



PERCEBER A
PHDA



Guia para Pais

Este guia tem caráter exclusivamente informativo e não substitui avaliação, diagnóstico ou intervenção realizada por profissionais qualificados. Toda a informação aqui apresentada deve ser analisada e contextualizada por técnicos especializados. A autora não é docente, psicóloga nem médica, sendo apenas uma mãe e criadora de conteúdos de sensibilização sobre a PHDA.

Índice

- **O que é a PHDA?**
- **Apresentações e Sintomas da PHDA**
- **Causas e Fatores de Risco da PHDA**
- **Como é feito o diagnóstico de PHDA?**
- **Tratamento da PHDA**
- **Estratégias Práticas para Casa**
- **Autoestima e Impacto Emocional da PHDA**
- **PHDA na Adolescência**
- **Legislação Portuguesa e PHDA**
- **Mensagem Final**
- **Referências**

O que é a PHDA?

Definição clínica segundo o DSM-5-TR

A PHDA (Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção) é classificada no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) como uma perturbação do neurodesenvolvimento (American Psychiatric Association, 2022).

Caracteriza-se por um padrão persistente de:

- Desatenção e/ou
- Hiperatividade-impulsividade

que:

- Está presente há pelo menos 6 meses
- É inadequado para o nível de desenvolvimento da criança
- Surge antes dos 12 anos
- Está presente em dois ou mais contextos (ex.: casa e escola)
- Compromete o funcionamento académico, social ou familiar

Não se trata de uma fase, nem de “falta de limites”. Trata-se de uma condição clínica reconhecida internacionalmente.

Perturbação do neurodesenvolvimento

A PHDA é considerada uma perturbação do neurodesenvolvimento porque:

- Tem origem no desenvolvimento do cérebro
- Manifesta-se desde a infância
- Acompanha frequentemente a pessoa ao longo da vida

Isto significa que o cérebro da criança com PHDA:

- Desenvolve-se de forma diferente em algumas áreas
- Processa estímulos e regula comportamentos de forma distinta
- Tem maior dificuldade em autorregular-se

**Não é um problema de inteligência.
Não é falta de esforço.
É uma diferença na forma como o cérebro funciona.**

Base neurobiológica

A investigação científica mostra alterações funcionais em áreas como o córtex pré-frontal, circuitos frontoestriatais e sistemas dopaminérgicos, responsáveis pela regulação do comportamento e da atenção (Faraone et al., 2021).

O modelo de autorregulação de Barkley destaca que a principal dificuldade na PHDA é a inibição comportamental, que impacta todas as funções executivas (Barkley, 2015).

Funções executivas envolvidas

As funções executivas são competências mentais que nos permitem:

- Parar antes de agir
- Pensar nas consequências
- Planejar tarefas
- Gerir o tempo
- Controlar emoções
- Manter informação na memória de trabalho

Na PHDA, podem existir dificuldades em:

Inibição

Memória de trabalho

Planeamento e organização

Flexibilidade cognitiva

Autorregulação emocional

Por isso, muitas vezes a criança:

- Sabe o que deve fazer... mas não consegue fazer no momento certo
- Aprende regras... mas não consegue aplicá-las sempre
- Arrepende-se depois de agir impulsivamente

Mitos comuns sobre a PHDA

“É falta de educação.”

A PHDA é uma condição clínica reconhecida cientificamente.

“É culpa dos pais.”

A evidência aponta para forte componente genética e neurobiológica.

“Se se esforçasse mais, conseguia.”

O esforço isolado não corrige dificuldades de autorregulação.

“Vai passar com a idade.”

Pode melhorar com intervenção adequada, mas não desaparece simplesmente.

“Só existe se houver hiperatividade.”

Existe também apresentação predominantemente desatenta – muitas vezes silenciosa e subdiagnosticada.

A PHDA não define o seu filho.

Ela explica comportamentos.

Ajuda a compreender dificuldades.

Permite intervir com estratégia.

Com apoio adequado, estrutura e compreensão, crianças com PHDA podem desenvolver:

- **Autonomia**
- **Competências emocionais**
- **Sucesso académico**
- **Confiança**

Apresentações e Sintomas da PHDA

Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), a PHDA pode manifestar-se de três formas clínicas (apresentações).

1. Apresentação Predominantemente Desatenta

Mais silenciosa. Muitas vezes subdiagnosticada – especialmente em meninas.

Sintomas principais:

- Dificuldade em manter atenção em tarefas
- Parece não ouvir quando se fala diretamente
- Erros por descuido
- Dificuldade em organizar tarefas
- Evita tarefas que exigem esforço mental prolongado
- Perde objetos com frequência
- Distrai-se facilmente
- Esquece compromissos ou instruções

No dia a dia:

Começa trabalhos mas não termina

Esquece material escolar

Parece “no mundo da lua”

Precisa que as instruções sejam repetidas várias vezes

Muitas vezes é confundida com:

- Falta de interesse
- Timidez
- Desmotivação
- Ansiedade

2. Apresentação Predominantemente Hiperativa-Impulsiva

Mais visível, principalmente em idades pré-escolares.

Sintomas principais:

- Agitação constante
- Levanta-se quando deveria estar sentado
- Corre ou sobe em situações inadequadas
- Fala excessivamente
- Interrompe os outros
- Responde antes da pergunta terminar
- Dificuldade em esperar pela sua vez

No dia a dia:

Parece “ligado a um motor”

Tem dificuldade em brincar calmamente

Interrompe conversas

Age antes de pensar

Pode ser interpretada como:

- Mal-educado
- Desafiador
- “Sem limites”

3. Apresentação Combinada

A mais frequente.

Inclui critérios de:

- Desatenção
- Hiperatividade/impulsividade

A maioria das crianças diagnosticadas apresenta esta combinação.

Diferença entre comportamento típico e PHDA

Todas as crianças:

- São distraídas às vezes
- São impulsivas em algumas situações
- Têm dificuldade em esperar

O que distingue a PHDA é:

Frequência

Intensidade

Persistência

Impacto funcional

O comportamento:

- Ocorre na maioria dos dias
- É desproporcional à idade
- Afeta escola, casa e relações sociais

Sinais de alerta por faixa etária

3–5 anos

- Agitação extrema comparada com pares
- Dificuldade significativa em esperar
- Impulsividade marcada
- Pouca capacidade de brincar de forma estruturada

(Importante: diagnóstico formal nesta idade exige avaliação muito cuidadosa.)

6–10 anos

- Dificuldades acadêmicas persistentes
- Esquecimentos frequentes
- Conflitos sociais por impulsividade
- Baixa tolerância à frustração

Adolescência

- Desorganização severa
- Procrastinação intensa

- Problemas de gestão do tempo
- Impulsividade verbal ou comportamental
- Dificuldades emocionais associadas

Regulação emocional

Embora não esteja nos critérios centrais do DSM-5-TR, a investigação mostra que muitas crianças com PHDA apresentam:

- Explosões emocionais intensas
- Dificuldade em recuperar após frustração
- Reatividade elevada
- Sensibilidade à crítica

O modelo de auto-regulação de Russell Barkley reforça que a dificuldade principal é a regulação comportamental e emocional — não apenas a atenção.

A PHDA:

- **Não é preguiça**
- **Não é manipulação**
- **Não é falha parental**

É uma condição neurobiológica que exige:

- **Estrutura**
- **Estratégia**
- **Consistência**
- **Compreensão**

E, acima de tudo, exige que a criança seja vista para além do comportamento.

Causas e Fatores de Risco da PHDA

Uma das perguntas mais frequentes dos pais é:
“Mas afinal... o que causa a PHDA?”

A resposta é clara na literatura científica:

A PHDA tem origem multifatorial, com forte componente genética e neurológica.

Não existe uma causa única (Faraone et al., 2021).

1. Genética e Hereditariedade

A PHDA é uma das perturbações do neurodesenvolvimento com maior hereditariedade.

Estudos indicam que:

- A hereditariedade ronda 70–80% (Faraone et al., 2021)
- É comum existir história familiar
- Pais ou irmãos podem ter diagnóstico ou traços semelhantes

Muitos pais só percebem os seus próprios traços após o diagnóstico do filho.

**Isto não significa culpa.
Significa predisposição biológica.**

2. Base Neurobiológica

A investigação com neuroimagem mostra diferenças funcionais em áreas como:

- Córtex pré-frontal
- Gânglios da base
- Circuitos dopaminérgicos

Estas áreas estão envolvidas em:

- Inibição comportamental
- Planeamento
- Memória de trabalho
- Regulação emocional

O modelo de autorregulação descrito por Russell Barkley reforça que a dificuldade central é a inibição e o controlo executivo – não a inteligência nem a motivação.

3. Fatores Ambientais de Risco

Embora a genética seja predominante, alguns fatores podem aumentar o risco:

Exposição pré-natal a álcool ou tabaco

Prematuridade

Baixo peso ao nascer

Complicações perinatais

Exposição a toxinas ambientais

Importante: estes fatores não “causam” isoladamente PHDA.

Podem apenas aumentar vulnerabilidade em cérebros predispostos.

O que não causa a PHDA

Existe muita desinformação. Vamos clarificar:

Falta de limites

“Má educação”

Uso de tecnologia

Excesso de açúcar

Pais permissivos

Trauma isolado

Estes fatores podem influenciar comportamento – mas não são a causa da PHDA.

E o açúcar?

O mito do açúcar é persistente.

A evidência científica mostra que:

- O açúcar não causa PHDA
- Pode aumentar agitação momentânea em qualquer criança
- O efeito é transitório

Confundir excitação pontual com perturbação do neurodesenvolvimento é um erro comum.

Ecrãs e tecnologia

O uso excessivo de ecrãs pode:

- Agravar desatenção
- Reduzir tolerância à frustração
- Diminuir qualidade do sono

Mas não é causa primária de PHDA.

Pode, sim, amplificar dificuldades já existentes.

Isto significa que:

- **Não é culpa sua.**
- **Não é falha na educação.**
- **Não é falta de amor ou estrutura.**

Mas também significa que:

Estrutura ajuda
Rotina ajuda
Intervenção ajuda
Informação protege

A genética pode predispor.
O ambiente pode apoiar ou dificultar.
Mas a intervenção adequada faz diferença real no percurso da criança.

Como é feito o Diagnóstico de PHDA?

O diagnóstico da PHDA é clínico.

Não existe uma análise ao sangue.

Não existe um exame único que confirme o diagnóstico.

Ele baseia-se em critérios clínicos definidos no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR).

Quem pode diagnosticar?

O diagnóstico deve ser realizado por profissionais habilitados, como:

- **Psiquiatra** (adultos)
- **Pedopsiquiatra** ou **pediatra do desenvolvimento** (crianças)

Idealmente, a avaliação deve ser **multidisciplinar**, envolvendo a **Psicologia/Neuropsicologia**.

O que inclui uma avaliação completa?

Uma avaliação adequada envolve:

1. Entrevista clínica detalhada

- História do desenvolvimento
- Gravidez e parto

- Marcos do desenvolvimento
- Funcionamento em casa e na escola
- História familiar

2. Questionários padronizados

Podem ser aplicadas escalas preenchidas por:

- Pais
- Professores

Exemplo: Escala de Conners

Estas ferramentas não diagnosticam sozinhas - ajudam a estruturar informação.

3 . Avaliação psicológica

Pode incluir:

- Avaliação cognitiva
- Funções executivas
- Atenção sustentada
- Memória de trabalho
- Perfil emocional

Importante:

A PHDA não implica baixa inteligência.

Muitas crianças apresentam inteligência média ou acima da média.

4. Avaliação do impacto funcional

Para existir diagnóstico, os sintomas devem:

Estão presentes em pelo menos dois contextos

Interferir de forma significativa no funcionamento académico, social ou familiar

Sem impacto funcional, não há diagnóstico clínico.

Diagnóstico diferencial

Vários quadros podem simular sintomas de PHDA:

- Ansiedade
- Perturbações do sono
- Dificuldades específicas de aprendizagem
- Depressão
- Trauma
- Altas capacidades com desmotivação

Por isso, é essencial uma avaliação cuidadosa.

Comorbilidades

É frequente a PHDA coexistir com:

- Perturbação de oposição
- Ansiedade
- Dificuldades de aprendizagem
- Perturbações do sono
- Perturbações do humor

Identificar comorbilidades é essencial para intervenção adequada.

Um diagnóstico:

- **Não rotula a criança**
- **Não limita o seu potencial**
- **Não define o seu futuro**

Ele serve para:

Compreender
Ajustar estratégias
Garantir apoios
Reduzir culpa
Proteger autoestima

Diagnóstico não é sentença.
É ferramenta de orientação.

Tratamento da PHDA

O tratamento da PHDA é multimodal.
Isto significa que não existe uma única solução.

A abordagem mais eficaz combina:

Intervenção comportamental

Estratégias parentais

Acomodações escolares

Medicação

As recomendações internacionais — como as da American Academy of Pediatrics — defendem que a intervenção deve ser individualizada e baseada na idade e gravidade dos sintomas.

1. Intervenção comportamental

É considerada primeira linha sobretudo:

- Em idade pré-escolar
- Em casos ligeiros a moderados
- Como complemento à medicação

Inclui:

- Treino parental
- Técnicas de reforço positivo
- Estruturação de rotinas
- Sistemas de recompensa

- Estratégias de autorregulação

Objetivo:

Ensinar a criança a desenvolver competências executivas e emocionais.

2. Estratégias parentais

Os pais não são a causa da PHDA.

Mas são parte fundamental da intervenção.

Estratégias eficazes incluem:

Regras claras e curtas

Instruções dadas uma de cada vez

Contacto visual antes de falar

Reforço positivo imediato

Consequências consistentes

Antecipação de transições

A consistência é mais importante do que a intensidade.

3. Papel da Escola

A escola é um dos contextos mais impactados.

Podem ser necessárias:

- Adaptações pedagógicas

- Divisão de tarefas longas
- Tempo extra
- Lugar estratégico na sala
- Apoio psicopedagógico

Em Portugal, estas medidas enquadram-se nas medidas de suporte à aprendizagem e inclusão.

A colaboração família-escola é determinante.

4. Medicação

A medicação é um dos tratamentos com maior evidência científica na PHDA.

Os fármacos mais utilizados são:

- Estimulantes (metilfenidato)
- Não estimulantes (ex.: atomoxetina)

Os estimulantes atuam principalmente nos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos, melhorando:

Atenção

Inibição

Autorregulação

Impulsividade

Importante:

- A medicação não “cura” a PHDA
- Atua enquanto está ativa no organismo

- Deve ser prescrita e monitorizada por médico

O que diz a evidência?

Estudos mostram que:

- A medicação reduz significativamente sintomas nucleares (American Academy of Pediatrics, 2019)
- Melhora desempenho acadêmico
- Reduz risco de acidentes
- Pode reduzir risco de abandono escolar

Mas:

- Não substitui estratégias
- Não ensina competências
- Não resolve dificuldades emocionais isoladamente

Não existe uma única via correta.

Existe:

- **Informação**
- **Avaliação individualizada**
- **Acompanhamento adequado**

**A decisão não deve ser baseada em medo.
Nem em pressão social.
Nem em julgamento.**

Deve ser baseada em:

**Evidência científica
Impacto real na vida da criança
Bem-estar global**

Estratégias Práticas para Casa

1. Estrutura e rotinas

Crianças com PHDA beneficiam enormemente de previsibilidade.

Rotinas visuais

- Quadro de manhã
- Quadro pós-escola
- Rotina da hora de deitar

Sequências curtas

Em vez de:

“Vai preparar-te para sair.”

Dizer:

1. Calçar sapatos
2. Vestir casaco
3. Pegar mochila
- 4.

2. Estudo em casa

Ambiente

Local fixo

Sem distrações visuais

Material organizado previamente

Método

Blocos curtos (15–25 minutos)

Pausas programadas

Cronómetro visual

Divisão de tarefas grandes

Estratégia chave

Supervisão próxima sem fazer pela criança.

3. Gestão emocional

Durante uma explosão emocional:

Não argumentar

Não moralizar

Não fazer discursos longos

Garantir segurança

Falar pouco

Validar emoção

Esperar a regulação

Depois:

Conversar

Ensinar alternativa

Reforçar tentativa futura

4. Organização

Mochila preparada na noite anterior

Lista visual de materiais

Cesto fixo para objetos essenciais

Checklists impressas

A repetição cria automatização.

5. Sono

Higiene do sono é crítica.

Hora consistente

Sem ecrãs 60 minutos antes

Rotina previsível

Ambiente escuro e tranquilo

A privação de sono agrava sintomas significativamente.

6. Reforço Positivo

O cérebro com PHDA responde melhor a:

Reforço imediato

Recompensas visíveis

Feedback claro

Mais reforço positivo.

Menos crítica repetida.

Estratégias baseadas em reforço positivo e consistência demonstram maior eficácia do que abordagens punitivas (Kazdin, 2008).

Estratégias não são “truques”.

São adaptações a um cérebro que funciona de forma diferente.

Consistência supera perfeição.

Estrutura supera improvisado.

Conexão supera confronto.

Autoestima e Impacto Emocional da PHDA

Uma criança com PHDA ouve mais “não” do que “sim”.
Recebe mais correções do que elogios.
Vive mais frustração do que validação.
E isso tem impacto profundo.

O risco invisível

Estudos mostram que crianças com PHDA apresentam maior risco de:

- Baixa autoestima
- Ansiedade
- Sintomas depressivos
- Sentimento de inadequação

Não porque a PHDA causa diretamente estes quadros – mas porque a experiência repetida de insucesso pode moldar a autoimagem (Hallowell & Ratey, 2011).

O ciclo da autoestima:

1. Dificuldade executiva
2. Erro ou falha
3. Correção constante
4. Comparação com pares
5. Interiorização de rótulos

Frases como:

- “Sou burro.”
- “Nunca consigo.”
- “Sou sempre o pior.”

São sinais de alerta.

O peso do rótulo

Quando a criança passa a ouvir:

- “Desatento”
- “Irresponsável”
- “Preguiçoso”
- “Mal-educado”

Ela começa a confundir comportamento com identidade.

Comportamento é variável.

Identidade é estrutural.

É aqui que a intervenção parental faz toda a diferença.

Como proteger a autoestima

1. Separar comportamento de identidade

Em vez de:

“Tu és irresponsável.”

Dizer:

“Hoje esqueceste a mochila. Vamos pensar numa estratégia.”

2. Valorizar esforço, não só resultado

“Vi que te esforçaste.”

“Tentaste novamente.”

“Não desististe.”

O cérebro com PHDA precisa de reforço consistente.

3. Identificar talentos

Crianças com PHDA frequentemente apresentam:

Criatividade elevada

Energia contagiante

Pensamento divergente

Empatia intensa

Capacidade de hiperfoco em áreas de interesse

Ajudar a criança a descobrir onde brilha é protetor emocional.

4. Ensinar autoexplicação

Explicar à criança, de forma adequada à idade:

“O teu cérebro funciona de forma diferente. Não é pior. É diferente.”

Isto reduz vergonha e aumenta compreensão interna.

Prevenir ansiedade e depressão

É essencial:

Ambiente emocional seguro

Espaço para falar sobre sentimentos

Evitar comparações constantes

Procurar apoio profissional se necessário

A PHDA não tratada pode impactar autoestima.

Mas a PHDA compreendida pode fortalecer resiliência.

O maior fator protetor de uma criança com PHDA é:

- **Um adulto que compreende**
- **Um adulto que regula**
- **Um adulto que acredita**

A autoestima constrói-se na relação.

E relação é intervenção.

PHDA na Adolescência

A adolescência é, por si só, uma fase de intensas mudanças:

- Neurobiológicas
- Emocionais
- Sociais
- Acadêmicas

Quando existe PHDA, estas mudanças podem amplificar dificuldades.

O que muda no cérebro?

Durante a adolescência, o cérebro ainda está em maturação, especialmente o córtex pré-frontal, responsável por:

- Planeamento
- Inibição
- Tomada de decisão
- Avaliação de risco

Na PHDA, esta maturação pode ser mais lenta.

O modelo de autorregulação descrito por Russell Barkley sugere que o atraso no desenvolvimento executivo pode corresponder a vários anos face aos pares, o que impacta a autonomia e tomada de decisão (Barkley, 2015).

Isto significa que:

Um adolescente com 15 anos pode ter competências executivas equivalentes às de um jovem mais novo.

Como a PHDA se manifesta na adolescência?

A hiperatividade física pode diminuir.

Mas surgem outras manifestações:

Desorganização marcada

Procrastinação intensa

Dificuldade em iniciar tarefas

Problemas na gestão do tempo

Esquecimento frequente

Impulsividade verbal ou comportamental

Baixa tolerância à frustração

Muitos pais dizem:

“Agora parece preguiça.”

Mas muitas vezes é disfunção executiva.

Impacto Acadêmico

O aumento das exigências escolares torna a PHDA mais visível.

O adolescente precisa de:

- Estudar de forma autónoma
- Gerir prazos
- Planear testes
- Organizar múltiplas disciplinas

Sem estratégias, pode surgir:

- Quebra no rendimento
- Desmotivação
- Abandono do esforço
- Conflito familiar constante

Impacto Emocional

A adolescência é fase de identidade.

Se a PHDA não for compreendida, podem surgir:

Baixa autoestima

Ansiedade

Sintomas depressivos

Sentimento de inadequação

A comparação com pares torna-se mais intensa.

Comportamentos de Risco

A impulsividade pode aumentar vulnerabilidade para:

- Consumo precoce de substâncias
- Condução imprudente
- Decisões precipitadas
- Relações instáveis

Estudos indicam maior risco quando a PHDA não está acompanhada.

A intervenção protege.

Relação Pais - Adolescente

O conflito tende a aumentar quando:

- Há ordens constantes
- Existe controlo excessivo
- O adolescente sente incompreensão

Mas retirar totalmente estrutura também não ajuda.

O equilíbrio é:

Autonomia progressiva

Supervisão ajustada

Comunicação aberta

Consequências previsíveis

Estratégias Práticas para esta fase

1. Delegar com supervisão invisível

Ajudar a planear, mas não fazer pelo adolescente.

2. Ensinar ferramentas externas

- Agenda digital
- Alarmes
- Checklists
- Aplicações de gestão de tempo

3. Conversas sobre risco

Falar de forma clara sobre:

- Substâncias
- Segurança
- Pressão social

Sem dramatizar. Com informação.

4. Ajustar expectativas executivas

Avaliar maturidade funcional, não apenas idade cronológica.

E a medicação na adolescência?

Alguns adolescentes:

- Beneficiam da continuidade
- Precisam de ajuste de dose
- Questionam tomar medicação

É importante incluir o adolescente na decisão, promovendo responsabilidade.

A adesão melhora quando há compreensão.

Pontos fortes na adolescência

Muitos adolescentes com PHDA apresentam:

Criatividade

Pensamento rápido

Capacidade de hiperfoco em interesses

Espírito empreendedor

Sensibilidade emocional

Quando bem orientados, podem transformar diferenças em competências.

A adolescência não é o fim da linha.

É uma fase de reorganização.

Com:

- **Informação**
- **Estrutura ajustada**
- **Comunicação aberta**
- **Apoio profissional quando necessário**

O percurso pode ser saudável e construtivo.

A PHDA não desaparece magicamente aos 18 anos.

Mas pode tornar-se mais gerível com maturidade e estratégia.

Legislação Portuguesa e PHDA

Enquadramento Legal da Inclusão Escolar

Em Portugal, a inclusão escolar está enquadrada pelo:

Decreto-Lei n.º 54/2018

Este diploma estabelece o regime jurídico da educação inclusiva e aplica-se a todas as crianças e jovens, independentemente de terem ou não diagnóstico formal.

A filosofia central é clara:

A escola deve adaptar-se ao aluno — não o aluno à escola.

Medidas de Suporte à Aprendizagem e Inclusão

O Decreto-Lei organiza as medidas em três níveis:

1. Medidas Universais

Aplicam-se a todos os alunos.

Não exigem relatório técnico nem diagnóstico.

Exemplos:

Diferenciação pedagógica

Flexibilidade curricular

Apoio tutorial

Estratégias de autorregulação

Ajustes na gestão da sala

Estas medidas devem ser sempre a primeira resposta.

2. Medidas Seletivas

Aplicam-se quando as universais não são suficientes.

Exigem fundamentação pedagógica.

Podem incluir:

Apoio psicopedagógico

Intervenção especializada

Adaptações não significativas

Apoio tutorial específico

Não implicam alterações substanciais ao currículo.

3. Medidas Adicionais

Aplicam-se quando existe necessidade de resposta mais estruturada.

Incluem:

Adaptações curriculares significativas

Plano individual de transição

Frequência de unidades especializadas

Recursos específicos

Normalmente requerem formalização através de relatório técnico-pedagógico.

RTP - Relatório Técnico-Pedagógico

O RTP é o documento que:

- Fundamenta as medidas adicionais
- Identifica necessidades específicas
- Define estratégias e recursos
- Estabelece responsabilidades

Não é obrigatório para medidas universais.

É exigido quando se aplicam medidas adicionais.

Deve ser construído com base em:

Avaliação multidisciplinar

Evidência pedagógica

Participação da família

EMAEI - Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

Todas as escolas públicas têm uma **EMAEI**.

A equipa é responsável por:

- Analisar situações sinalizadas

- Propor medidas de suporte
- Monitorizar a aplicação
- Avaliar eficácia das intervenções

É composta por:

- Elementos da direção
- Docentes
- Técnicos especializados (quando aplicável)

Os pais podem solicitar reunião com a EMAEI.

Direitos da Criança

Ao abrigo do Decreto-Lei 54/2018, a criança tem direito a:

Educação inclusiva

Respostas ajustadas às suas necessidades

Não discriminação

Participação no processo educativo

Avaliação justa e contextualizada

Importante:

O diagnóstico de PHDA não é obrigatório para aplicação de medidas universais ou seletivas.

A escola deve agir com base nas necessidades, não apenas no rótulo.

O que os pais devem saber:

Podem solicitar reunião formal

Podem pedir registo escrito das decisões

Podem participar na elaboração do RTP

Devem ser ouvidos no processo

A parceria família-escola é um direito, não um favor.

Mensagem Final

Se chegou até aqui, já fez algo muito importante:

Procurou compreender.

E compreender é o primeiro passo para transformar.

A PHDA não é uma falha.

Não é culpa sua.

Não é um rótulo que define o futuro do seu filho.

É uma forma diferente de o cérebro funcionar.

Ao longo destas páginas, falámos de ciência, legislação, estratégias, regulação emocional, adolescência, autoestima.

Mas no centro de tudo está algo mais simples — e mais poderoso:

Relação.

Uma criança com PHDA precisa de:

- Estrutura
- Estratégia
- Consistência

Mas, acima de tudo, precisa de um adulto que a veja para além do comportamento.

Que entenda que por trás da impulsividade existe dificuldade de inibição.

Que por trás da desorganização existe fragilidade executiva.

Que por trás da explosão existe sobrecarga emocional.

A intervenção muda trajetórias.

A informação reduz culpa.

A compreensão protege autoestima.

O seu filho não é “difícil”.

Está a ter dificuldade.

E dificuldade não se pune.

Ensina-se. Apoia-se. Acompanha-se.

Que este guia seja uma ferramenta.

Mas que nunca substitua algo essencial:

O seu olhar regulador.

A sua presença segura.

A sua capacidade de acreditar.

Porque quando uma criança com PHDA tem pelo menos um adulto que a compreende verdadeiramente, o prognóstico muda.

Com empatia, ciência e consciência,

Perceber é o primeiro passo para incluir.



Referências

American Academy of Pediatrics. (2019). *Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*. *Pediatrics*, 144(4), e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Barkley, R. A. (2013). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents* (3rd ed.). Guilford Press.

Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.

Brown, T. E. (2013). *A new understanding of ADHD in children and adults: Executive function impairments*. Routledge.

Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J. S., Tannock, R., & Franke, B. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2011). *Driven to distraction* (Revised ed.). Anchor Books.

Kazdin, A. E. (2008). *The Kazdin method for parenting the defiant child*. Houghton Mifflin.

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management* (NICE

Guideline NG87). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

República Portuguesa. (2018). *Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho: Regime jurídico da educação inclusiva*. Diário da República.