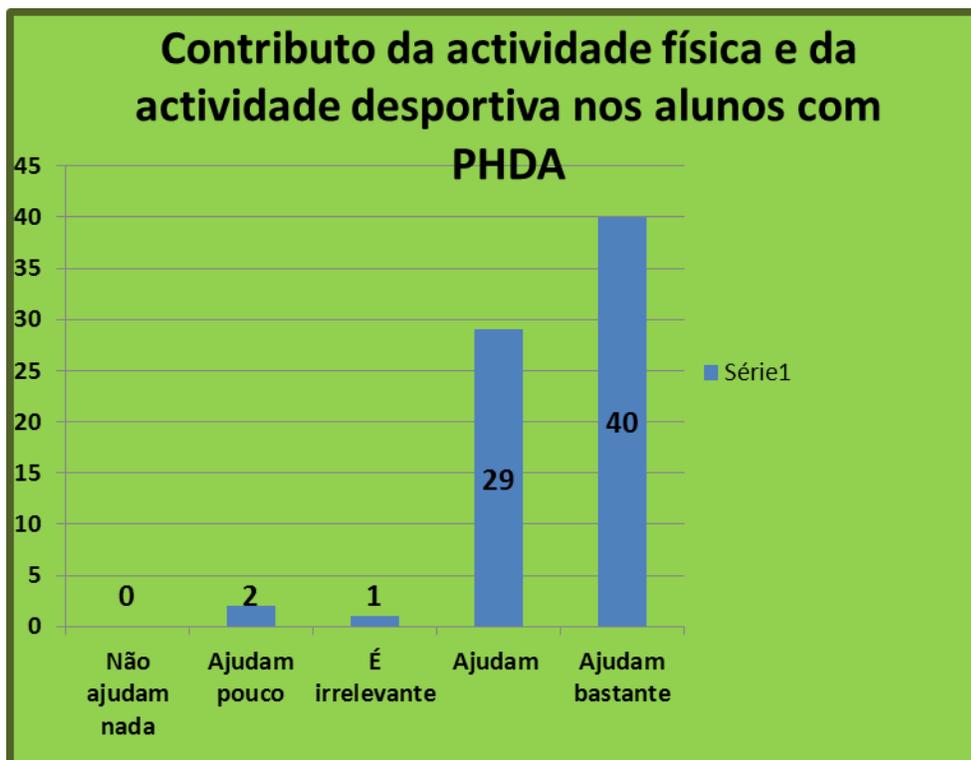
Comportamentos mais evidentes nos alunos com PHDA	N.º de professores	%
Manifestam dificuldade em cumprir instruções simples	27	38%
Mostram dificuldade em cumprir instruções mais complexas	22	31%
Por vezes, cometem erros por descuido nas actividades	27	38%
Normalmente têm dificuldade em participar nas actividades de modo sossegado	51	71%
Por norma demonstram dificuldades em escutar os outros	53	74%
Por vezes mostram atitudes agressivas	26	36%
Têm esquecimentos frequentes	17	24%
Manifestam dificuldades de atenção e concentração na realização das tarefas	60	83%
São frequentemente muito activas, agem como se fossem “puxadas por um motor”	44	61%
Evitam envolver-se em tarefas que exijam esforço mental prolongado	28	39%
Na maioria das vezes, não prestam atenção a pormenores	40	56%
Respondem, frequentemente, antes da pergunta terminar	26	36%
Distraem-se facilmente com estímulos externos	56	78%
Falam de mais	24	33%
Manifestam dificuldades na organização das tarefas	34	47%
Muitas vezes, parecem não prestar atenção ao que se lhe está a dizer	41	57%
Têm dificuldade em esperar pela sua vez de falar	41	57%
Outra	4	6%
<p><i>“Impaciência; egoísmo; pouco ou nenhum sentido do colectivo. Normalmente têm dificuldade em participar nas actividades, estando alheios a questões que são colocadas à turma. Desligam-se da envolvência do grupo turma. Estão fechados sobre si próprios. Má educação. Não sei bem.”</i></p>		

Quadro V- Fonte: elaboração própria.

Através da análise dos dados do quadro anterior, verificamos que os três comportamentos mais evidentes nestes alunos, segundo a opinião destes professores, é a dificuldade de atenção e concentração que estas crianças demonstram na realização das atividades, o facto de se distraírem facilmente com estímulos externos e manifestarem dificuldades em escutar os outros.

Gráfico 8 – Opinião dos professores inquiridos relativamente à pergunta:

“Considera que a actividade física e a actividade desportiva podem ajudar os alunos com esta problemática?”



De acordo com os dados do gráfico, verificamos que 69 (96%) professores consideram que a actividade física e desportiva traz contributos positivos a estes alunos. Apenas 2 professores consideram que estas actividades «*ajudam pouco*» e 1 referiu que este tipo de actividades «*é irrelevante*» no desenvolvimento destas crianças.

Respostas dos professores inquiridos face à pergunta n° 5:

“Na sua opinião, quais os cinco benefícios mais evidentes da actividade física e da actividade desportiva nos alunos com PHDA?”

Os professores classificaram de 1 até 5, considerando na escala o 1 como "MAIS IMPORTANTE" e o 5 como "MENOS IMPORTANTE", os seguintes benefícios resultantes da

actividade física e da actividade desportiva nos alunos com PHDA: *aquisição de regras; socialização; integração; partilha; espírito de equipa; desenvolvimento de estratégias na resolução de problemas; desenvolvimento de atitudes de entreaajuda; aprender a lidar com a frustração e ter a noção de limite.*

Passamos, assim, a apresentar os gráficos com a informação recolhida:

Gráfico 9 – Aquisição de regras



Gráfico 10 – Socialização



Gráfico 11 – Integração

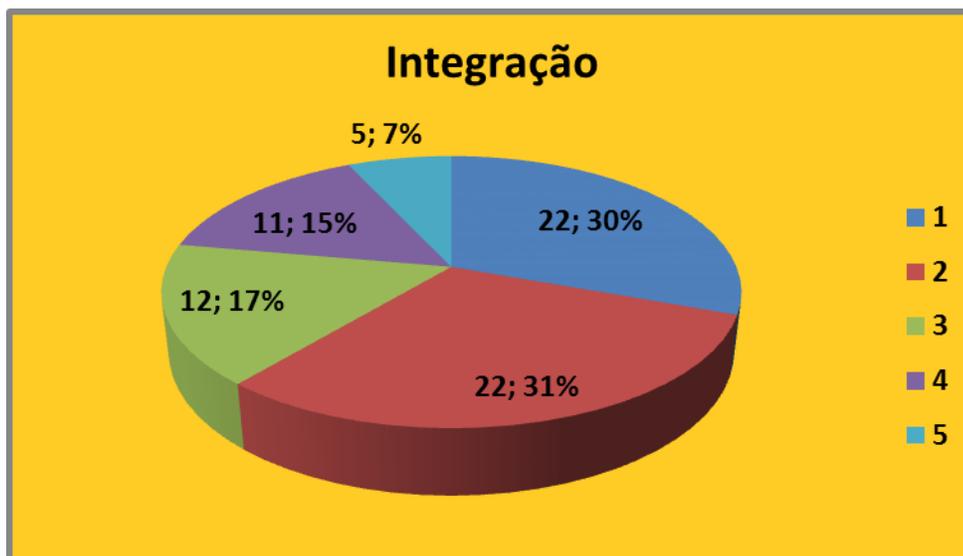


Gráfico 12 – Partilha

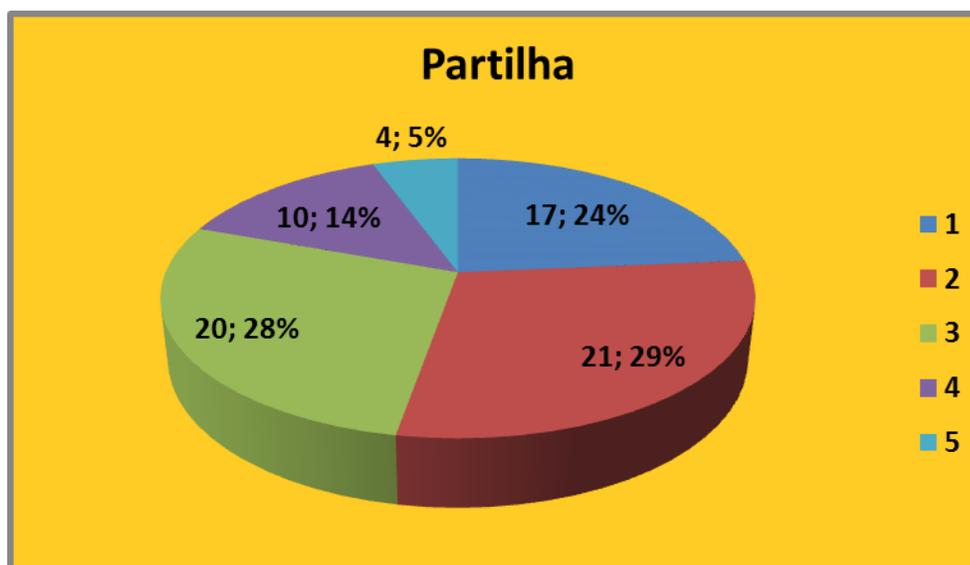


Gráfico 13 - Espírito de equipa



Gráfico 14 -Desenvolvimento de estratégias para a resolução de problemas



Gráfico 15 - Desenvolvimento de atitudes de entreaajuda

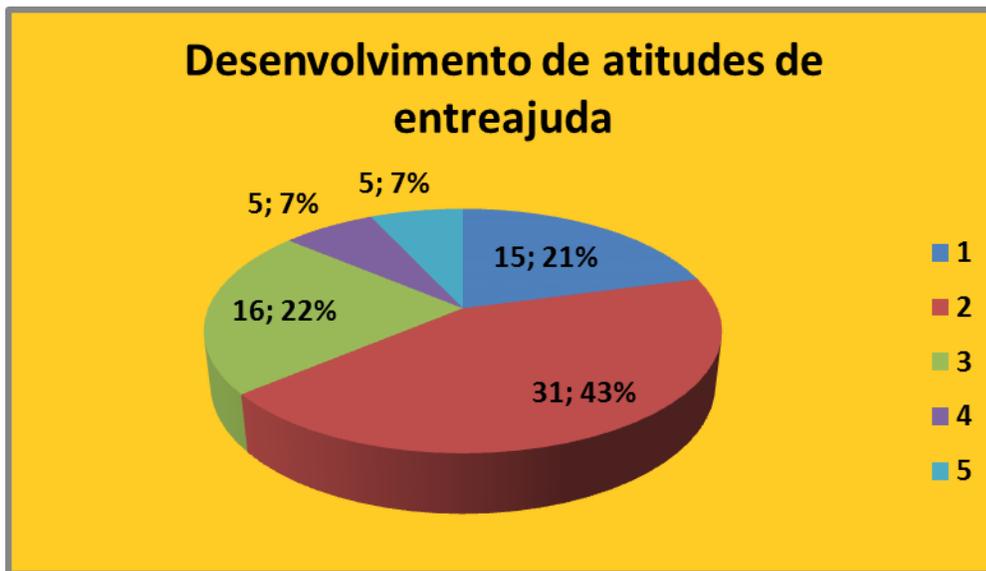


Gráfico 16 - Aprender a lidar com a frustração

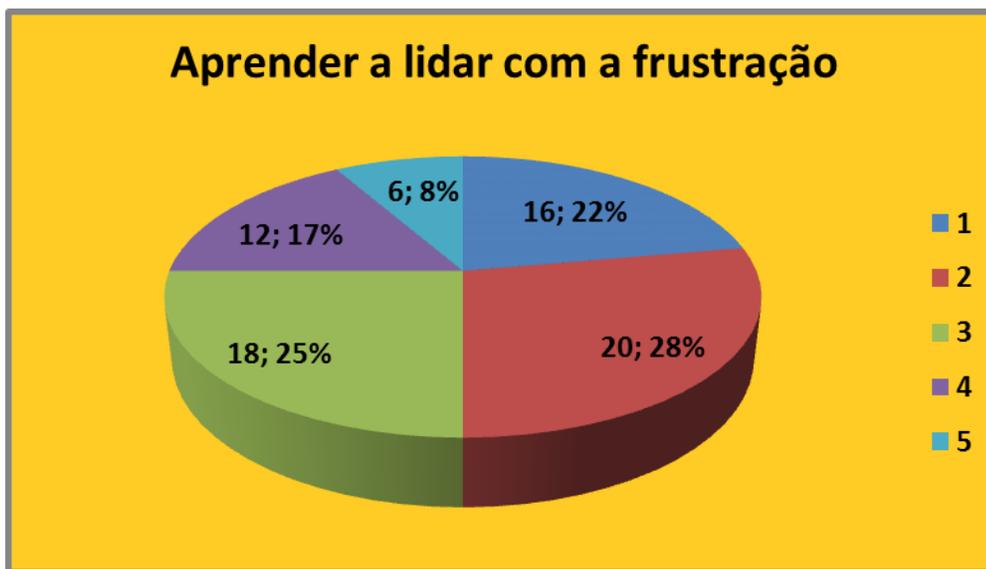


Gráfico 17 - Ter a noção de limite

Através da análise estatística dos dados obtidos e tendo em conta os valores representativos dos pontos 1 e 2 da escala, constatou-se que quase todas as áreas apresentadas foram assinaladas por mais de metade da amostra como sendo um benefício significativo da actividade física e da actividade desportiva nos alunos com PHDA. Verificou-se que a aquisição de regras (67%; N=55), o desenvolvimento de atitudes de entreajuda (64%; N=46), a integração (61%; N=44), o desenvolvimento de estratégias e resolução de problemas (58%; N=42), o espírito de equipa (58%; N=42), ter a noção de limite (58%; N=42) e a socialização (57%; N=41) foram as áreas mais destacadas pelos professores como sendo os benefícios mais evidentes da actividade física e desportiva nos alunos com PHDA, em comparação com outros como a partilha (53%; N=38) e o aprender a lidar com a frustração (50%; N=36) que foram menos assinalados.

Quadro VI - Outros benefícios da actividade física e da actividade desportiva assinalados pelos professores.

Categorias	Benefícios
<u>Saber estar</u>	<ul style="list-style-type: none"> - “Fundamentalmente contribui para que exista educação e respeito pelas regras (num todo)” - “Traz vantagens ao nível do desenvolvimento da atenção, da concentração e do relacionamento interpessoal” - “Permite o confronto imediato com o cumprimento ou não de uma tarefa” - “Dá calma”
<u>Aproveitamento escolar</u>	<ul style="list-style-type: none"> - “Ajuda a melhorar o aproveitamento escolar destes alunos” - “O desgaste físico também ajuda na concentração de outras tarefas escolares”
<u>Desenvolvimento motor</u>	<ul style="list-style-type: none"> - “Traz vantagens ao nível do desenvolvimento motor”
<u>Desenvolvimento de outras capacidades</u>	<ul style="list-style-type: none"> - “Desenvolvimento da capacidade de observação da prestação do outro” - “Permite desenvolver a noção temporal para a realização da tarefa”

Quadro VI- Fonte: elaboração própria.

Através da análise dos dados, constatamos que os professores consideram que a actividade física e desportiva traz inúmeros benefícios aos alunos com PHDA. De um modo geral, os docentes consideram que todas estas áreas beneficiam com a prática destas actividades. No entanto, é notório que os docentes atribuem maior ênfase ao facto de a actividade física e a actividade desportiva trazerem vantagens, principalmente, ao nível da aquisição de regras, do desenvolvimento do espírito de equipa e de permitir que estes alunos tenham noção de limite.

Os dados registados no quadro VI, resultantes das respostas dos professores à pergunta 5.1.1 do inquérito por questionário, reforçam, por um lado, as opiniões destes profissionais relativamente ao facto de a actividade física e desportiva trazer benefícios ao nível do saber estar dos alunos. Por outro lado, os professores também indicaram vantagens ao nível do aproveitamento escolar, do desenvolvimento motor e de outras capacidades no aluno.

Respostas dos professores inquiridos face à pergunta nº 6:

“Qual o grau de eficácia que atribui a cada uma das seguintes formas de intervenção junto das crianças com PHDA:

Recurso a um profissional externo à família; intervenção farmacológica; intervenção diferenciada ao nível das práticas educativas; aconselhamento/ psicoterapia infantil; intervenção/ terapia familiar; apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados; treino de competências sociais; educação centrada na tolerância, no diálogo e no reforço da auto-estima do aluno; educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão e intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos.”

Foi pedido aos professores para classificarem cada uma destas formas de intervenção usando, para o efeito, a seguinte escala:

Nada eficaz; Ineficaz na maioria das situações; Eficaz na maioria das situações; Totalmente eficaz; Não tenho opinião.

Passamos, assim, a apresentar os gráficos com a informação recolhida.

Gráfico 18 – Recurso a um profissional externo à família



Gráfico 19 – Intervenção farmacológica

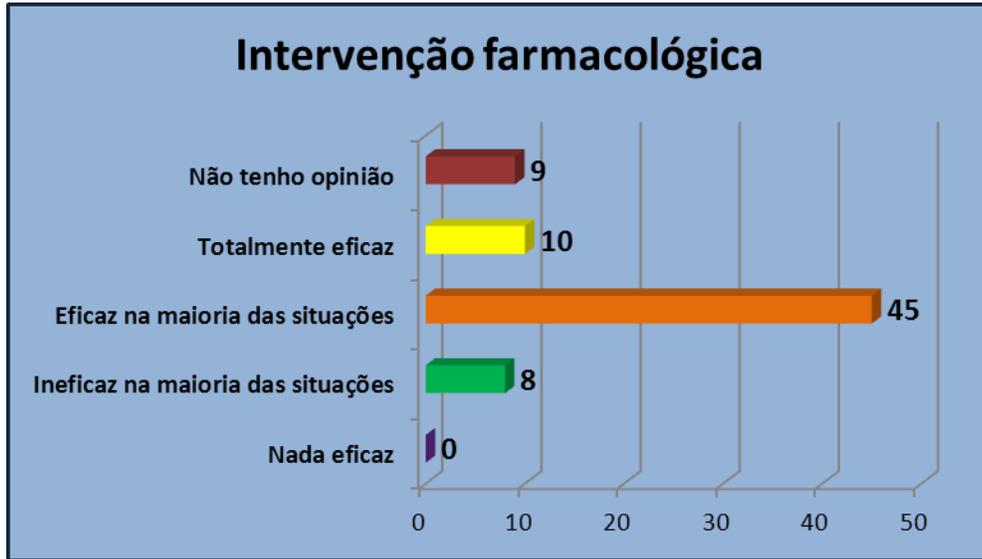


Gráfico 20 – Intervenção diferenciada ao nível das práticas educativas

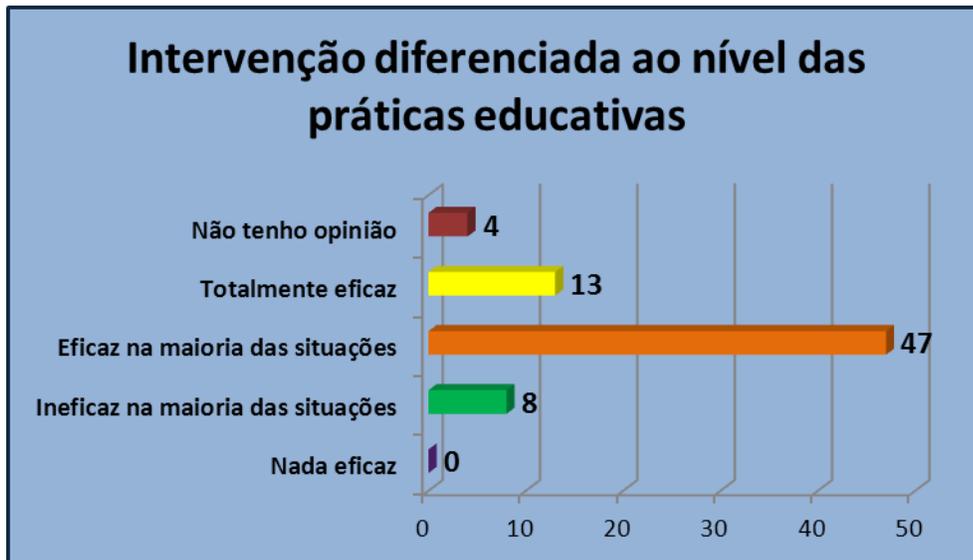


Gráfico 21 – Aconselhamento/ Psicoterapia infantil

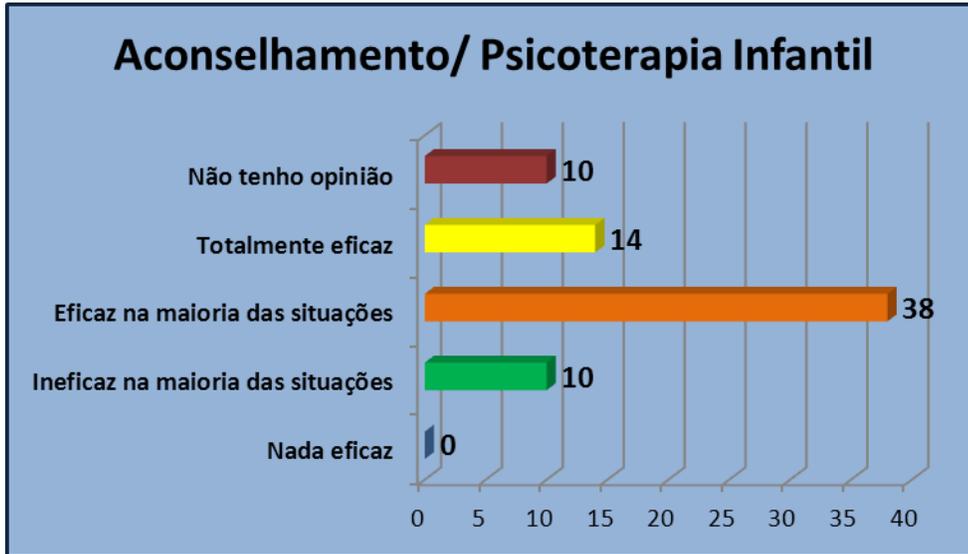


Gráfico 22 – Intervenção/ Terapia familiar

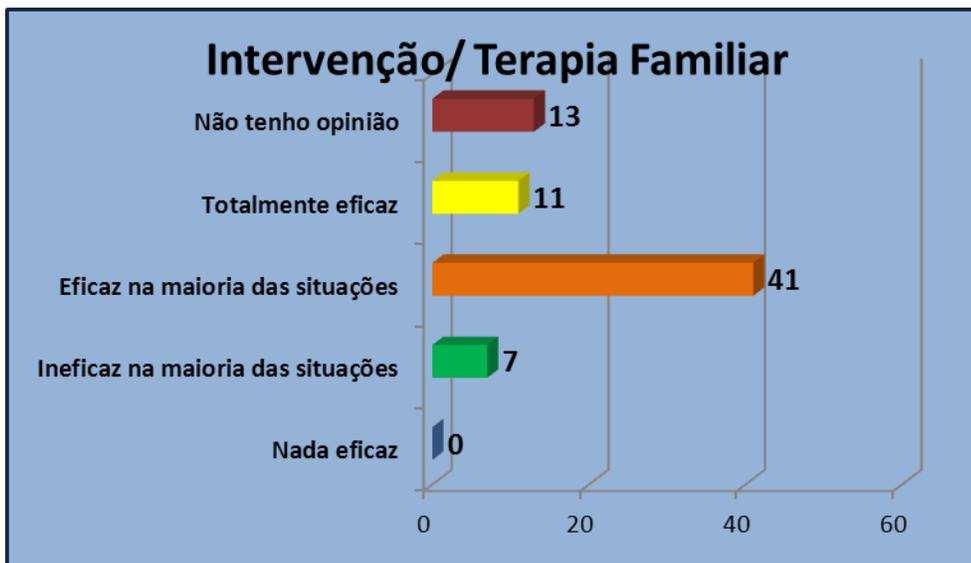


Gráfico 23 – Apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados

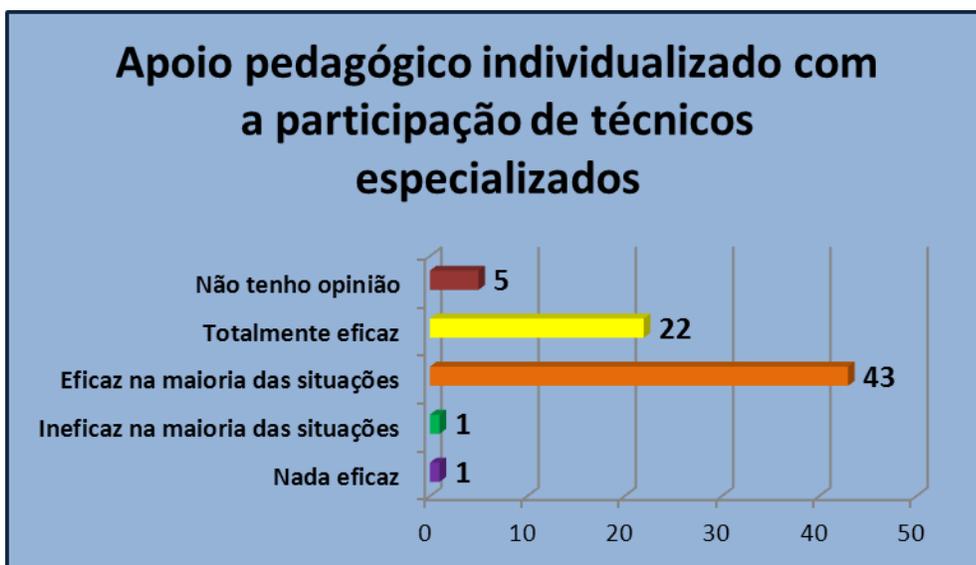


Gráfico 24 – Treino de competências sociais



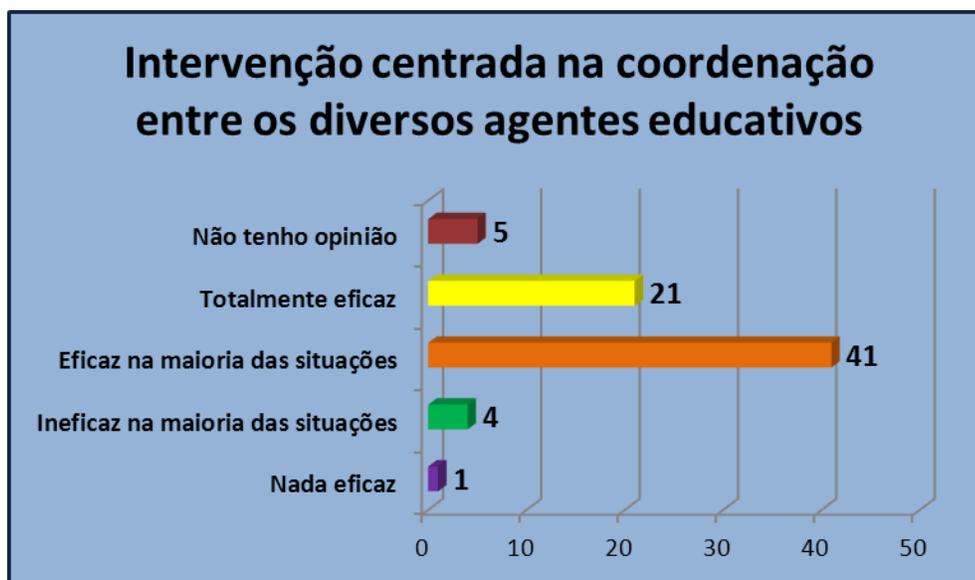
Gráfico 25 – Educação centrada na tolerância, no diálogo e no reforço da auto-estima



Gráfico 26 – Educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão



Gráfico 27 – Intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos



Para fazer a análise dos resultados obtidos, organizaram-se os indicadores em dois grandes grupos, um em que se considera que estas formas de intervenção causam efeitos positivos nos alunos com PHDA (“Eficaz na maioria das situações” e “Totalmente eficaz”) e outro em que, pelo contrário, considera-as ineficazes (“Ineficaz na maioria das situações” e “Totalmente ineficaz”). Assim sendo, constatamos que a maioria dos professores da amostra considera que todas estas medidas são eficazes quando aplicadas em alunos com PHDA. A forma de intervenção “Apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados” (N=65), na opinião dos professores, é a medida mais eficaz. Em contrapartida, mas igualmente com valor significativo, verificamos que as formas de intervenção “Aconselhamento/Psicoterapia Infantil” (N=52) e “Intervenção/Terapia familiar” (N=52) não foram tão valorizadas pelos docentes.

O número de professores que considera estas formas de intervenção ineficazes é pouco significativo, comparando com a globalidade da amostra. A medida “Educação centrada na tolerância, no diálogo e no reforço da auto-estima da criança” foi a que obteve o valor mais alto relativamente ao seu grau de ineficácia (N=11), no entanto, importa referir que 55 docentes consideram-na eficaz.

Verificamos também que um número considerável de docentes (entre 6% a 18%), não possui opinião sobre o grau de eficácia de algumas das formas de intervenção apresentadas. A medida “Intervenção/ Terapia Familiar” foi a que obteve a percentagem mais elevada, onde 13 professores não manifestaram opinião.

Respostas dos professores inquiridos face à indicação nº 7:

“Indique o grau de eficácia que atribui a cada uma das estratégias abaixo indicadas na prática educativa com crianças com PHDA”:

- Utilizar uma linguagem simples e facilitadora da auto-instrução; olhar o alunos nos olhos e dar instruções claras, consistentes e curtas; variar o tom de voz durante a aula; usar um tom de voz firme; estabelecer hábitos regulares no desenvolvimento das aulas; estabelecer as regras de conduta a ter presentes nas aulas; explicar as consequências do não cumprimento das regras; servir de exemplo/modelo nas atitudes ao aluno; utilizar o reforço positivo; demonstrar uma atitude positiva quando se fala com o aluno; reforçar a auto-estima da criança; desenvolver dinâmicas de grupo; ser tolerante com o aluno; dialogar com a criança; ser firme e congruente; planificar diferenciadamente; avaliar de modo diferenciado; desenvolver actividades de grupo e desenvolver actividades individuais.

Foi pedido aos professores para classificarem cada uma das estratégias de intervenção junto dos alunos com PHDA usando, para o efeito, a seguinte escala:

- *Nada eficaz; Ineficaz na maioria das situações; Eficaz na maioria das situações; Totalmente eficaz; Não tenho opinião.*

Passamos, assim, a apresentar os gráficos com a informação recolhida.

Gráfico 28 – Utilizar uma linguagem simples e facilitadora da auto-instrução

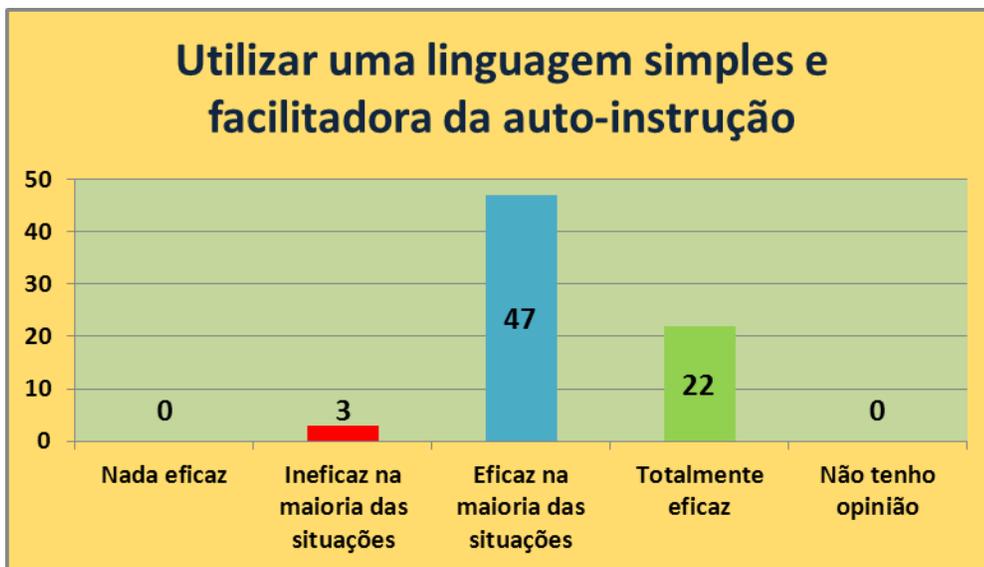


Gráfico 29 – Olhar o aluno nos olhos e dar instruções claras, consistentes e curtas

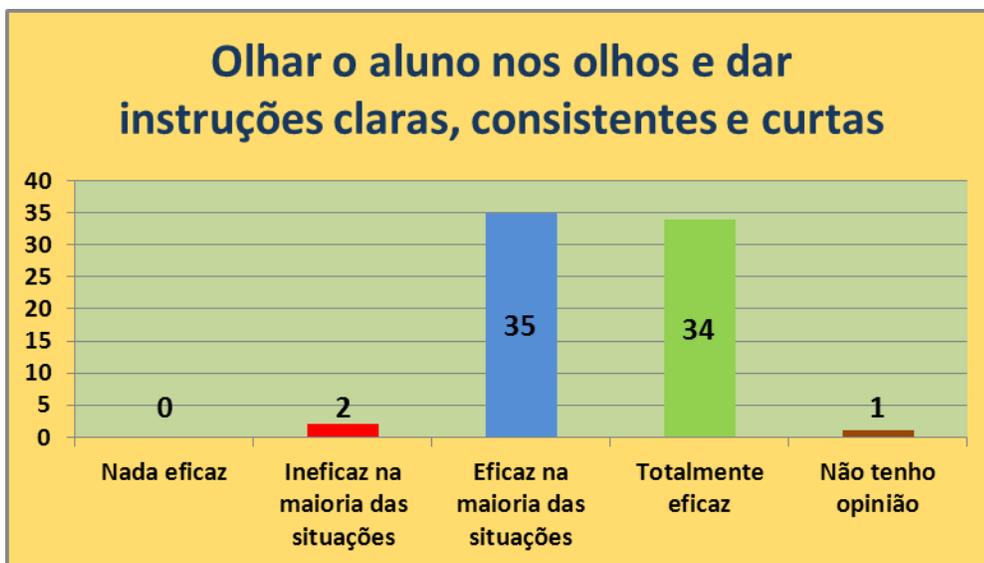


Gráfico 30 – Variar o tom de voz durante a aula

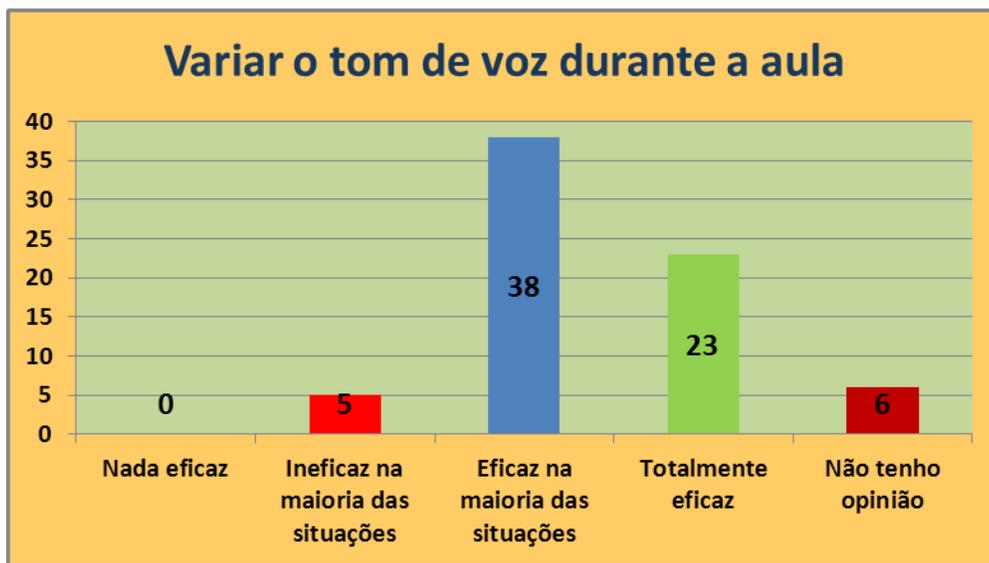


Gráfico 31 – Usar um tom de voz firme

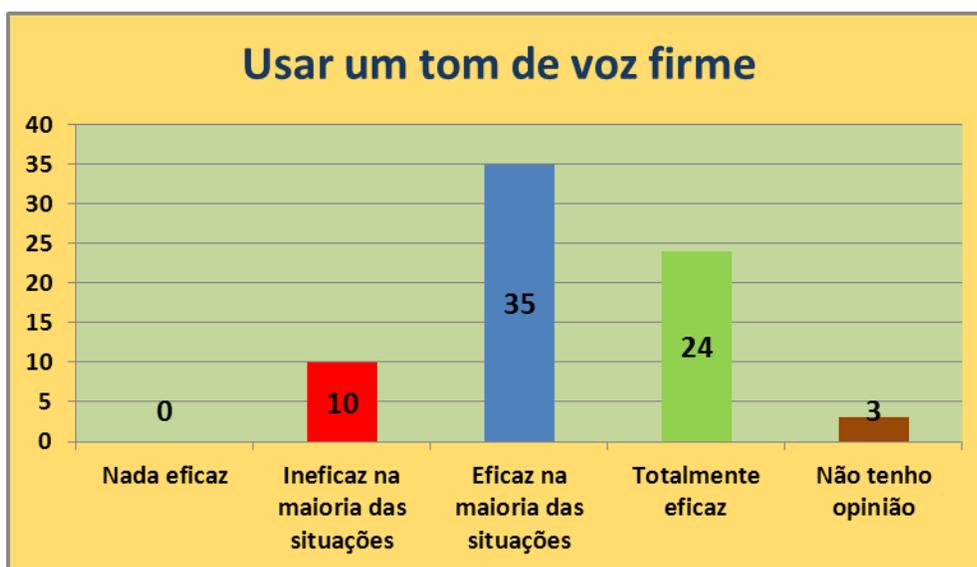


Gráfico 32 –Estabelecer hábitos regulares no desenvolvimento da fala

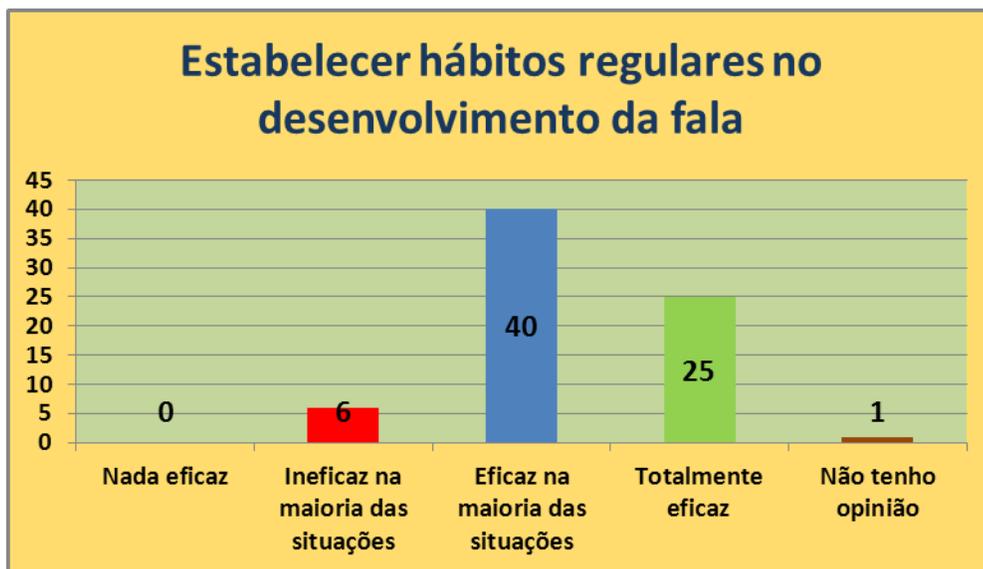


Gráfico 33 –Estabelecer as regras de conduta a ter presentes nas aulas

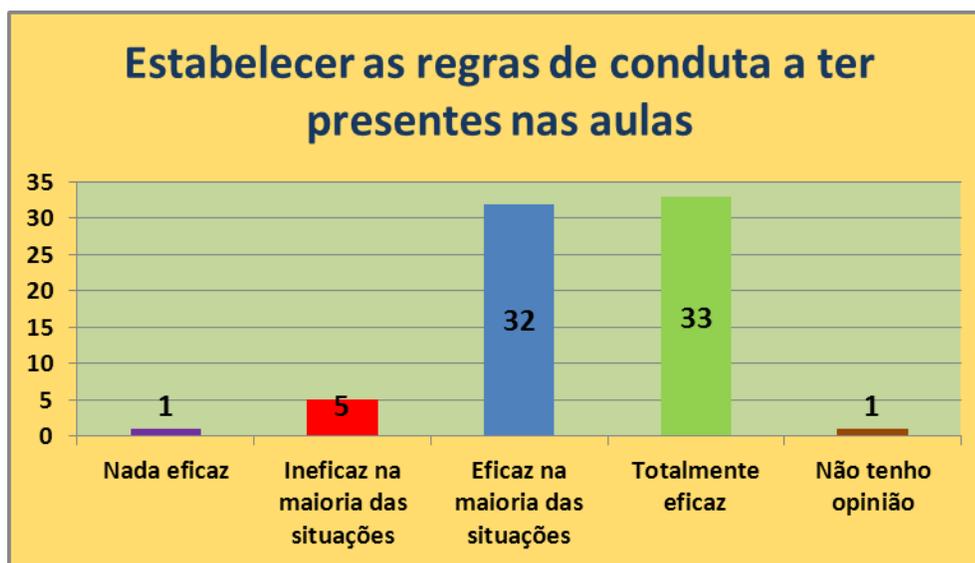


Gráfico 34 –Explicar as consequências do não cumprimento das regras

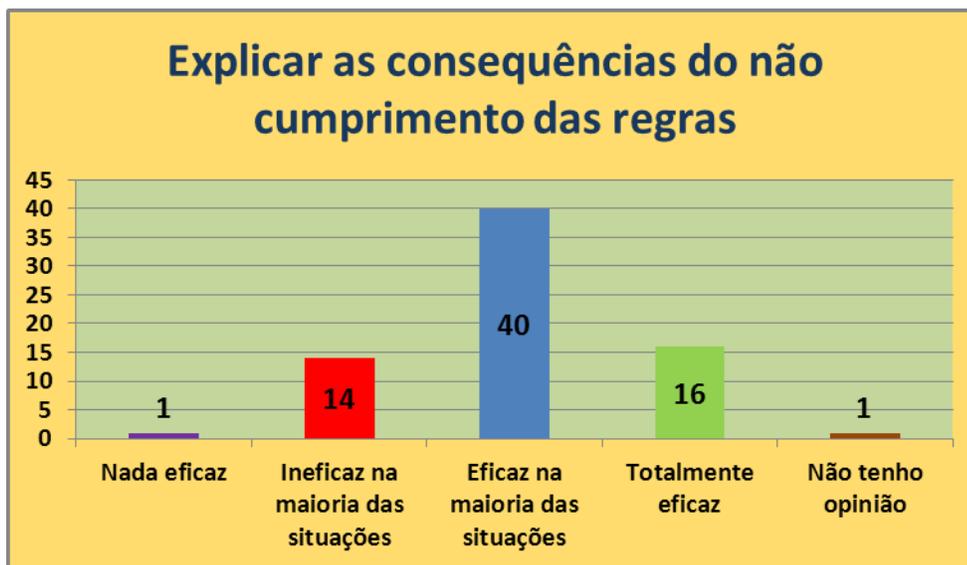


Gráfico 35 –Servir de modelo/ exemplo nas atitudes ao aluno

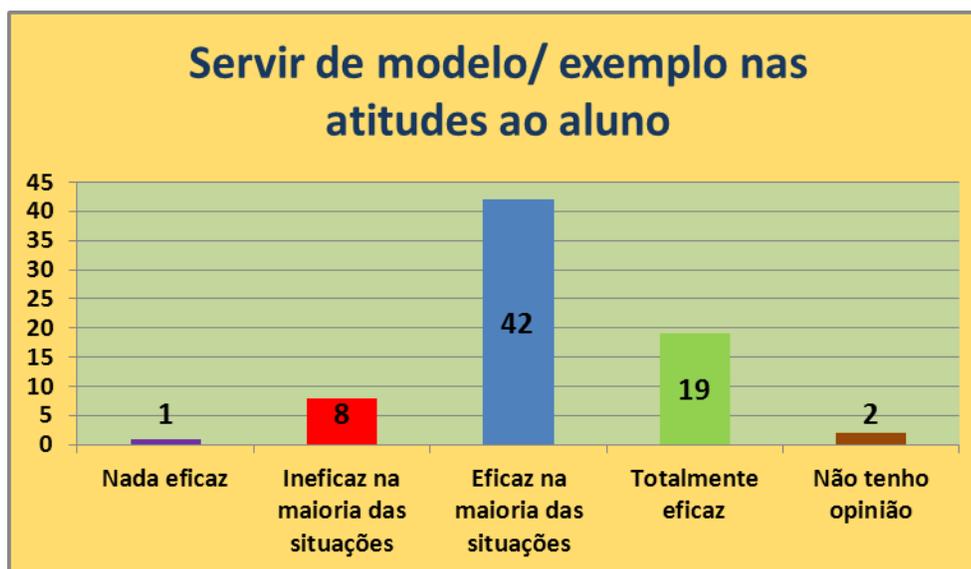


Gráfico 36 – Utilizar o reforço positivo

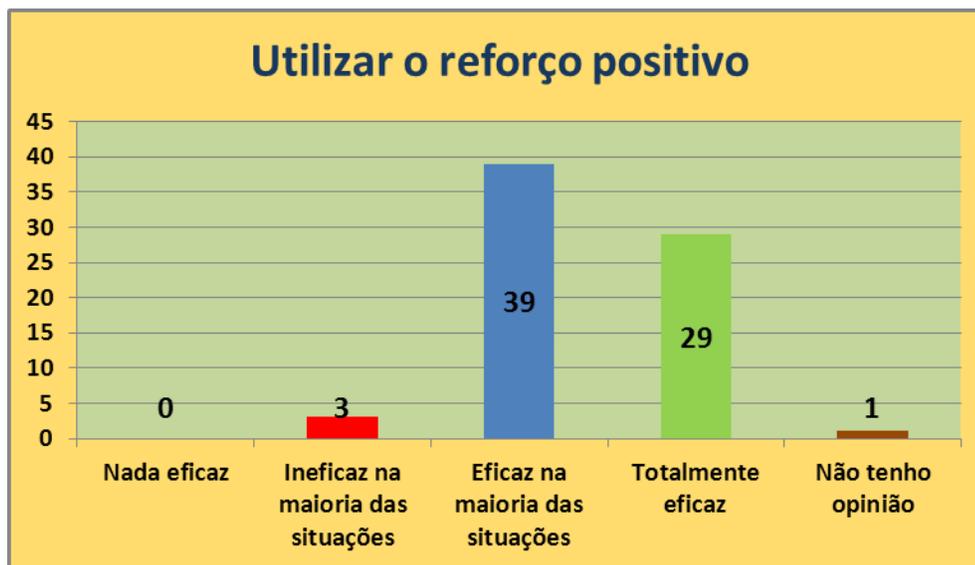


Gráfico 37 – Utilizar uma atitude positiva quando se fala com o aluno

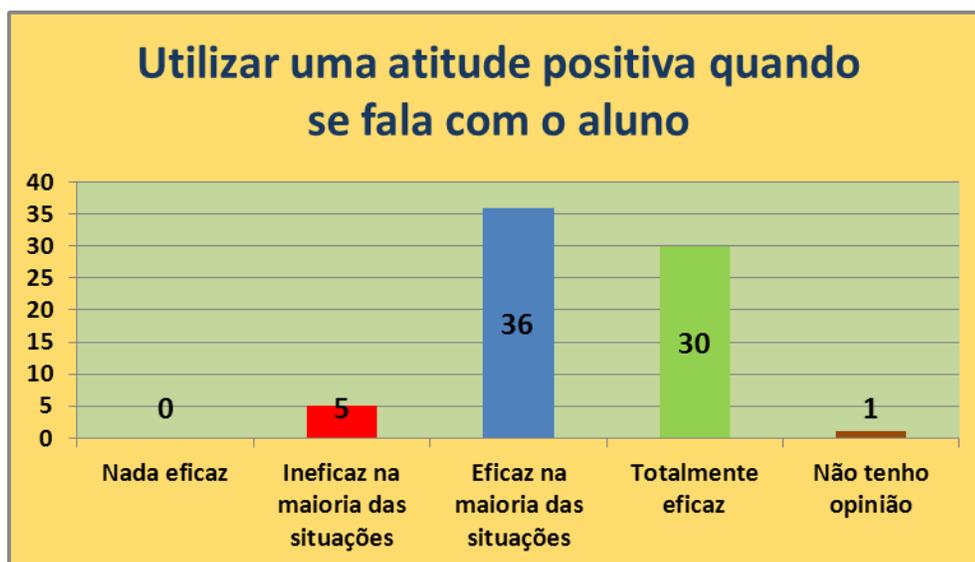


Gráfico 38 – Reforçar a auto-estima da criança

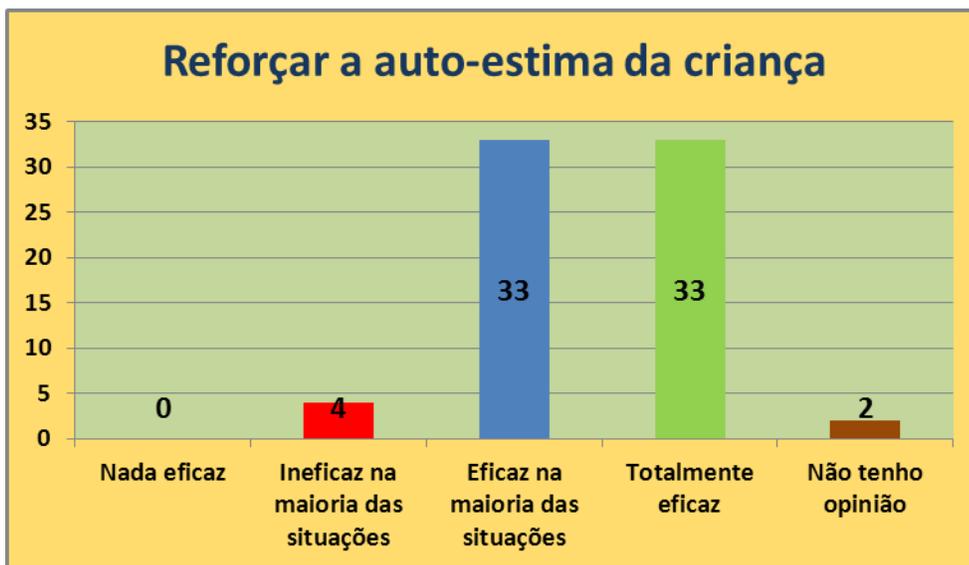


Gráfico 39 – Desenvolver dinâmicas de grupo

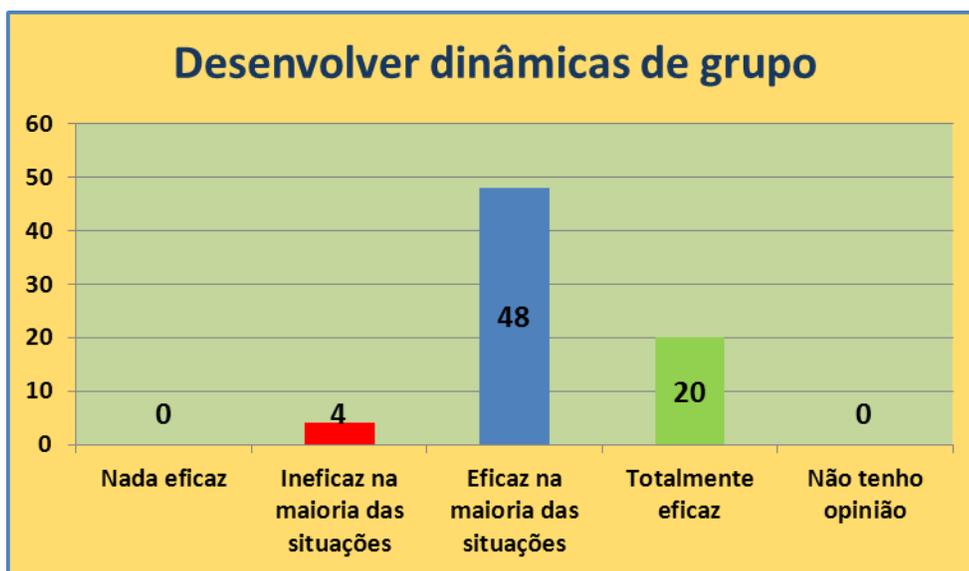


Gráfico 40 - Ser tolerante com o aluno

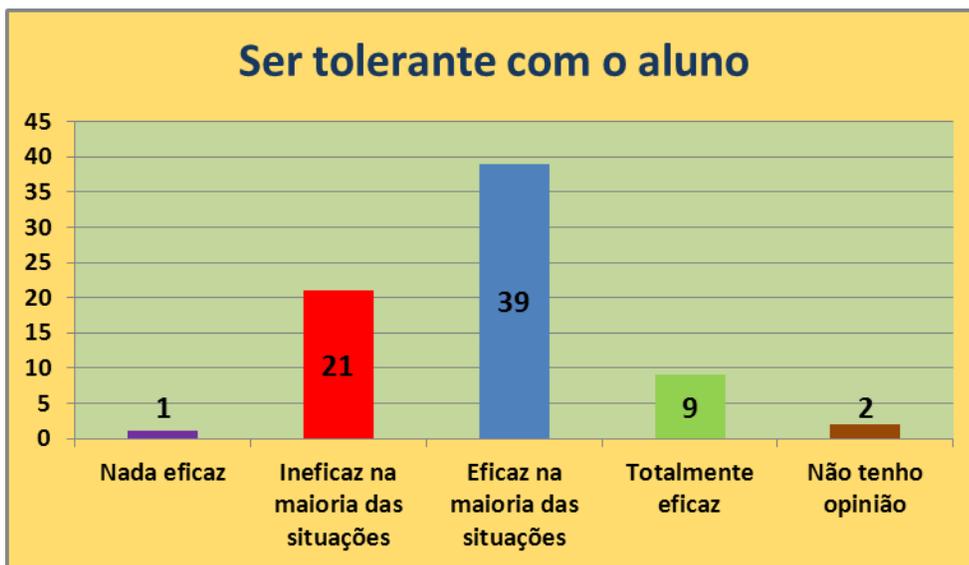


Gráfico 41 - Dialogar com a criança

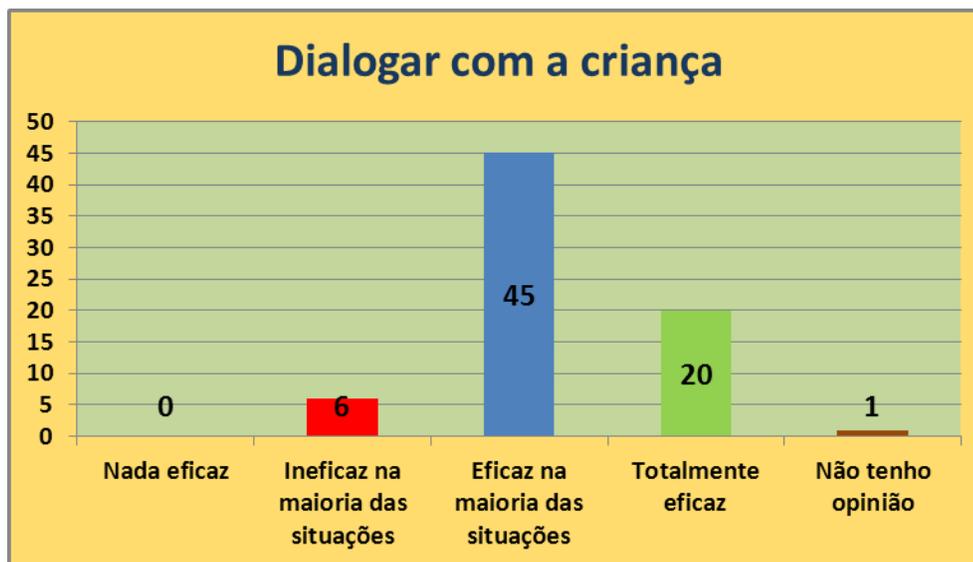


Gráfico 42 – Ser firme e congruente

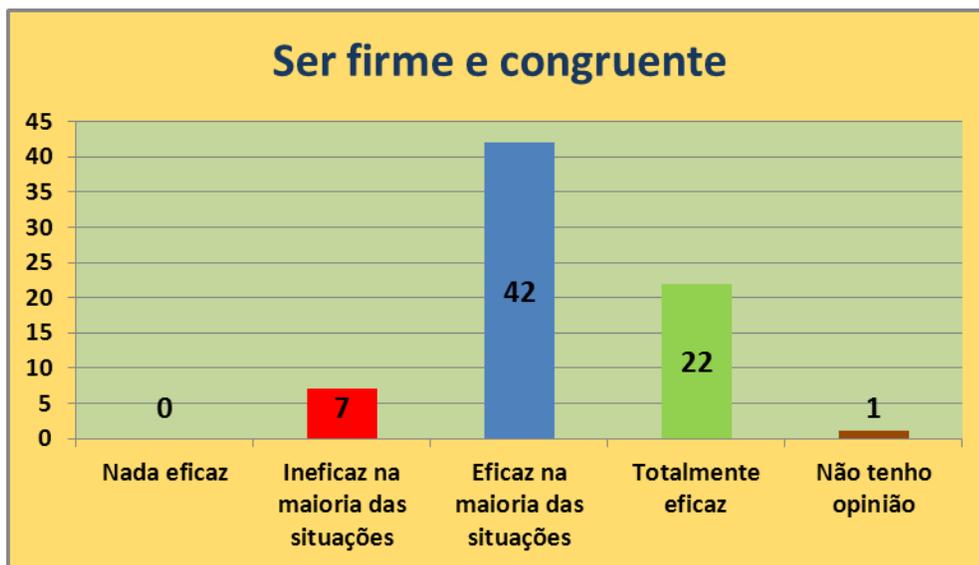


Gráfico 43–Planificar diferenciadamente

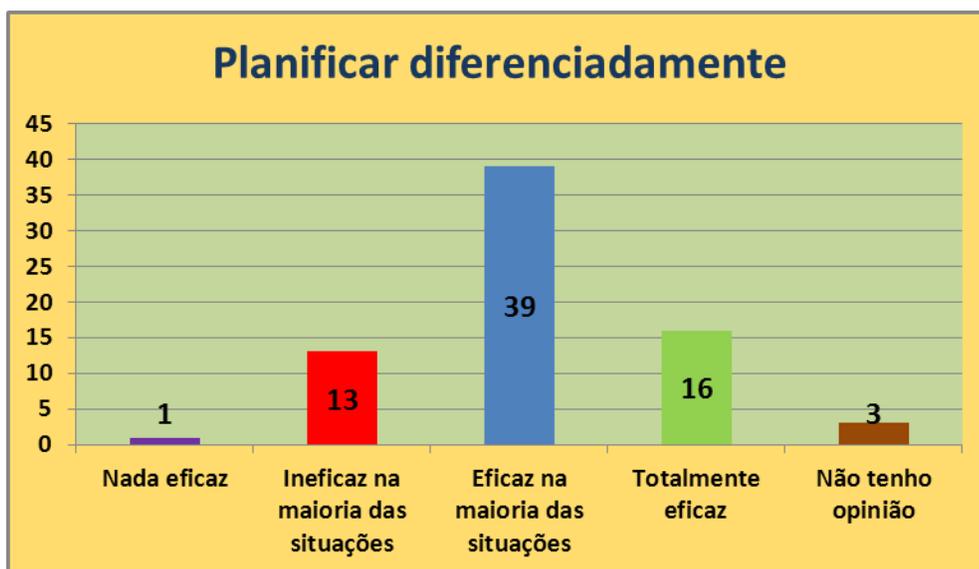


Gráfico 44 – Avaliar de modo diferenciado

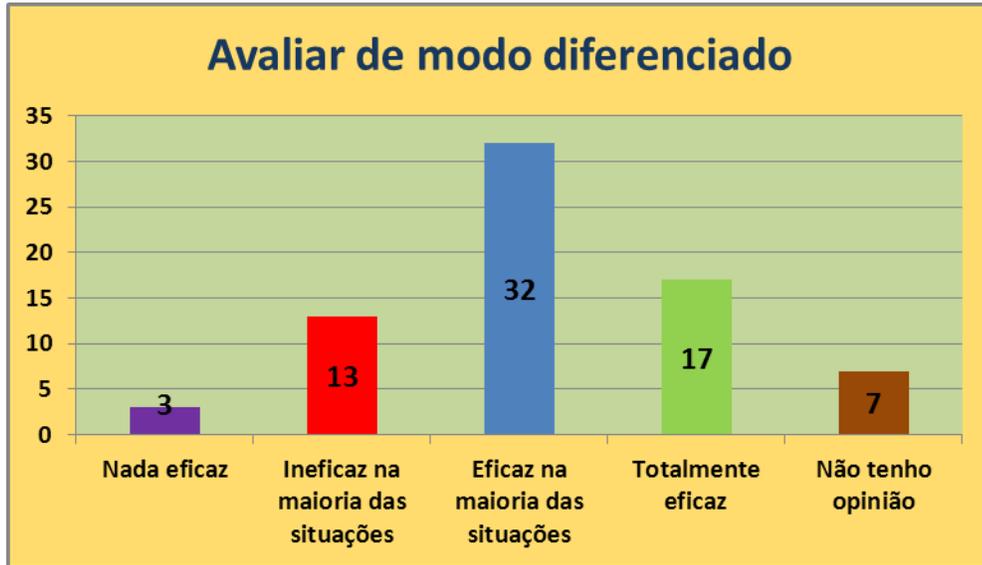


Gráfico 45 – Desenvolver actividades de grupo

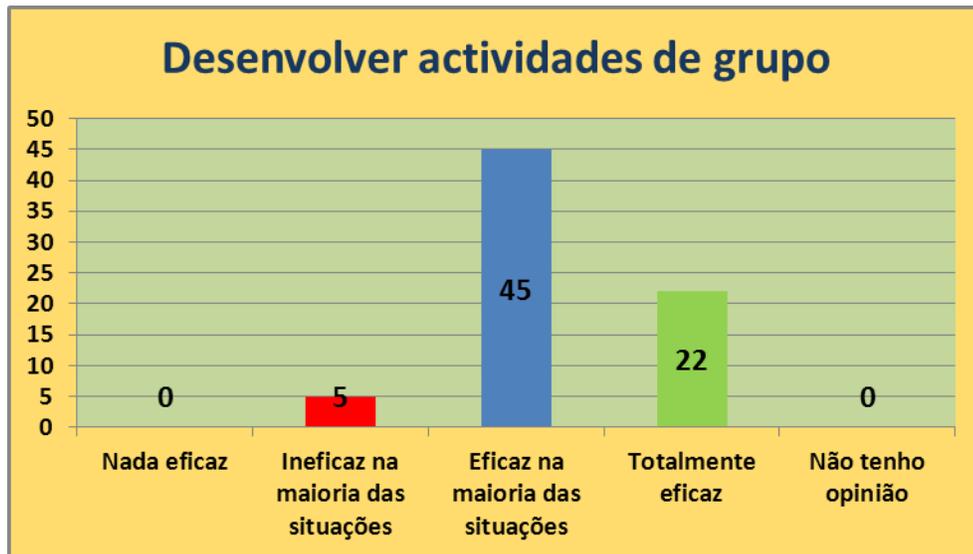
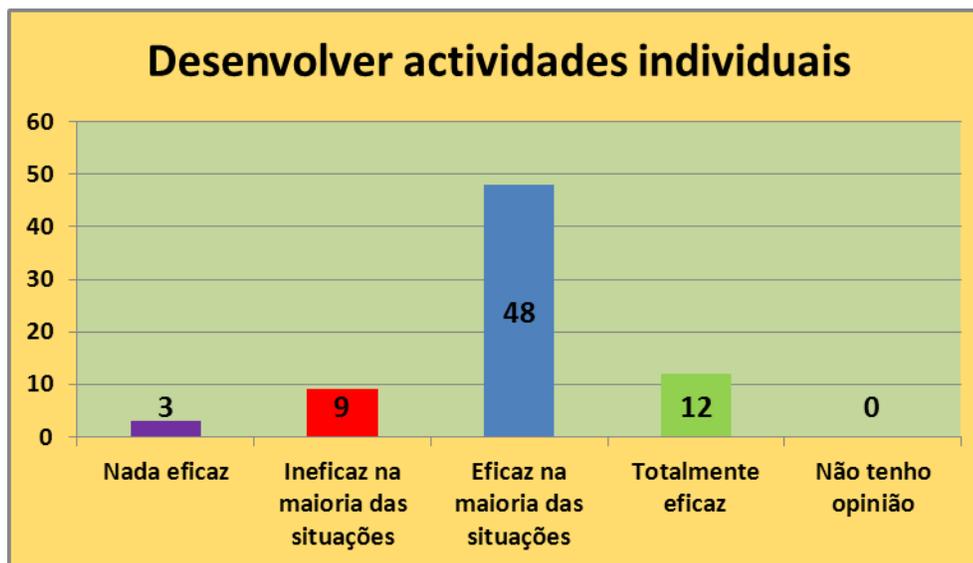


Gráfico 46 – Desenvolver actividades individuais

Tal como no grupo anterior, para fazer a análise dos resultados obtidos, organizaram-se os indicadores em dois grandes grupos, um em que se considera que as estratégias apresentadas causam efeitos positivos nos alunos com PHDA (“Eficaz na maioria das situações” e “Totalmente eficaz”) e outro em que, pelo contrário, considera que estas são ineficazes (“Ineficaz na maioria das situações” e “Totalmente ineficaz”).

Através da análise geral dos gráficos, verificamos que a maioria dos professores considera que todas estas estratégias surtem efeito positivo junto dos alunos com PHDA. De acordo com os resultados obtidos, destacam-se como medidas mais eficazes:

- Utilizar uma linguagem simples e facilitadora da auto-instrução (N=69);
- Olhar o aluno nos olhos e dar instruções claras, consistentes e curtas (N=69);
- Usar um tom de voz firme (N=69);
- Utilizar o reforço positivo (N=68);
- Desenvolver dinâmicas de grupo (N=68).

O número de professores que considera estas estratégias ineficazes é pouco significativo, comparando com a globalidade da amostra. A estratégia “Ser tolerante com o aluno” foi a que obteve o valor mais alto no que diz respeito à sua ineficácia (N=22), no entanto, importa referir que 48 docentes consideram-na como eficaz.

Verificamos também, que, embora em número reduzido e apenas em algumas das estratégias, há professores que não têm opinião.

Seguidamente apresentamos as respostas dos professores da amostra, relativamente às perguntas 8 (“Sugira duas medidas que podem ser aplicadas (ou que tenha aplicado) nas suas aulas e que considera surtirem efeito positivo junto dos alunos portadores de PHDA.”) e 9 (“De que forma é que essas medidas ajudam o aluno com PHDA?”) do inquérito por questionário.

Depois de analisadas, agruparam-se as respostas nos quadros que se seguem.

Quadro VII - Respostas dos professores face à indicação: “Sugira duas medidas que podem ser aplicadas (ou que tenha aplicado) nas suas aulas e que considera surtirem efeito positivo junto dos alunos portadores de PHDA.”

Categorias	Total
Utilizar o reforço positivo	12
Estabelecer regras de conduta	12
Estabelecer rotinas	1
Responsabilizar o aluno por determinadas tarefas	8
Atribuir um cargo de liderança	13
Sensibilizar os colegas da turma para ajudarem o aluno	3
Utilizar o aluno em demonstrações técnicas	1
Dar instruções claras e direccionadas ao aluno	5
Demonstrar atitudes firmes	6
Ser congruente	1
Promover a auto-avaliação e hetero-avaliação	2
Explicar as consequências do não cumprimento das regras	1
Direccionar mais ajuda e atenção ao aluno	2
Evitar que o aluno seja dos últimos a executar as tarefas	1
Estabelecer uma boa relação escola-família-escola	1
Desenvolver dinâmicas de grupo	3
Avaliar de modo diferenciado	2
Planificar diferenciadamente	4
Estabelecer uma relação afectiva com o aluno	3
Ser tolerante e dialogar com o aluno	2
Recompensar o aluno pelo bom desempenho	1
Propor actividades de acordo com os interesses do aluno	1
Proporcionar-lhe actividade física constante	2
Jogos colectivos	4
Atividades individuais	2

Quadro VII- Fonte: elaboração própria.

Quadro VIII - Respostas dos professores face à questão: “De que forma é que essas medidas ajudam o aluno com PHDA?”

Medidas	Total
Melhoram a auto-estima	23
Proporcionam a aquisição de regras	8
Fomentam o saber estar	2
Fazem com que o aluno se sinta apoiado	4
Aprendem a trabalhar em grupo	2
Aprendem a noção de limite	1
Promovem um ambiente facilitador de aprendizagem	2
Aumentam a capacidade de atenção / concentração	17
Permitem o auto-conhecimento do aluno	1
Promovem o espírito de equipa / cooperação	7
Promovem uma maior inclusão destes alunos	2
Promovem uma maior participação destes alunos nas aulas	2
Fomentam as relações interpessoais (socialização)	2
Tornam o aluno mais dinâmico e activo	3
Permitem o auto-controlo do aluno	6
Promovem um maior empenho nas actividades	10
Motivam o aluno	3
Ajudam o aluno a libertar energia	1
Promovem uma maior responsabilidade pelas tarefas	9
Contribuem para o sucesso educativo	2
Desenvolvem a capacidade de reflexão	3
Propiciam relações e aprendizagens mais significativas	3
Promove rotinas	1

Quadro VIII – Fonte: elaboração própria.

Capítulo 19 - Discussão dos resultados

Pretendemos neste ponto do trabalho apresentar os aspectos mais pertinentes da análise dos dados, considerando os objectivos, a questão e as hipóteses de investigação.

Antes de mais, importa relembrar, por um lado, que a amostra é constituída por um número reduzido de professores (72), pois não foram devolvidos muitos dos inquéritos distribuídos e, por outro, o questionário utilizado não foi validado para a população portuguesa. Como tal, os resultados não podem ser generalizados.

Através da análise dos dados, verificamos que 93% dos professores que constituem a amostra já trabalhou com alunos com PHDA, facto que mostra que a ocorrência destes casos nas escolas é significativa. A este respeito, Ávila e Polaino-Lorente (2004) afirmam que a incidência de PHDA “é alta na população infantil. Diversos estudos estimam que 3 a 5% das crianças com menos de 10 anos são hiperactivas.”

A opinião dos professores, no que respeita à gravidade da problemática, divide-se. Metade da amostra considera a PHDA uma perturbação ligeira, 46% considera-a grave e os restantes consideram-na muito grave.

Verificamos que os professores possuem informações sobre a problemática da PHDA e que a maioria dos seus conhecimentos vão ao encontro do quadro teórico do trabalho.

De um modo geral, conclui-se que os comportamentos mais observados pelos professores, nos alunos com PHDA, são dificuldades de atenção/concentração na realização das tarefas (83%; N=60); distraírem-se facilmente com estímulos externos (78%, N=56); demonstrarem dificuldades em escutar os outros (74%, N=53); manifestarem dificuldades em participar nas actividades de modo sossegado (71%, N=51) e serem alunos muito activos, agindo como se fossem “puxados por um motor” (61%, N=44).

No entanto, tal como podemos constatar na parte da apresentação dos resultados, existem outros comportamentos observados pelos docentes em contexto escolar: dificuldades em esperar pela sua vez; não prestarem atenção a pormenores, nem ao que se lhe diz; dificuldades na organização das tarefas; evitarem envolver-se em actividades que exijam esforço mental prolongado; cometerem erros por descuido nas actividades; dificuldades em cumprir instruções simples; apresentarem, por vezes, atitudes agressivas; intervirem fora da sua vez; falarem de mais; mostrarem dificuldades no cumprimento de instruções mais complexas; terem

esquecimentos frequentes; serem impacientes e egoístas; demonstrarem pouco ou nenhum sentido colectivo e estarem fechados sobre si próprios.

Existem várias formas de intervenção que podem ser aplicadas com os alunos com PHDA, tal como constatámos no enquadramento teórico. Os docentes questionados valorizam o “*apoio pedagógico individualizado com a participação de técnicos especializados*”; o “*treino de competências sociais*”; a “*educação centrada na firmeza, na planificação e na supervisão*” e a “*intervenção centrada na coordenação entre os diversos agentes educativos*”. Tendo em conta estes dados, podemos deduzir que os professores centraram maiores atenções nestas formas de intervenção, talvez por estarem intrinsecamente ligadas com a sua profissão. No fundo, estas estão directamente relacionadas com as estratégias que os docentes colocam em prática.

Em contrapartida, constatamos que os professores não valorizaram outras formas de intervenção, como por exemplo as que estão relacionadas com as medidas terapêuticas e farmacológicas.

Quase todos os professores (96%) consideram que a actividade física e desportiva traz contributos positivos aos alunos com PHDA, ideia esta que vai ao encontro da perspectiva de vários investigadores, tal como é o caso da autora Graça (2008) que afirma que o desporto “... *torna-se um elemento fundamental em todo o processo de inclusão dos alunos que se destacam pela diferença.*” Logo, concluímos que a actividade física e a actividade desportiva contribuem para a inclusão de alunos com PHDA.

Todas as crianças têm direito à inclusão e as portadoras de PHDA não são excepção. Inclusão é muito mais do que estarem em comum duas dezenas de crianças numa sala de aula com um professor. Assim, é necessário pensar em estratégias adequadas que vão ao encontro das necessidades destes alunos. Compreende-se que quando não são aplicadas estratégias específicas, as crianças se sintam desmotivadas, agravando o seu desempenho escolar.

Assim sendo, o desporto é importante na vida de uma criança com PHDA, uma vez que o exercício físico e motor melhoram a produção de dopamina e de outros neurotransmissores, diminuindo os sintomas desta perturbação.

A actividade física e desportiva tem muitas finalidades em comum, como se pode constatar na parte teórica desta investigação. Todas elas são benéficas para ajudar a criança com PHDA a minimizar a sua perturbação. Podemos encontrar nestas actividades uma ajuda para

“disciplinar” estas crianças, ajudá-las a integrarem-se, a desenvolverem o espírito de equipa, a entreajuda, a socialização e outras capacidades.

Verificamos também que, embora em número pouco significativo, há professores que entendem que a atividade física e desportiva é “irrelevante” (N=1) ou que esta “ajuda pouco” (N=2) os alunos com PHDA.

No enquadramento teórico do trabalho, podemos constatar, segundo vários investigadores (Garcia, Sosin, Giacomini e Giacomini), que o desporto e a actividade física contribuem de modo muito significativo na evolução corporal e psicossocial dos alunos com esta problemática. Permitem relacionar o movimento com os aspectos psíquicos e sociais.

De acordo com o Portal da Saúde (Ministério da Saúde), “a prática regular de actividade física e o desporto beneficiam, física, social e mentalmente, toda a população”, promovendo o bem-estar psicológico, reduzindo o stress e a ansiedade. Destaca-se por ser um recurso significativo, devido aos seus conteúdos pedagógicos, físicos e sociais, propiciando uma aprendizagem espontânea e natural.

Os autores referem inúmeras vantagens da actividade física e desportiva nos alunos com PHDA: aumenta a capacidade de atenção/ concentração, melhora a auto-estima, permite o relaxamento, aumenta o controlo corporal, estimula o sentido crítico, a criatividade e a curiosidade, permite descarregar energias, facilita a adaptação às tarefas que se apresentam na escola, melhora a auto-estima e diminui os problemas sociais, pois desenvolve a sociabilização nestes alunos.

Confrontando as ideias defendidas pelos diversos autores com os dados obtidos na análise estatística dos questionários, verificamos que os professores da amostra, em contexto escolar, constataam estes e outros benefícios. Consideram que a actividade física e desportiva trabalha também a aquisição de regras, a entreajuda, o espírito de equipa, a socialização, a integração do aluno, o desenvolvimento de estratégias, a resolução de problemas e também ajuda a criança a ter noção de limite. Os docentes consideram ainda que estas actividades propiciam o desenvolvimento motor e outras capacidades, nomeadamente a de observação. O desenvolvimento destas capacidades contribui para melhorar o aproveitamento escolar dos alunos com PHDA.

Perante todas as vantagens da actividade física e desportiva nestes alunos, o trabalho desenvolvido pelos professores de Educação Física é muito importante, pois através das

actividades lúdico-desportivas podem propiciar o desenvolvimento de capacidades benéficas para outras áreas de ensino do contexto escolar.

Os professores de Educação Física devem identificar “*pontos fortes, necessidades e comportamentos problemáticos, em cada criança, para que em seguida possam trabalhar com ela a fim de se desenvolver boas estratégias de aprendizagem*” (Giacomini e Giacomini, 2006). Devem, por isso, procurar identificar em cada aluno as áreas de distúrbio de aprendizagem e desenvolver estratégias que permitam a superação das dificuldades.

A maioria dos professores da amostra considera que existem várias estratégias eficazes que podem ser usadas com os alunos com PHDA nas suas aulas: utilizar uma linguagem simples e facilitadora da auto-instrução; olhar o aluno nos olhos e dar instruções claras, consistentes e curtas; variar o tom de voz durante a aula; usar um tom de voz firme; estabelecer hábitos regulares no desenvolvimento das aulas; estabelecer as regras de conduta a ter presentes; explicar as consequências do não cumprimento das regras; servir de exemplo/ modelo nas atitudes ao aluno; utilizar o reforço positivo; demonstrar uma atitude positiva quando se fala com o aluno; reforçar a auto-estima da criança; desenvolver dinâmicas de grupo; ser tolerante com o aluno; dialogar com a criança; ser firme e congruente; planificar diferenciadamente; avaliar de modo diferenciado; desenvolver actividades de grupo e individuais; atribuir responsabilidades e cargos de liderança ao aluno; sensibilizar os colegas da turma para ajudarem o aluno; promover a auto e hetero-avaliação; estabelecer rotinas; direccionar maior ajuda e atenção à criança; desenvolver dinâmicas de grupo e estabelecer relações afectivas com o aluno.

Seguidamente, apresentamos um quadro onde fazemos um paralelismo entre os comportamentos mais evidentes nos alunos com PHDA e as estratégias referidas pelos professores da amostra.

Quadro IX - Paralelismo entre os comportamentos mais evidentes nos alunos com PHDA e as estratégias referidas pelos professores da amostra.

Comportamentos mais evidentes nos alunos com PHDA	Estratégias
- Manifestam dificuldade em cumprir instruções simples e complexas	- Utilizar uma linguagem simples - Olhar o aluno nos olhos - Dar instruções claras, consistentes e curtas
- Por vezes, cometem erros por descuido nas actividades	- Estabelecer hábitos regulares no desenvolvimento das aulas/ rotinas
- Baixa auto-estima	- Reforço positivo - Demonstrar uma atitude positiva quando se fala com o aluno - Estabelecer uma relação afectiva com o aluno
- Normalmente têm dificuldade em participar nas actividades de modo sossegado - Por norma, demonstram dificuldades em escutar os outros - Por vezes, mostram atitudes agressivas - São frequentemente alunos muito activos, agindo como se fossem “puxados por um motor” - Falam de mais - Distraem-se facilmente com estímulos externos - Têm dificuldade em esperar pela sua vez de falar - Respondem, frequentemente, antes da pergunta terminar	- Dialogar com a criança - Promover a auto e a hetero-avaliação - Usar um tom de voz firme - Estabelecer regras de conduta nas aulas e explicar as consequências do não cumprimento - Ser tolerante - Ser firme e congruente - Direcionar maior atenção ao aluno - Recompensar o aluno pelo bom desempenho - Demonstrar uma atitude positiva quando se fala com o aluno - Servir de modelo nas atitudes ao aluno
- Têm esquecimentos frequentes - Manifestam dificuldades de atenção e concentração - Na maioria das vezes, não prestam atenção a pormenores - Evitam envolver-se em tarefas que exijam esforço mental prolongado - Muitas vezes, parecem não prestar atenção ao que se lhe está a dizer	- Promover rotinas - Usar o aluno para fazer demonstrações técnicas - Atribuir-lhe cargos de liderança e responsabilidades - Variar o tom de voz durante a aula - Usar um tom de voz firme
- Manifestam dificuldades na organização das tarefas	- Servir de exemplo - Desenvolver dinâmicas de grupo - Promover actividades colectivas - Planificar/ avaliar diferenciadamente - Atribuir tarefas - Sensibilizar os colegas para ajudarem o aluno - Direcionar maior ajuda ao aluno - Utilizar uma linguagem facilitadora da auto-instrução
- Estabelecer uma boa relação com o aluno e a família.	

Quadro IX – Fonte: elaboração própria

De acordo com as suas experiências profissionais, os professores da amostra consideram como estratégias mais eficazes nestes casos: utilizar uma linguagem simples e facilitadora da auto-instrução (N=69; 96%); olhar o aluno nos olhos e dar instruções claras, consistentes e curtas (N=69; 96%); usar um tom de voz firme (N=69; 96%); utilizar o reforço positivo (N=68; 94%) e desenvolver dinâmicas de grupo (N=68; 94%). Na questão de resposta aberta os docentes referiram ainda, em maior número, as seguintes estratégias: atribuir cargos de liderança aos alunos com PHDA e estabelecer regras de conduta.

Podemos, desta forma, concluir que estes dados respondem à nossa questão de investigação, na medida em que foi possível identificar um conjunto de estratégias adequadas, segundo a perspectiva dos professores da amostra, na intervenção com alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

Os professores consideram que são várias as áreas que beneficiam com a implementação destas estratégias, não obstante, os professores atribuíram maior ênfase ao facto de estas medidas contribuírem para melhorarem a auto-estima, aumentarem a capacidade de atenção/concentração, promoverem um maior empenho nas actividades, proporcionarem a aquisição de regras, promoverem o espírito de equipa/ cooperação, permitirem o auto-controlo do aluno e promoverem maior responsabilidade pelas tarefas.

Com esta reflexão, concluímos que as hipóteses de investigação se verificaram, uma vez que os professores da amostra apresentam preferência comum por algumas estratégias de intervenção em alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e consideram que estas crianças beneficiam mais com a participação em actividades físicas e desportivas quando desenvolvidas com recurso a estratégias específicas.

Estabelecendo um paralelismo entre o quadro teórico do trabalho e o estudo empírico que foi desenvolvido, podemos concluir que a aplicação de estratégias específicas, nas aulas de Educação Física, contribuem de forma directa ou indirecta para desenvolverem várias capacidades que promovem o saber estar, melhoram o aproveitamento escolar do aluno com PHDA e atenuam algumas características da problemática.

Capítulo 20 - Limitações do estudo

A concretização deste trabalho levantou-nos algumas dificuldades. Como limitações deste estudo podemos, por um lado, apontar a falta de disponibilidade dos professores para responder ao inquérito por questionário e o facto deste não se encontrar validado para a população portuguesa. Assim sendo, os resultados desta investigação não podem ser generalizados.

Por outro, colocamos a possibilidade das respostas apresentadas pelos docentes poderem não ser 100% honestas, devido ao desconhecimento que estes possam ter sobre a PHDA ou à falta de experiência profissional com este tipo de alunos.

Os custos acarretados num trabalho desta natureza podem também, no nosso entender, serem considerados uma limitação, assim como o curto período de tempo para a realização deste estudo.

Conclusões

A concretização deste trabalho possibilitou-nos um maior entendimento sobre a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e perceber o contributo da actividade física e desportiva neste distúrbio.

O aluno com PHDA demonstra, entre outros comportamentos, actividade excessiva, agitação constante, dificuldades de interacção, embaraço motor e, na maioria dos casos, dificuldades de aprendizagem e exclusão.

Estes alunos despertam, muitas vezes, inquietação junto dos professores e dos familiares, pois nem sempre é fácil lidar com os seus comportamentos. São crianças que, normalmente, requerem uma maior atenção e diferenciação de estratégias.

Assim sendo, cabe aos professores proporcionarem contextos educativos adequados que promovam o seu desenvolvimento global, em parceria com os familiares, técnicos, psicólogos e médicos.

A Educação Inclusiva depende muito do trabalho que o professor desenvolve. Não são só os alunos que se têm que adaptar à Escola. Esta também tem a obrigação de ir ao encontro das suas necessidades e integrá-los. Assim, cabe ao professor aceitar o desafio de encontrar novos caminhos para ajudar estas crianças.

Verificámos que a actividade física e desportiva pode ajudar estes alunos, uma vez que contribuem para o desenvolvimento físico, social e mental de cada um. Assim, os professores de Educação Física poderão, através da sua prática educativa, dar um contributo importante na formação integral dos alunos com PHDA.

Com este estudo, verificámos que, de um modo geral, os professores da amostra possuem conhecimentos sobre esta perturbação e que a maioria deles já trabalhou com alunos portadores desta síndrome.

Os resultados do estudo permitiram-nos cumprir os objectivos definidos e responder à pergunta de partida. Verificámos que estes professores estão conscientes dos benefícios que a actividade física e desportiva proporciona a estes alunos e que a escolha das estratégias a utilizar é fulcral para o seu desenvolvimento.

As hipóteses desta investigação confirmaram-se. Os professores da amostra apresentam preferência comum por algumas estratégias de intervenção em alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e consideram que estes beneficiam mais com a participação em actividades físicas e desportivas quando desenvolvidas com recurso a estratégias específicas.

Verificámos que são várias as estratégias que podem ser aplicadas na intervenção com estes alunos e que são diversas as áreas que beneficiam com estas medidas. A utilização de estratégias adequadas trabalha, entre outras capacidades, a aquisição de regras, a entreaajuda, o espírito de equipa, a socialização, a integração, o desenvolvimento de estratégias, a resolução de problemas, a noção de limite, a capacidade de atenção/ concentração, a auto-estima, o relaxamento, o controlo corporal, o sentido crítico, a criatividade, a curiosidade, a libertação de energias e a adaptação às tarefas que se apresentam ao aluno na escola.

Concluimos, assim, que a actividade física e desportiva é extremamente importante no desenvolvimento psicossocial dos alunos com PHDA e que os docentes, que constituem a amostra, estão conscientes das estratégias mais adequadas a ter na intervenção com estes alunos.

Linhas futuras de investigação

Concluída esta investigação, pensamos que haverá outros aspectos pertinentes a serem estudados.

Assim, perante o facto desta amostra ter sido constituída por um número reduzido de professores e, como tal, não se poderem generalizar os resultados, pensamos que seria pertinente aumentar a amostra desta investigação.

Consideramos também que seria interessante desenvolver um estudo junto dos pais das crianças com PHDA, no sentido de descobrir os seus entendimentos face à problemática e os seus pontos de vista relativamente ao trabalho que é desenvolvido com os seus educandos no sistema educativo.

Seria igualmente pertinente desenvolver um estudo de caso com um aluno portador da PHDA, no sentido de procurar verificar a relação existente entre os seus distúrbios e os benefícios de uma modalidade desportiva, quando praticada com regularidade.

Bibliografia

Abc da saúde (2009). *Exercícios Globais X Esportes*. In <http://www.abcdasaude.com.br>. Acedido em 10 de Dezembro de 2009 em <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?738>.

Almeida, M. S. R. (2007). *A Escola Inclusiva do Século XXI: as crianças podem esperar tanto tempo?*. In <http://www.psicologia.pt>. Acedido em 6 de Janeiro de 2010 em http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0115.

Amado, J. (2000). *A técnica de análise de conteúdo*. Revista Referência, nº5.

Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos*, Verso da kapa, 3ª edição. Lisboa.

Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ADHA (1999). *O que é o TDAH*. In <http://www.tdah.org.br>. Acedido em 10 de Novembro de 2009 em <http://www.tdah.org.br/oque01.php>.

Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva (2004). *Sugestões para lidar nas aulas com HIPER-ACTIVOS ou crianças que sofrem de “Attention Deficit Disorder (ADD)”*. In <http://ddah.no.sapo.pt/>. Acedido em 10 de Novembro de 2009 em <http://ddah.no.sapo.pt/doc05.pdf>.

Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva (2008). *Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva – APCH – Professores*. In <http://www.apdch.net/>. Acedido em 10 de Novembro de 2009 em <http://www.apdch.net/hiperactividade.html>.

Bautista, R. (1997) *Necessidades Educativas Especiais*, Dina Livro, 1ª edição. Lisboa.

Botelho, P., Marques, A. e Nunes, M (2003). *Estereótipos femininos e masculinos de jogos do recreio escolar: estudo em crianças de diferentes contextos culturais*, Universidade do Porto FCDEF. Porto.

Canário, R. (2005). *O que é a Escola? Um “olhar” sociológico*. Colecção Ciência da Educação Século XXI, Porto Editora, Porto.

Capucha, L. (2008). *Educação especial - Manual de Apoio à Prática*, Mem Martins, Editorial do Ministério da Educação.

Carita, A & Fernandes, G. (2002). *Indisciplina na sala de aula*. Editora Presença, 3ª edição. Lisboa.

Carvalho, A. M. (1987). *Desporto Escolar – Inovação pedagógica e nova escola*, Caminho. Lisboa.

Ceia, C. (2006). *Normas para apresentação de trabalhos científicos*. Editora Presença, 6ª edição. Lisboa.

Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder - CHADD (2009). *CHADD - En Español*. In <http://www.chadd.org>. Acedido em 21 de Novembro de 2009 em http://www.chadd.org/AM/Template.cfm?Section=Especialmente_For_Espanol.

Coelho, O. (1985). *Opção desporto*. Caminho, 3ª edição, Lisboa.

Conceito.de (2011). *Conceito de desporto*. In <http://conceito.de>. Acedido em 16 de Fevereiro de 2012 em <http://conceito.de/desporto>.

Correia, L. M. & Serrano, A. M. (1998). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce*, Porto Editora. Porto.

Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais: nas classes regulares*. Porto Editora. Porto.

Correia, L. M. (2003) *Educação Especial e Inclusão*, Porto Editora. Porto.

Cruz, M. (2009), *Hiperactividade – Técnicas de modificação de comportamento – Estudo de Caso*, trabalho de investigação para Pós-graduação em Educação Especial.

Declaração de Salamanca sobre princípios, política e prática na área das Necessidades Educativas Especiais. (1994). Salamanca.

Decreto-Lei n.º 241/2001, de 30 de Agosto, Diário da República — I Série — A Nº 201 — 30 de Agosto de 2001.

Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, Diário da República, 1.ª série — N.º 4 — 7 de Janeiro de 2008.

Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade (DDAH) (s/d). *Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade*. In <http://ddah.planetaclix.pt>. Acedido em 10 de Novembro de 2009 em http://ddah.planetaclix.pt/como_identificar_as_ddah.htm.

Despacho n.º 14460/2008 (Ministério da Educação) Diário da República, 2.ª série — N.º 100 — 26 de Maio de 2008.

Desporto & Saúde (2009). *Diferenças entre Actividade Física e Desporto* [texto colocado no blog desportoesaude2010.blogspot.pt] enviado para <http://desportoesaude2010.blogspot.pt/2009/12/diferencas-entre-actividade-fisica-e.html>. Acedido em 5 de Abril de 2012.

Dicionário de Língua Portuguesa. (2009). Porto Editora. Porto.

Dicionário Enciclopédico de Psicologia. (2008). Edições texto e grafia. Lisboa.

DSM-IV TR – *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* (American Psychiatric Association). (1994). Artmed. Porto Alegre.

Educação e diversidade (2007). *Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade – DDAH* [texto colocado no blog <http://joaopereira05.blogspot.pt>] enviado para <http://joaopereira05.blogspot.com/2007/09/desordem-por-dfice-de-ateno-com.html>. Acedido em 10 de Dezembro de 2009.

Estratégias Educativas Pára & Escuta PHDA - Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (s/d). *Estratégias Educativas*. In <http://stopescuta.wordpress.com>. Acedido em 16 de Fevereiro de 2012 em <http://stopescuta.wordpress.com/para-quem/profissionais/estrategias-educativas/>.

Estrela, M. (2002). *Relação pedagógica, disciplina e indisciplina na aula*. 4ª Edição, Porto Editora. Porto.

Falardean, G. (1999). *As crianças hiperactivas*. Edições Cetop, Lisboa.

Faria, A. C., Sobral, F., Constantino, J. M., Sardinha, L. B. & Carvalho, M. J. (2006). *Desporto Português*. Livros horizonte. Lisboa.

Ferran, P., Matiet, F. & Porcher, L. (1979). *Na Escola do jogo*. Editorial Estampa. Lisboa.

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

Garcia, L. M. (1999). *Inclusão e N. E. E*. Porto Editora. Porto.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras. Celta Editora.

Giacomini, M. C. C. e Giacomini, O. (2006). *Transtorno do déficit de atenção/hiperactividade e educação física*. In *www.efdeportes.com*. Acedido em 16 de Março de 2012 em <http://www.efdeportes.com/efd99/tdah.htm>

Graça, J. (2008). *Desporto adaptado em meio Escolar*. Seminário Desporto Adaptado: Captação e treino, Cascais.

Grácio, J. *Como lidar com o comportamento da criança hiperactiva?*, [brochura]. (s/d). Batalha. Psicólogo Clínico Variante Cognitivo-Comportamental.

Infância e adolescência (2004). *Déficit de Atenção*. In <http://virtualpsy.locaweb.com.br>. Acedido em 10 de Dezembro de 2009 em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=19&art=54>.

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

Leite, J. (2005). *A Actividade Física e o Desenvolvimento Psicomotor de um indivíduo com Síndrome de Down em regime Inclusivo – Estudo de caso de uma aluna com Síndrome de Down, incluída na Escola Regular*. Dissertação de licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto.

Lima, M. & Cavalcanti, R. *A criança hiperactiva: o olhar da inclusão*, Revista Saber Educar, caderno de estudo 14, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.

Lopes, A. J. (2004). *A Hiperactividade*. Nova era, Quarteto. Coimbra.

Lopes, J. A. L. & Rutherford R. (1993), *Problemas de Comportamento na sala de aula: identificação, avaliação e modificação*, Porto editora. Porto.

Lopes, J. A. L. (1998). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em Contexto Sala de Aula*. Instituto de Educação e Psicologia, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Braga.

Lopes, L., Lopes, V. & Pereira, B. (2006). *Actividade física no recreio escolar: estudo de intervenção em crianças dos seis aos 12 anos*. Universidade do Minho. Bragança.

Lorente-Polaino, A. & Ávila, C. (2004). *Como viver com uma criança hiperactiva. Comportamento diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Edições Asa. Porto.

Malhatlantica (s/d). *Estratégias de Aprendizagem para alunos problemáticos*, <http://www.malhatlantica.pt/ecae-cm/aprendizagem3.htm>. Acedido em 10 de Janeiro de 2012 em [malhatlantica.pt/](http://www.malhatlantica.pt/)

Maria, A. & Nunes, M. M. (2006), *Actividade física e desportiva no 1º Ciclo do Ensino Básico*, Associação Nacional de Municípios Portugueses; Lisboa.

Maria, A. & Nunes M. M. (2007). *Actividade Física e Desportiva 1º ciclo do ensino básico Orientações programáticas*. Ministério da Educação. Lisboa.

Martin, S. (2006). *alongamentos*. Editora civilização. Porto.

Miranda, B. (2008, 30 de Junho) *Método Quantitativo versus Método Qualitativo* [texto colocado no blog adrodomus.blogspot.pt], enviado para o blog <http://adrodomus.blogspot.pt/2008/06/mtodo-quantitativo-versus-mtodo.html>. Acedido em 24 de Fevereiro de 2012

Moreira, P. (2008). *Stop! Disciplina e autocontrolo*. Porto Editora. Porto.

Mota, J. & Appell, H. J. (1995). *Educação da Saúde – Aulas suplementares de Educação Física*. Livros horizonte. Lisboa.

Mota, J. (1997). *Actividade física no lazer – reflexões sobre a sua prática*. Livros horizonte. Lisboa.

Mota, J., Lopes, V. & Maia, J. (2000). *Aptidões e habilidades motoras – uma visão de desenvolvimento*. Livros horizonte. Lisboa.

Organização Curricular e Programas Ensino Básico - 1.º Ciclo. (2004). Departamento da Educação Básica, 4.ª Edição, Mem Martins.

Parker, H. C. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade. Um guia para pais, educadores e professores*. Porto Editora, Porto.

Pastura, G. M. C., Mattos, P. & Araújo, A. P. Q. C. (s/d). *Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade*. In Revista de Psiquiatria Clínica <http://www.hcnet.usp.br>. Acedido em 10 de Janeiro de 2010 em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n6/324.html>.

Pennington, B. F. (1997) “*Diagnóstico de Distúrbios de Aprendizagem*” Pioneira Psicologia. São Paulo.

Portal da saúde (2007). *Benefícios da actividade física. A actividade física é um meio de prevenção de doenças e uma das melhores formas de promover a saúde de uma população*. In <http://www.min-saude.pt>. Acedido em 24 de Março de 2012 em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/actividade+fisica/beneficios+actividade.htm>.

Priberam (2010). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. In <http://www.priberam.pt>. Acedido em 8 de Janeiro de 2010 em <http://www.priberam.pt/DLPO/>.

Relação pedagógica, disciplina e indisciplina na sala de aula (2009). *Relação pedagógica, disciplina e indisciplina na sala de aula*. In <http://pt.shvoong.com/social-sciences/education>. Acedido em 8 de Janeiro de 2010 em <http://pt.shvoong.com/social-sciences/education/1870756-rela%C3%A7%C3%A3o-pedag%C3%B3gica-disciplina-indisciplina-na/>.

Rodrigues, A. N. (2005). *Hiperactividade e Défice de Atenção, Compreender e intervir na Escola e na Família*. Cadin. Cascais.

Rohde. L. A. P. e Benczik. E. B. P. (1999). *Atenção Hiperactividade O que é? Como ajudar?*. Artmed Editora. Porto Alegre.

Salgueiro, E. (1996), *Crianças Irrequietas*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

Schweizer, C. & Prekop, J. (1997), *Crianças Hiperactivas*, Biblioteca dos Pais, Âmbar. Porto.

Silva, A. (2009). *Síndrome de Rett e Actividade Física: Estudo de Caso. Proposta de Intervenção no Âmbito Sensório-Motor*. Porto: A. Silva. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Silva, G. C. (2010) *O método científico na Psicologia: Abordagem qualitativa e quantitativa*. In <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0539.pdf>. Acedido em 30 de Abril de 2012 em www.psicologia.pt.

Silva, I. A. (2008). *E-learning corporativo: modalidade multimétodo de uma avaliação de cursos de capacitação á distância*. Universidade Federal da Paraíba.

Silva, M. A. (2000). *Reabilitação, Educação Especial e Actividade Física*. Actas: A Recreação e Lazer da População com Necessidades Especiais. (pp.42). Porto: FCDEF-UP.

Smith, P., Cowie, H. & Blades, M.(1998). *Compreender o desenvolvimento da criança*. Instituto Piaget, Coleção Horizontes pedagógicos, Lisboa.

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

Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso: planeamento e métodos*. Tradução de Daniel Grassi. 3ª ed. Bookman. Porto Alegre.

Apêndice

Anexos

Anexo I

Anexo II

Anexo III

Anexo IV