



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

A perceção dos docentes sobre a Perturbação de
Hiperatividade/ Déficit de Atenção e as suas práticas no
contexto escolar

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Psicologia da
Educação.

Fátima Alexandra Azeredo Pereira

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

FEVEREIRO 2024



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

**A perceção dos docentes sobre a Perturbação de
Hiperatividade/ Défice de Atenção e as suas práticas no
contexto escolar**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Psicologia da
Educação.

Fátima Alexandra Azeredo Pereira

Sob a Orientação do Prof. Doutor **Paulo Azevedo Dias**

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), é um distúrbio no desenvolvimento que acarreta sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade. Apresenta impacto na vida académica do aluno através de comportamentos desadequados, pelo que a perceção dos professores e as suas práticas têm um papel decisivo. Este estudo aborda e questiona a perceção dos professores sobre a PHDA, assim como, as estratégias e práticas inclusivas utilizadas no 1º ciclo do ensino básico. Aplicou-se um questionário sociodemográfico, um questionário sobre a PHDA em contexto escolar e o questionário sobre estratégias de ensino e gestão do comportamento a uma amostra de 208 docentes do 1º ciclo. Os dados recolhidos foram tratados através do SPSS versão 23. Nos resultados verifica-se uma relação entre a crença de que a PHDA desaparece com o tempo e as características da PHDA que mais perturbam a vida escolar das crianças. com várias estratégias. Foi encontrada ainda uma relação entre os anos de serviço com as suspeitas de PHDA e a experiência, com crianças diagnosticadas com as práticas que pensam que devem fazer. Na perceção em função do género, encontrou-se diferenças com as professoras a apresentar pontuações superiores. Deste modo, encontrou-se, uma relação negativa entre repreender verbalmente, e atribuir consequências ao mau comportamento com as práticas. A consciencialização dos sintomas da PHDA, permite uma intervenção antecipada e a escassez da exclusão social no ambiente escolar. Esta investigação foi crucial para perceber de que forma a perceção dos docentes e as suas estratégias evoluíram ao longo do tempo.

Palavra-Chave: Inclusão; Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção; Perceção dos professores; Inclusão em contexto escolar; Estratégias pedagógicas.

Abstract

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a developmental disorder that causes symptoms of inattention, impulsivity and hyperactivity. It impacts the student's academic life through inappropriate behavior, so the perception of teachers and their practices play a decisive role. This study addresses and questions teachers' perception of ADHD, as well as the inclusive strategies and practices used in the 1st cycle of basic education. A sociodemographic questionnaire, a questionnaire on ADHD in a school context and a questionnaire on teaching strategies and behavior management were applied to a sample of 208 primary school teachers. The data collected was processed using SPSS version 23. The results reveal a relationship between the belief that ADHD disappears over time and the characteristics of ADHD that most disrupt children's school lives. with various strategies. A relationship was also found between years of service with suspected ADHD and experience, with children diagnosed with the practices they think they should do. In the perception according to gender, differences were found with female teachers presenting higher scores. Thus, a negative relationship was found between verbally reprimanding and attributing consequences to bad behavior with practices. Raising awareness of ADHD symptoms allows for early intervention and the scarcity of social exclusion in the school environment. This investigation was crucial to understand how teachers' perceptions and their strategies evolved over time.

Keyword: Inclusion; Hyperactivity Disorder/Attention Deficit Disorder; Teachers' perception; Inclusion in a school context; Pedagogical strategies.

Índice

Introdução	6
Revisão de Literatura	8
Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção	8
A percepção dos professores sobre a PHDA	15
Metodologia.....	23
Desenho do Estudo.....	23
Tipo de Estudo	23
Objetivos de Investigação	23
Hipóteses de Investigação	24
Amostra	24
Instrumentos.....	29
Resultados.....	32
Percepção do conhecimento.....	32
Avaliação das práticas inclusivas.....	36
Relação entre a percepção e as práticas.....	41
Gestão de comportamento com as estratégias de ensino-aprendizagem.....	44
Conclusão	53
Referências Bibliográficas	56
Anexos	62
Anexo I. Questionário sociodemográfico	63
Anexo II. Questionário sobre Perturbação de Hiperatividade e défice de atenção (PHDA) em contexto escolar.....	65
Anexo III. Questionário Instructional and Behavior Management Approaches Survey..	71
Anexo IV. Pedido de autorização.....	74
Anexo V. Consentimento Informado	75

Índice de Tabelas

Tabela 1. Descrição da amostra.....	24
Tabela 2. Descrição da amostra (PHDA)	27
Tabela 3. Avaliação da percepção sobre a PHDA em contexto escolar	33
Tabela 4. Avaliação da percepção sobre a PHDA em contexto escolar	35
Tabela 5. Avaliação da percepção sobre a PHDA em contexto escolar	36
Tabela 6. Avaliação da intervenção sobre a PHDA em contexto escolar	37
Tabela 7. Avaliação da intervenção sobre a PHDA em contexto escolar	37
Tabela 8. Avaliação sobre a percepção na intervenção em sala de aula.....	38
Tabela 9. Avaliação sobre as estratégias de ensino-aprendizagem que aplicam.....	43
Tabela 10. Relação entre a percepção sobre a PHDA com as práticas utilizadas.....	44
Tabela 11. Relação entre a percepção e as práticas em função da experiência profissional	43
Tabela 12. Relação entre as práticas em função da pesquisa de informação	43
Tabela 13. Diferença no tipo de relação da percepção e práticas em função do sexo.....	47
Tabela 14. Relação entre a gestão de comportamento e as práticas	46
Tabela 15. Relação entre a gestão de comportamento e as práticas	47

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), é um distúrbio que envolve um conjunto de sintomas que se apresenta através da desatenção, hiperatividade e impulsividade (Braun et al., 2019; Ribeiro, 2021). Apesar da sua desconhecida etiologia, é reconhecido que o contexto escolar é um ambiente na qual os sintomas de PHDA são mais evidentes, pois afetam de forma significativa a aprendizagem do aluno (Mazon et al., 2018). Devido à evolução dos estudos sobre a PHDA e à tentativa de uma escola inclusiva, foram proporcionados serviços educacionais com algumas adaptações e mudanças ambientais nas salas para responder às necessidades de aprendizagem destas crianças (e.x., reforço positivo, trabalhos menos extensos, supervisão do professor mais presente, lugar mais à frente na sala, entre outras). Ao apresentarmos à criança um conjunto de estratégias adaptativas, as dificuldades poderiam ser reduzidas e a autoestima destas crianças em relação ao trabalho poderia ser promovida (Barros, 2021; Parker, 2003), estando estas referidas mais à frente. De modo a promover a inclusão no ambiente escolar destes alunos, Mazon e colaboradores (2018), esclarecem que reuniões com os pais e profissionais educacionais, encaminhamento para a área de psicologia ou para um outro profissional especializado, teriam um impacto positivo significativo. Para este efeito, é crucial que o trabalho do professor seja desenvolvido com outros profissionais, e não de forma isolada e solitária, em consonância com direção da escola, outros professores, especialistas e familiares (Vitaliano, 2019). Posto isto, o termo inclusão escolar implica que o processo educativo deve ser num ambiente não restritivo e normalizado, ajustando-se às capacidades e particularidades de cada criança (Espada, 2011).

Para que isso aconteça, os professores têm um papel fundamental, visto que são os primeiros a observar os sintomas e que podem dar início a uma avaliação. Ainda assim, há necessidades a atender. Desta forma, é pertinente relembrar o papel dos professores e a diferença que podem fazer nestes alunos, através do conhecimento sobre questões associadas à preparação para uma escola inclusiva (Vieira & Ferreira, 2017).

Logo, a presente investigação pretende avaliar a perceção dos professores do 1º ciclo têm sobre crianças com PHDA, analisar as práticas que adotam com problemas de atenção e/ou comportamento nos alunos em sala de aula. Recorreu-se, para isso, ao método de amostragem não aleatória de conveniência e em bola de neve, ou seja, com indivíduos de fácil acesso em que ao mesmo tempo responderam a critérios precisos.

Durante os anos, a saúde e o bem-estar das crianças foram-se tornando cada vez mais relevantes no mundo social como sujeitos que também têm direitos. Devido ao aparecimento do coronavírus SARS-Cov-2, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou uma pandemia global a 11 de março de 2020, o que provocou modificações significativas no quotidiano das crianças e jovens através do confinamento. Por conseguinte, e segundo a mais recente literatura, as aulas à distância afetaram de uma forma intensa o desenvolvimento intelectual e emocional das crianças, o que encaminhou para que a sociedade estivesse cada vez mais atenta a esta faixa etária (Granjo-Morais, et al., 2022). Deste modo, têm havido um crescente interesse científico nas crianças que necessitam de intervenções terapêuticas precoces e eficazes (Miranda & Martins, 2021). A PHDA é uma das principais perturbações que tem tido cada vez mais especial atenção por parte dos pais e profissionais na área da educação, dado ao seu aumento significativo nas escolas. Segundo vários estudos, denota-se um aumento de casos, de dia para dia, na cultura portuguesa, tomando cada vez mais conta desta, sendo que, o contexto escolar é um ambiente na qual os sintomas de PHDA são mais evidentes, pois afetam de forma significativa as dificuldades de aprendizagem no aluno como se referiu anteriormente (Jou et al., 2010; Mazon et al., 2018).

Desta forma, este estudo pretende contribuir para um melhor conhecimento sobre a importância dos docentes com estas crianças e fornecer novas estratégias de aprendizagem. Através de um estudo quantitativo pretende-se avaliar a perceção e as práticas sobre a PHDA, dos professores do 1º ciclo do ensino básico nas escolas portuguesas pelo país, e a sua relação com a autoeficácia e práticas inclusivas. Para isso, nas próximas páginas apresenta-se uma revisão da literatura, a que se segue um estudo empírico realizado junto destes participantes, assim como uma discussão sobre os resultados e uma breve conclusão do estudo.

1. Revisão de Literatura

1.1) Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), pode apresentar-se com diferentes manifestações, sejam sintomas de desatenção, somente com sintomas de hiperatividade e impulsividade ou uma combinação de desatenção com hiperatividade (Braun et al., 2019; Ribeiro, 2021). No entanto, como refere Antunes (2019), a maioria das crianças diagnosticadas com esta perturbação, apresenta dois terços a três quartos da sintomatologia combinada. A *American Psychological Association* ([APA] 2014), menciona ainda que os indícios dos sintomas da PHDA estão presentes em pelo menos dois contextos: na escola e em casa, interferindo de forma gradual no círculo social e no desenvolvimento do indivíduo.

Barkley (2006, citado por Lourenço, 2009), realça que a PHDA é um distúrbio no desenvolvimento, com características inapropriadas de desatenção, sobreatividade e impulsividade. Estes graus desenvolvimentais desadequados estão particularmente ligados a défices na autorregulação e manutenção de um padrão consistente ao longo do tempo (Lourenço, 2009). Assim, a desatenção ou défice de atenção, apresenta-se quando uma pessoa tem dificuldades em permanecer atenta por longos períodos de tempo (Lourenço, 2009). Por sua vez, a hiperatividade evidencia-se maioritariamente em sala de aula, pois é nesse contexto que a exigência na concentração e inibição da atividade se torna maior. Estudantes com esta perturbação, são vistos como mais agressivos e considerados imaturos em termos sociais e emocionais. Por outro lado, quanto à impulsividade, as crianças apresentam respostas desproporcionadas perante as situações, manifestam-se como impulsivas e rápidas, o que remete para uma maior agindo sem pensar nas consequências dos seus atos (Lourenço, 2009). Deste modo, este sintoma exterioriza-se através da impaciência: interromper enquanto os outros estão a falar, dificuldade em esperar e fazer comentários importunos, realização de atividades perigosas e a intenção de satisfazer de forma imediata os seus desejos (Lourenço, 2009). A impulsividade também é reconhecida como evidenciar ações não premeditadas, isto é, tomar decisões importantes sem pensar nas suas consequências a longo prazo, com o objetivo de obter uma recompensa imediata (APA, 2014).

Segundo a literatura, as crianças e jovens com PHDA têm uma maior probabilidade de ter acidentes devido à sua impulsividade e desatenção (Sousa et al., 2020). Mas também diversas dificuldades académicas que iremos observar mais à frente

(e.x., dificuldades de aprendizagem específicas, memorização, seguimento de instruções e atrasos na aquisição da linguagem), limitações a nível comportamental e social (e.x., funcionamento social/pares), ou outros problemas associados (e.x., emocionais e de humor), problemas de autonomia e responsabilidade sendo, no meio escolar onde este tipo de complicações se manifesta de uma maneira mais vincada (Lourenço, 2009; Oliveira et al., 2015).

De modo a compreender melhor esta perturbação, importa conhecer a sua evolução histórica. No séc. XIX, o termo instabilidade, era o mais utilizado na literatura para definir a PHDA e o seu diagnóstico fazia-se com base na Psicopatologia do Adulto, estando inserida como um sintoma nas perturbações graves, nomeadamente, em psicopatias, psicoses, esquizofrenias e deficiência mental (Lourenço, 2009). Na primeira metade do séc. XX, a PHDA começou a ser vista como um sintoma da hiperatividade ou hiperquinésia que advém de uma lesão cerebral que poderá ou não ser detetada. Surge assim, a lesão cerebral mínima que inclui a hiperquinésia, a falta de atenção, a impulsividade e o atraso escolar. Assim sendo, começou a recorrer-se como prática terapêutica, medicamentos que pudessem acalmar as crianças e que tivessem algum efeito positivo no seu funcionamento cerebral (Lourenço, 2009). No entanto, Barros (2021), salienta que nem todas estas crianças necessitam de medicação. O autor explica que é através de mudanças de ambientes familiares e escolares, que pode surgir a modificação de comportamentos nesta perturbação pelo meio de múltiplas estratégias, o que compensará alguns défices de atenção (Barros, 2021).

No final dos anos 60, apesar do avanço na informação acerca da PHDA, as grandes dúvidas quanto à sua etiologia permaneciam, o que gerava discussões sobre a sua existência. A dada altura, a sociedade acreditava que esta perturbação era apenas uma tentativa de desculpabilizar os pais por terem filhos malcomportados. Somente no final dos anos 80, a literatura contribuiu para alterar a própria definição de PHDA. Nesta época era vista como algo crónico, com uma forte componente biológica e hereditária concomitantes, resultante de um impacto negativo e significativo na dimensão social e académica nas crianças (Lourenço, 2009).

Mais recentemente, com o DSM-5- Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (APA, 2014), enfatiza-se a importância da realização de uma história clínica pormenorizada, com o intuito de perceber a existência, pelo menos de seis critérios em cada um dos três principais na sua sintomatologia, e a sua obrigatoriedade na presença em mais do que um contexto (social, académico, familiar),

tendo que ser significativo no mínimo durante seis meses (Braun et al., 2019; Ribeiro, 2021). Desta forma, os critérios que pertencem ao sintoma da desatenção: frequentemente, falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas; apresenta dificuldades em manter a atenção no desempenho das atividades; parece não ouvir quando outra pessoa fala diretamente; não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares; tem dificuldades em organizar tarefas e atividades (e.x., pobre gestão de tempo, falha em cumprir prazos, entre outros); evita em envolver-se em tarefas que requerem um esforço mental mantido; é frequente a perda de objetos necessários para as tarefas escolares; distrai-se facilmente por estímulos alheios; e esquece-se com frequência das atividades quotidianas (APA, 2014). Relativamente aos sintomas de hiperatividade e impulsividade, os critérios são: frequentemente, remexe-se constantemente quando está sentado; levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado; corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo; muitas vezes é incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade nas atividades; age, com frequência, como se estivesse “ligado a um motor”; tem por hábito falar em excesso; precipita as respostas antes que a pergunta seja finalizada; tem dificuldade em esperar pela sua vez; e interrompe ou interfere nas atividades dos outros (APA, 2014).

O contexto pré-escolar pode ser importante para observar o surgimento de alertas, particularmente, na elevada irrequietude psicomotora. No entanto, nesta fase da vida é muito cedo para diagnosticar devido à variabilidade de padrões comportamentais expectáveis nesta idade (Antunes, 2019). Estes sinais/sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade devem estar prevalentes antes dos 12 anos de idade (APA, 2014; Antunes, 2019; Sousa et al., 2020), visto que a exigência escolar/ social aumenta e o impacto negativo da PHDA começa a evidenciar-se de uma forma cada vez mais regular (Antunes, 2019).

Em vários estudos, nomeadamente em gémeos, demonstram uma taxa de prevalência de 71-90% de crianças, que herdaram a PHDA dos pais (Thapar et al., 2013). Estas estimativas de prevalência, apontando para o peso da hereditariedade não incluem apenas a parte genética, mas também os efeitos de “gene-ambiente”, desencadeados pela interação (Thapar et al., 2013).

Olson e colaboradores (1990, citado por Lourenço, 2009), consideram que fatores familiares também podem ser uma das causas para o aparecimento desta perturbação, predizendo um futuro desajustado, especialmente na autorregulação e no estilo de interação entre os pais e os filhos. Ainda dentro desta abordagem, outras

teorias destacam-se na discórdia conjugal ou famílias monoparentais. Posto isto, parece ser cada vez mais evidente que os problemas familiares e económicos são um fator preditor para o aparecimento emocionais para esta perturbação, nomeadamente, desentendimentos, separações e violência (Lourenço, 2009). Mas, para Rutter (2006, citado por Thapar et al., 2013), um dos fatores que pode advir do aparecimento desta perturbação, centra-se na gravidez, através do consumo tabágico ou da rejeição de pares que se correlaciona com o gene-ambiente. No entanto, é de salientar que nenhum fator de risco individual referido explica diretamente a causa da PHDA: é um conjunto de condições que podem conduzir a esta perturbação (Thapar et al., 2013). Assim sendo, a investigação sugere que a origem da PHDA depende de vários fatores, como o familiar, cerebral e genético. Portanto, na maior parte dos casos é difícil determinar uma etiologia precisa, visto que não é possível detetar danos cerebrais (Lourenço, 2009).

A literatura refere que o fator de risco mais predominante para ter PHDA, poderá ser o genético. É importante referir que todas as associações feitas entre esta perturbação e os fatores de risco investigados, podem não ser necessariamente devido a efeitos causais e há uma importante sobreposição com outras perturbações, como por exemplo, a perturbação do espectro do autismo, assim como outras perturbações psiquiátricas e comportamentais (Thapar et al., 2013). Em suma, apesar de várias suposições, não existem modelos concretos que expliquem cabalmente a sua etiologia, apenas se sabe que pode ter origem a vários fatores (Lourenço, 2009).

O diagnóstico é principalmente clínico e tem como critérios comportamentais de base, estabelecidos nas últimas edições principais dos manuais de classificação das perturbações mentais, essencialmente, no DSM-5 (Oliveira & Pereira, 2021). Na maioria dos casos, é essencial a realização de um diagnóstico diferencial para averiguar ou excluir a existência de outras comorbilidades, requerendo a participação de diferentes profissionais de saúde (e.x., pediatras, neuropediatras, pedopsiquiatras, psicólogos) e de pais e professores (Oliveira & Pereira, 2021). As características associadas ao diagnóstico não são específicas, mas ocorrem com frequência atrasos ligeiros na linguagem, a nível motor e social (APA, 2014). Deste modo, a investigação também tem demonstrado que uma pessoa com PHDA, tem alterações significativas no sistema nervoso central, ou seja, possui uma menor disponibilidade de neurotransmissores de dopamina e noradrenalina, tendo ainda em consideração as diversas modificações em fatores genéticos, ambientais e psicossociais (Antunes, 2019). Porém, Sousa e colaboradores (2020), referem que não basta os sintomas base para que

seja feito um diagnóstico, é necessário o cumprimento destes sintomas em mais do que um contexto e a presença de várias queixas significativas por parte da família e escola ao nível do desenvolvimento e funcionamento da criança.

Nas crianças com PHDA, verificou-se que estas apresentam uma baixa autoestima e pouca tolerância à frustração (Lourenço, 2009). Revelam ser pessoas teimosas, instáveis no seu humor e têm tendência para se isolarem com alguns adultos e com os seus pares, sendo consideradas mal-educadas e imaturas (Lourenço, 2009; Lopes, 2023). De um modo geral, o mais frequente é o descontrolo dos impulsos e na capacidade de manutenção da atenção, assim como na alteração psicomotora, que interferem nos múltiplos contextos da vida da criança, essencialmente no familiar e escolar (Antunes, 2019). Segundo Banaschewski e colaboradores (2015), ter esta perturbação aumenta o risco de desenvolver outras perturbações mentais e físicas, proporcionando um impacto disfuncional na realização académica, profissional, nas competências sociais e nas relações pessoais.

A prevalência desta perturbação varia também em função do sexo, idade, raça/etnia. Segundo Weyandt e Dupaul (2013, citado por Braun et al., 2019), a PDHA é crónica e está ligada ao comprometimento académico, social e psicológico em várias faixas etárias, desde a infância até à idade adulta. No DSM-5 (APA, 2014), verifica-se que ronda os 3% a 5% em crianças e 2.5% em adultos, sendo a sua maior predominância nos rapazes que apresentam maiores dificuldades na atenção e na inibição de comportamentos, sendo mais vulneráveis e influenciáveis em comportamentos hiperativos (Barkley, 1981, citado por Lourenço, 2009; APA, 2014; Ribeiro, 2021). Todavia, vários outros autores chegaram à conclusão que o défice de atenção é mais comum nas raparigas pois não prestam atenção aos pormenores ou cometem erros por descuido, fruto dessa distração (Fonseca, 2015; Ribeiro, 2021). Salienta-se ainda, que esta diferença pode estar relacionada com fatores culturais, estes são cruciais, visto que as expectativas dos professores e dos pais variam consoante o sexo e pelas diferenças hormonais ao nível do sistema nervoso central (Lourenço, 2009).

No que concerne a um estudo realizado por de Lima (2021), através de depoimentos com mulheres adultas com PHDA, denota-se que tiveram dificuldades no contexto escolar, na aceitação dos seus comportamentos, pois estavam fora dos padrões estabelecidos e exetáveis para atingir o sucesso académico (Lima, 2021). Não obstante, é importante ainda referir que através do discurso das entrevistadas, conseguiu-se perceber que os desafios que enfrentavam devido à PHDA, era muitas vezes reduzido a

uma categoria patológica, promovendo um aparato político, social e cultural estimulados pela escola (Lima, 2021).

Assim, observa-se que o desempenho acadêmico também está muitas vezes comprometido através do comportamento desatento que está associado a problemas cognitivos, nomeadamente, em testes de atenção e funções executivas ou de memória (APA, 2014; Vian, 2020). São estudantes considerados agitados que demonstram alguma desadaptação escolar nas aprendizagens e com o relacionamento dos pares e professores (Poeta & Rosa Neto, 2004; Vian, 2020). Em várias investigações realizadas apontam que crianças que não usufruem de tratamento para esta perturbação, tendem a viver com ela até à adolescência, o que prejudica a conclusão dos estudos e a probabilidade na entrada no ensino superior, em comparação com os seus pares e alunos que não possuem PHDA (Braun et al., 2019). Neste seguimento, segundo Antunes (2019), a PHDA é apontada como uma das perturbações mais prevalentes na área do desenvolvimento, seja a nível nacional como internacional, estimando-se que atinja valores entre 5% a 8% da população em contexto escolar.

A literatura revela que o insucesso escolar é uma característica comum nas crianças com esta perturbação, manifestando-se desde o início dos anos escolares até ao seu término. Considera-se que 20% destas crianças, demonstram dificuldade na aprendizagem e que poderá estar fortemente ligado às Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE), que exercem uma influência negativa nas aquisições académicas revelando resultados baixos, competências pobres de leitura e matemática medidas em testes padronizados, e o aumento da retenção escolar (Oliveira et al., 2015; Ribeiro, 2021). Desta forma, estes défices na leitura proporcionam um desajustamento socio-emocional, uma vez que as suas dificuldades se tornam evidentes perante os colegas de turma, o que leva a sentimentos de isolamento (Ribeiro, 2021). Neste seguimento, é importante lembrar que todas as crianças com PHDA, ou sem ela, devem ter oportunidades para aprender, para que possam desenvolver e promover as suas capacidades e competências na sua plenitude e se a intervenção demorar a ser aplicada, os alunos não terão uma base académica sólida e positiva, o que levará a uma dificuldade acrescida para os futuros anos letivos (Jou et al, 2010; Poeta & Rosa Neto, 2004).

Os sinais desta perturbação podem ser mínimos ou ausentes, dependendo da estimulação que recebe: quando recebe recompensas frequentes por comportamentos apropriados, quando se encontra sob supervisão, ou então quando se insere num

contexto novo com atividades ao interesse da pessoa (APA, 2014). Portanto, torna-se crucial avaliar e diagnosticar precocemente estas crianças, para que seja possível um planeamento de uma intervenção ajustada às necessidades de cada uma, com vista a diminuir a severidade e intensidade da manifestação dos sintomas, assim como para a contribuição de uma melhoria no rendimento académico, permitindo um ajustamento familiar/social e uma prevenção e redução de problemas associados à PHDA (Oliveira et al., 2015).

No que concerne à avaliação, é normalmente sugerida uma avaliação médica e uma avaliação psicológica (Oliveira & Pereira, 2021). Segundo Oliveira e colaboradores (2015), para se realizar uma boa avaliação clínica, é necessária uma combinação com uma avaliação psicossocial envolvendo vários informantes (e.x., pais, professores) e métodos de recolha de informação (e.x., entrevista semiestruturada e escalas de avaliação). Apesar da avaliação psicológica não seja um elemento indispensável para efetuar o diagnóstico, Oliveira e Pereira (2021), consideram que poderá ser uma peça fundamental para facultar o mapeamento de componentes básicos do desenvolvimento cognitivo, que serão decisivos para o planeamento e tomada de decisão da intervenção (Oliveira & Pereira, 2021). Diversos profissionais podem contribuir para a sua avaliação e diagnóstico, nomeadamente, pediatras, psicólogos, psiquiatras e outras especialidades médicas, sendo importante que a mesma seja realizada por uma equipa multidisciplinar (Oliveira et al., 2015).

Segundo algumas considerações finais, quando admitimos que um problema poderá ter origem biológica, os coparticipantes do processo (e.x., professores, pais e afins) isentam-se da sua responsabilidade de refletir sobre as práticas educativas sobre uma educação verdadeiramente inclusiva (Lima, 2021). Contudo, são atores particularmente relevantes e que devem preocupar-se pelo direito de todos à participação, sentimento de pertença e inclusão, tal como qualquer outro ser humano.

1.2) A percepção dos professores sobre a PHDA

A profissão de docente vai muito além de apenas ministrar aulas. Como o seu papel está relacionado com a aprendizagem, além de desempenhar um papel importante na formação de bases para a vida das crianças, também deve desenvolver a capacitação educacional das mesmas (Pires, 2021; Lopes, 2023). Regularmente, pais e professores debatem-se com os desafios comportamentais (e.x., inquietude, baixa autoestima, dificuldade em socializar) e dificuldades de aprendizagem que estão presentes no dia-a-dia dos alunos com PHDA (Capucho, 2019). Apesar dos professores não serem os responsáveis pelo diagnóstico, assumem uma posição predominante no que se refere à sinalização de eventuais casos, assim, uma vez que estes profissionais são os agentes desta primeira linha, os seus níveis de conhecimento e as suas percepções sobre a PHDA são fulcrais, para que seja possível a sua compreensão e auxiliar efetivamente o desenvolvimento destes alunos (Moreira, 2020; Pires, 2021; Lopes, 2023).

Vários sintomas são observados desde cedo na infância, daí ser mais fácil detetar a PHDA em contexto escolar do que em outro qualquer. A literatura mostra-nos que, de uma forma geral, existe pouco conhecimento por parte dos professores sobre a patologia, as causas e as suas consequências, condicionado assim, a resposta às necessidades destes alunos e prejudicando a intervenção em si (Pires, 2021). Quando professores foram questionados sobre o conhecimento acerca do tratamento para esta perturbação, muitos responderam de forma positiva sobre o seu conhecimento acerca desta medicação, mas os restantes afirmaram que nunca ouviram falar da mesma (Jou et al., 2010; Mazon et al., 2018).

Crianças com PHDA apresentam problemas académicos que advém da dificuldade em concentrar-se, o que conseqüentemente, prejudica nas tarefas escolares sobretudo nas mais monótonas como a escrita, a leitura, a matemática ou a exposição de um assunto oral (Lourenço, 2009). Podem ainda apresentar problemas cognitivos, dislexia (leitura), disgrafia (escrita), discalculia (cálculo) e ao nível da memória de trabalho verbal e não verbal, no discurso oral e dificuldades no comportamento adaptativo, assim como nas atividades motoras (Lourenço, 2009). Visto que as funções sobre a atenção são cruciais para um bom desempenho escolar e para a consolidação de novas aprendizagens, a investigação refere que o sintoma de desatenção manifestado em sala de aula, está relacionado com um pior desempenho ao nível da leitura e do cálculo, assim como também apresentam resultados significativos negativos na autorregulação e

no desenvolvimento de competências socioemocionais (Antunes, 2019). No que concerne ao contexto de sala de aula apresentam comportamentos desadequados, dificuldades de aprendizagem específicas, retenções, baixa motivação na realização das tarefas, expulsões e têm maior tendência para acidentes (Lourenço, 2009). Posto isto, e tendo em conta a tríade sintomática da PHDA, é compreensível a repercussão no contexto escolar (Miranda & Martins, 2021).

Apointa-se ainda, que alguns professores têm dificuldade em reconhecer esta perturbação devido aos seus sintomas não se manifestarem de forma isolada, mas por serem a combinação de vários, levando assim a diagnósticos equívocos (Mazon et al., 2018). Desta forma, há uma tendência, para que estes educadores identifiquem estes alunos com relatos sobre comportamento agitado na execução de atividades propostas, dificuldade na concentração e de aprendizagem (Mazon et al., 2018). Para além dos sentimentos vividos pela criança com esta perturbação, é no 1º ciclo que é exigido aos alunos uma grande capacidade de adaptação, algo que potencia a desafios cada vez maiores, devido à dificuldade que eles têm para o fazer (Capucho, 2019). Assim, deve ser feito um esforço acrescido por parte dos profissionais educativos para a inclusão de todas as crianças na escola através de estratégias desenvolvidas. Saliencia-se ainda que é através do professor que as crianças têm um *feedback* consoante a sua prestação como aluno/a, contribuindo ainda para o desenvolvimento da autoimagem e autoestima. Posto isto, o facto dos alunos que apresentam esta perturbação serem vistos como diferentes, indisciplinados e desatentos, irá acarretar um desenvolvimento negativo sobre a perceção que têm sobre si mesmos. Para as crianças com esta perturbação, a rigidez (e.x., intolerância ou aspereza) na sala de aula e o destaque que os professores fazem perante o seu conteúdo negativo, poderá ser fatal e não é considerado um ambiente adequado.

Durante os anos, a saúde e o bem-estar das crianças foram-se tornando cada vez mais relevantes no mundo social como sujeitos que também têm direitos. Devido ao aparecimento do coronavírus SARS-Cov-2, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou uma pandemia global a 11 de março de 2020, o que provocou modificações significativas no quotidiano das crianças e jovens através do confinamento. Por conseguinte, e segundo a mais recente literatura, as aulas à distância afetaram de uma forma intensa o desenvolvimento intelectual e emocional das crianças, o que encaminhou para que a sociedade estivesse cada vez mais atenta a esta faixa etária (Granjo-Morais, et al., 2022). Posto isto, a gestão da sala de aula é uma parte integral do

ensino, assim como o domínio das técnicas e a flexibilidade no uso das mesmas, antecipando assim um sistema pensado de gestão de situações, em vez de reagir no momento em que ocorrem (Capucho, 2019).

A intervenção nos alunos com esta perturbação tem como principal objetivo controlar a sua tríade de sintomas, cujos resultados serão benéficos ao nível do desempenho académico e social, do relacionamento interpessoal e do seu bem-estar geral e a nível de funcionalidade (Oliveira & Pereira, 2021). Dessa forma e consoante as respostas fornecidas numa investigação de Castro e Souza (2020), os autores concluíram que o professor deve perceber a diversidade da sua turma atuando em função de cada casa, tendo em conta a natureza multidimensional da PHDA e da diversidade de contextos (Castro & Souza, 2020; Oliveira & Pereira, 2021). Assim sendo, é fundamental que haja uma ampliação do repertório de estratégias a ser desenvolvidas em sala de aula, evitando assim, a utilização de intervenções de ensino monótonas e injustificáveis (Castro & Souza, 2020). Salienta-se ainda que a psicoeducação deverá ser sempre a primeira abordagem a ser implementada, essencialmente, em intervenções de natureza comportamental e cognitivo-comportamental, sendo que na maioria das vezes é necessário articular inúmeras componentes (Oliveira & Pereira, 2021).

Com o atual Decreto Lei 54/2018, as dificuldades de caráter permanente fazem parte do grupo “Necessidades de Saúde Especiais” (NSE), que potencia uma melhor operacionalização, de modo a que seja possível evitar erradas interpretações, perpetuar clivagens antigas e gerar paradoxos (Oliveira & Pereira, 2021). Deste modo, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), também fornece algumas medidas de inclusão: Centrar em objetivos, às vezes “menos é mais”, os professores devem tentar simplificar com a consolidação de aprendizagens anteriores, adaptando ao que fizer mais sentido a cada caso; construir um plano semanal com uma carga horária mais reduzida, que estejam incluídos tempos dedicados à estimulação das áreas de desenvolvimento ou ao ensino e aprendizagem de conhecimentos com as devidas medidas de aprendizagem (e.x., universais, seletivas e adicionais) aplicadas. Neste âmbito, um aluno com PHDA poderá beneficiar, principalmente, de medidas universais (artº8), nomeadamente: aplicação de estratégias de diferenciação pedagógica; intervenção com foco académico ou comportamental em pequeno grupo; acomodações curriculares e a promoção do comportamento pró-social (Oliveira & Pereira, 2021). Relativamente às medidas seletivas também poderá beneficiar de algumas, como por exemplo, apoio psicopedagógico e tutorial (Oliveira & Pereira, 2021). Também seria importante:

equilibrar a gestão de tempo nas interações através de novas plataformas e a monitorização dos registos de acompanhamento, readaptando os recursos, materiais e instrumentos que já dispõe; valorizar a avaliação formativa e a monitorização como um recurso muito relevante para a tomada de decisão, explicitando e orientando as tarefas de aprendizagem, estudo ou pesquisa, esclarecendo dúvidas e monitorizar o trabalho desenvolvido do aluno, evidenciando a eficácia dos procedimentos; promover tarefas simples, de quantidade e diversidade moderadas (interdisciplinares e com formatos opcionais); definir prazos de entrega limitados, mas flexíveis, fornecendo feedback sobre a avaliação dos resultados e sinalizando que haverá dias e horas mais produtivas do que outras; explorar várias vias de comunicação para a partilha de materiais e recursos complementares (OPP, s.d).

São várias as intervenções pedagógicas utilizadas pelos docentes com crianças com PHDA. Desta forma, Castro e Souza (2020), juntaram algumas investigações encontradas na literatura e concluíram que existem algumas estratégias predominantes que promovem uma melhor aprendizagem: Posicionar o aluno num lugar próximo do professor; a integração de um apoio constante por parte de uma equipa multidisciplinar; dinâmicas lúdicas, com regras objetivas e de curta duração; uso de diferentes recursos audiovisuais e visuais para estes alunos assimilarem as rotinas mais facilmente; aplicação de intervalo entre uma atividade e a outra; e sublinhar ou colorir as partes mais importantes de uma tarefa ou teste de avaliação (Castro & Souza, 2020). Dentro desta panóplia de estratégias comportamentais disponíveis, as que revelam maior evidência científica são as que atuam de forma proativa: escolha de decisões; redução da amplitude de tarefas atribuídas; ensino explícito de regras; organização do ambiente físico da sala de aula; e tutoria entre pares (Oliveira & Pereira, 2021). Por conseguinte, Capucho (2019) também refere que as intervenções de autogestão promovem a automonitorização (e.x., ensinar a criança a observar-se e a registar a ocorrência de comportamentos menos próprios), o autorreforço (e.x., exige à criança que consiga avaliar e reforçar a sua própria performance) e/ou a autoinstrução (e.x., série de etapas para ajudar o aluno a parar, olhar e escutar).

De facto, é nas estruturas educacionais que os problemas de ajustamento das crianças são identificados pelos professores, levando, na maioria dos casos, a uma sugestão de um possível diagnóstico de PHDA (Miranda & Martins, 2021). Vários estudos indicam que o conhecimento e a perceção que os professores adquirem sobre esta perturbação pode influenciar na compreensão da natureza dos comportamentos

destas crianças, facilitando o apoio que lhes poderão vir a ser prestados (Lourenço, 2009). Assim, segundo Booth e Ainscow (2012, citado por Barbosa et al., 2020), para que os professores tenham ajuda na temática da inclusão, foi criado o documento “Index para a Inclusão”. Os professores podem contribuir com a identificação dos sintomas mediante os comportamentos das crianças (Lima, 2021), assim, este documento abastecerá apoio às escolas quanto ao conteúdo a ser avaliado e indica de forma detalhada a melhor maneira para o professor planearem, ensinarem e reverem o conteúdo abordado na sala de aula, assim como desenvolverem recursos para o apoio na aprendizagem (Barbosa et al., 2020).

Num estudo de Mazon e colaboradores (2018), os professores responderam a algumas perguntas sobre como aplicariam as atividades perante crianças com a PHDA. Assim, alguns profissionais escolheram atividades adaptadas, enquanto outros afirmaram que as atividades deveriam ser iguais para todos os alunos, independentemente da sua condição neurológica, sendo que os restantes preferiram indicar a presença de um professor especializado, adaptando as atividades para este grupo específico de crianças (Mazon et al., 2018). A dificuldade dos docentes em responder de forma eficaz e adequada aos problemas de comportamento destes alunos, pode mobilizar a sua responsabilidade de intervenção, assim sendo, é recomendado um acompanhamento profissional fora do contexto pedagógico (Miranda & Martins, 2021). No que concerne à relação entre o aluno e o professor, esta é fundamental para o processo de aprendizagem. Assim, há uma certa necessidade para que haja uma determinada relação afetiva através de estímulos positivos, adequação de atividades didáticas e recuperação do que anteriormente não foi apreendido pelas crianças com PHDA, devido ao seu comportamento desadequado na sala de aula (Mazon et al., 2018). Através de algumas investigações concluiu-se que, para os professores um dos fatores que origina esta perturbação é o genético/hereditário. No entanto, apesar do desconhecimento da verdadeira origem de PHDA, salienta-se que é crucial para que seja reconhecida a origem desta doença para que sejam traçadas estratégias de modo a prevenir o aparecimento de novos casos e prevenir lacunas e futuros distúrbios mais significativos na capacidade de aprender (Mazon et al., 2018).

É importante destacar que na educação inclusiva não depende apenas dos professores e do restante sistema escolar em procurar soluções para os desafios mediante estes alunos, mas também procurar o desejo de fazer com que nenhuma criança seja novamente excluída com base nas suas limitações (Espada, 2011). E, neste

contexto, a autoeficácia dos professores relativamente às práticas inclusivas, ou seja, importa perceber de que forma os docentes se sentem autoeficazes para esta implementação (Dias, 2017) pode ser um indicador desta vontade. Assim, de acordo com Medeiros e colaboradores (2000), muitos estudos foram realizados sobre o processo de ensino e aprendizagem reforçam a importância das diversas variáveis subjacentes às escolhas, crenças, expectativas e afetos, destacando a autoeficácia que está inserida dentro destas (Medeiros et al., 2000). A autoeficácia define-se como a capacidade que o indivíduo possui perante o desempenho em atividades específicas. É considerado um dos mais fortes preditores do comportamento humano, envolvendo julgamentos que cada pessoa faz sobre as suas capacidades de mobilizar recursos cognitivos e ações de controlo sobre eventos (Bandura, 1989; Bandura, 1997). Tais capacidades influenciam o nível de motivação, a resiliência face a imprevistos, relacionando-se com a qualidade do pensamento analítico, a vulnerabilidade para a depressão e o *stress*, assim como à atribuição de uma causa relativamente ao sucesso ou fracasso (Bandura, 1989). Segundo Bandura (1997), a autoeficácia é descrita como um construto multidimensional, que se canaliza para diferentes atividades que o sujeito aplica no seu ambiente. Assim, o trabalho em conjunto com os professores do aluno é considerado de grande importância na intervenção, assim como na sua eficácia, estando comprovado em vários estudos (Vian, 2020). Por outro lado, verifica-se que esta dimensão dos professores, realiza-se através de três fatores fundamentais, sendo estes, a eficácia na realização de práticas pedagógicas inclusivas, na colaboração com os restantes docentes, técnicos e família e em lidar com comportamentos disruptivos (Dias, 2017).

Desta forma, um estudo de Dias (2017), foi testado os níveis de autoeficácia para as práticas inclusivas através das variáveis pessoais, profissionais e experiência inclusiva. Perceberam-se indicadores de autoeficácia mais baixos entre as mulheres, este resultado pode advir das situações de desempenho ou da exigência colocada às mulheres desde muito cedo (Huang, 2013). Também se verificou menor autoeficácia à medida que os anos vão avançando, ou seja, professores mais velhos sentem-se menos competentes, o que se transmite para a falta de preparação na promoção da inclusão destes alunos (Dias, 2017). Para além do sentido de eficácia, é importante, realmente, o domínio de métodos que podem ser realizados pelos intervenientes envolvidos (e.x., pais e professores), com vista à colmatação dos sintomas. Assim, as ditas intervenções psicossociais englobam um conjunto de tratamentos, desde a gestão de contingências, à

prática repetida e a substituição de cognições inadequadas e comportamentos mal adaptativos (Miranda & Martins, 2021). Segundo Rodrigues (2022) existem algumas estratégias que podem ser feitas em contexto escolar, como forma de ajudar a colmatar as dificuldades académicas: a remoção de fatores de distração; diversificação de instrumentos de recolha de informação; estruturação das perguntas para que sejam curtas, concretas e objetivas; optar por perguntas fechadas em momentos de avaliação (e.x., escolha múltipla e verdadeiro/falso); e dar um tempo extra para a realização das tarefas (Rodrigues, 2022). Não obstante, a evidência científica demonstra uma grande potencialidade sobre as intervenções de gestão de comportamento em sala de aula, revestindo-se através de uma vasta diversidade (e.x., individual ou de grupo), em programas mais ou menos intensivos, focalizando-se nas estratégias de aprendizagem (Miranda & Martins, 2021). Segundo Ribeiro (2021), a literatura demonstra que a intervenção na leitura e escrita com estas crianças, deve ser o mais possível, pois se as dificuldades não forem colmatadas há uma tendência para agravar e piorar outras competências, particularmente, as sociais. Por outras palavras, quanto mais tarde as dificuldades forem identificadas e intervencionadas, mais difícil será o seu controlo e segregação (Ribeiro, 2021). Neste seguimento, a evidência científica mais recente, tem vindo a explicar que crianças com dificuldades na leitura e que beneficiam de intervenções na faixa etária do pré-escolar, apresentam uma melhoria rápida destas dificuldades, evitando o agravamento de outras (Ribeiro, 2021).

Posto isto, e no seguimento da revisão da literatura, foi possível constatar que a intervenção escolar a alunos com PHDA exige que os docentes adotem um conjunto de medidas e procedimentos, que contribua para a melhoria da trajetória escolar destas crianças e que visem a criação de um cenário educativo favorável (Oliveira & Pereira, 2021). Professores que sejam compreensíveis e que dominem as especificidades à PHDA e a disponibilidade de sistemas de apoio e oportunidades para inserirem atividades que conduzem ao sucesso dos alunos, são fundamentais para que as crianças possam desenvolver todo o seu potencial para o futuro a nível académico e profissional (Lopes, 2023).

Embora não existam manuais de apoio, nem estratégias “milagrosas”, é fundamental que um docente compreenda o que significa ser uma criança com PHDA, permitindo adotar estratégias adequadas e uma postura flexível, não somente com os alunos que manifestam esta perturbação, mas com todos os outros (Capucho, 2019). Somente dessa forma poderá atuar adequadamente com esse aluno, repensando acerca

da sua formação inicial e contínua, para que seja possível lidar com todo o tipo de crianças e as suas diversas características (Capucho, 2019; Pires, 2021). Por conseguinte, este estudo pretende atualizar os resultados acerca dos pensamentos que os docentes têm sobre esta temática, assim como, fornecer estratégias ou ideias para que consigam melhorar a inclusão destes alunos no seu método de ensino em contexto de sala de aula.

2. Metodologia

Esta etapa do trabalho consiste na definição de como se realizou a investigação. É por este meio que o investigador descreve os procedimentos que adotou para recolher as informações que precisa de modo a resolver as questões de investigação e/ou hipóteses. Inserido neste processo obtém-se o desenho do estudo que varia segundo os objetivos, a escolha e a definição do público-alvo, assim como o tamanho da amostra e por fim a recolha dos dados (Fortin et al., 2009). Nesta investigação recorreu-se ao método de amostragem não aleatória de conveniência e em bola de neve, ou seja, com indivíduos de fácil acesso em que ao mesmo tempo responderam a critérios precisos. Como critérios de inclusão focalizou-se nos em professores que lecionam no 1º ciclo do ensino básico que tiveram experiência com alunos diagnosticados com a PHDA.

2.1) Desenho do Estudo

2.1.1) Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional que tem como objetivo analisar as relações entre as variáveis, assim como, descrevê-las (Fortin et al., 2009). Consistiu na recolha em apenas um momento, ou seja, de carácter transversal através da avaliação de vários grupos de indivíduos, num curto espaço de tempo (Fortin et al., 2009).

2.1.2) Objetivos de Investigação

Constituem os objetivos gerais desta investigação, avaliar a perceção e as práticas dos professores do 1ºciclo sobre a PHDA; e a sua relação com a autoeficácia e práticas inclusivas. Constituem os objetivos específicos desta investigação, perceber a existência de relação entre a perceção da PHDA e as práticas tidas; avaliar a perceção e práticas em função da experiência profissional, sexo e pesquisa de informação; e analisar a gestão de comportamento com as estratégias de ensino-aprendizagem que recorrem.

2.1.3) Hipóteses de Investigação

1. Espera-se uma relação entre as perceções dos professores sobre a PHDA e as suas práticas (Braga, 2017);
2. Esperam-se diferenças significativas nas perceções e práticas em função da experiência profissional e com crianças com PHDA (Curtis et al., 2006).

2.2) Amostra

A amostra do presente estudo é composta por 208 participantes, com idades compreendidas entre os 25 e os 67 anos ($M= 50.00$, $DP= 8.155$). Maioritariamente, a amostra é do sexo feminino ($n= 187$, 89.9%) e com uma experiência de serviço entre 0 a 44 anos ($M= 24.98$, $DP= 9.864$). No que concerne às habilitações literárias, a maioria apresenta diploma em licenciatura ($n= 151$, 72.6%). Relativamente ao nível de ensino alguns docentes exercem mais do que um ano letivo, sendo que maioritariamente, leciona no 1ºano ($n= 75$, 36.1%). No que concerne ao tipo de ensino onde trabalham, a maioria exerce no ensino regular ($n= 197$, 94.7%) e à questão sobre a existência de algum núcleo ou apoio na escola, responderam “sim” ($n=189$, 90.9%)

Tabela 1. Descrição da amostra

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Sexo	Feminino	187	89.9
	Masculino	17	8.2
	Prefiro não responder	4	1.9
	25 anos	2	1.0
	27 anos	1	.5
	31-33 anos	3	1.5
	34 anos	2	1.0
	35-36 anos	2	1.0
	37 anos	3	1.5
	38 anos	1	.5

Idade

39 anos	3	1.5
40 anos	4	1.9
41 anos	6	2.9
42 anos	7	3.5
43 anos	8	3.8
44 anos	6	2.9
45 anos	11	5.3
46 anos	8	3.8
47 anos	13	6.3
48 anos	18	8.7
49 anos	5	2.5
50 anos	11	5.3
51 anos	10	4.8
52 anos	7	3.5
53 anos	5	2.5
54 anos	6	2.9
55 anos	5	2.5
56 anos	12	5.8
57 anos	1	.5
58 anos	11	5.3
59 anos	7	3.4
60 anos	6	2.9
61 anos	5	2.4
62 anos	8	3.8
63 anos	5	2.4

	64 anos	5	2.4
	67 anos	1	.5
Habilitações literárias	Ensino básico	7	3.5
	Secundário	2	1.0
	Licenciatura	151	72.6
	Mestrado	43	20.7
	Doutoramento	5	2.5
Nível de ensino que exercem	1º ano	75	36.1
	2º ano	72	35.0
	3º ano	49	23.8
	4º ano	63	30.7
	Apoio	4	1.9
Tipo de ensino em que trabalham	Ensino regular	197	94.7
	Ensino inclusivo	11	5.3
Existe núcleo ou apoio escolar onde trabalham	Sim	189	90.9
	Não	19	9.1

Em relação à PHDA, muitos responderam que não têm experiência com essa perturbação ($n= 82, 39.4\%$) e ao longo da sua experiência profissional, trabalharam com 0 a 40 alunos diagnosticados com PHDA ($M= 6.64, DP= 6.59$), no entanto, muitos docentes estavam em dúvida na resposta a esta pergunta devido à incerteza sobre a confirmação de diagnóstico, desta forma, optaram por colocar “não sei” ($n= 15, 7.2\%$). Quanto aos restantes, o grupo mais representado consistiu em 10 alunos diagnosticados ($n=37, 17.8\%$). Neste seguimento responderam ainda que cerca de $\frac{1}{2}$ alunos seguiam medicação ($n=68, 32.7\%$) e para os alunos que seguiam medicação, nenhum professor contactou o médico de acompanhamento ($n= 120, 57.7\%$). Foi ainda referido que a maior parte costuma procurar a informação também em mais do que um sítio, tendo

referido que a maior parte é através da formação contínua ($n= 104, 46.6\%$). Na tabela a seguir estão descritos os restantes dados sobre os participantes.

Tabela 2. *Descrição da amostra (PHDA)*

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Experiência com a PHDA	Não	82	39.4
	Alunos	76	36.2
	Amigo/a	21	10.0
	Familiar	11	5.3
	Filho/a	11	5.3
	Escolas	3	1.5
	Professora	3	1.5
	Ex-alunos	2	1.0
	Pacientes	1	.5
Experiência com alunos diagnosticados	0	10	4.8
	1	12	5.8
	2	23	11.0
	3	16	7.7
	4	22	10.6
	5	17	8.2
	6	16	7.7
	7	8	3.8
	8	7	3.5
	10	34	16.3
	12	7	3.5
	14-15	2	1.0

	20	7	3.5
	21	1	.5
	25	2	1.0
	30	3	1.5
	40	1	.5
	Cerca de $\frac{1}{2}$	68	32.7
	Cerca de $\frac{1}{4}$	62	29.8
Alunos que seguiam medicação	Todos	60	28.8
	Nenhum	14	6.7
	Não sei	4	1.9
	Nenhum	120	57.7
Comunicação com o médico de acompanhamento	Cerca de $\frac{1}{4}$	50	24.0
	Cerca de $\frac{1}{2}$	23	11.1
	Todos	10	4.8
	Não sei	5	2.5
	Formação contínua	104	46.6
	Artigos de divulgação	101	45.4
Procura de informação da PHDA	Livros	87	38.8
	Organizações profissionais	42	20.2
	Programas de TV	7	3.5
	Não respondeu	2	1.0

2.3) Instrumentos

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Anexo I) consiste em 12 perguntas de resposta fechada. Aborda questões sobre o sexo, idade, anos de serviço, nível de ensino que leciona (pode ser mais do que um), experiência pessoal com indivíduos com PHDA, com quantos alunos trabalhou com diagnóstico de PHDA, com quantos alunos teve com PHDA que seguiam medicação e quantas vezes contactou algum profissional de saúde para estes casos, grau académico mais elevado, se participou em alguma formação extra para com estes alunos, onde costuma procurar informação remetente a esta perturbação, em que área de ensino trabalha (regular ou inclusivo) e, por fim, se há um núcleo de educação inclusiva e/ou aulas de apoio na escola onde leciona.

Questionário sobre Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) em contexto escolar (CADIN- Rodrigues & Horta, 2003 adaptado por Lourenço, 2009)

O questionário sobre Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção (PHDA) em contexto escolar (Anexo II) é composto por 10 itens que permite avaliar as subescalas sobre a perceção dos professores em relação às crianças com PHDA, relacionando com as atitudes dos docentes em relação às mesmas. Os itens são de carácter aberto e fechado, consistindo ainda com duas perguntas para ordenar conforme as opções fornecidas. Deste modo, a estrutura do questionário está dividida em cinco partes, na qual se agrupa um conjunto de questões relacionadas com cada área anteriormente discriminada: Parte I, com 41 itens, que se destina à perceção sobre a problemática (e.x., características que levam o professor a suspeitar de uma situação de PHDA, que considera que perturbem mais a vida escolar, a prevalência da perturbação, as causas, a evolução, quem faz o diagnóstico e os problemas que podem estar associados); Parte II, com 8 itens, com o intuito de avaliar as características da perturbação que causam maior impacto no contexto escolar (e.x., dificuldade na relação com os pares, baixa autoestima, comportamentos de risco, entre outros); e Parte III, com 16 itens no total, para avaliar a atitude face à situação ao nível do comportamento (e.x., de que forma a intervenção poderá trazer mais benefícios e qual a importância das opções a tomar quando um docente está perante uma situação com um aluno com PHDA).

Consoante alguns estudos, o alfa de *Cronbach* é fiável quando atinge os .70, porém, em outras investigações é considerável aceitável a partir de .60. Deste modo, segundo Lourenço (2009), no instrumento descrito tem uma consistência interna de .62 (coeficiente alfa de *Cronbach*). Neste estudo, encontramos um alfa de *Cronbach* .78, resultando de uma consistência substancial, sendo visto como um valor muito positivo.

Questionário Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS) (Martinussen et al., 2011 adaptado por Braga, 2017)

O questionário Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS) (Anexo III), foi criado por Martinussen e colaboradores (2011), e adaptado por Braga (2017). Este instrumento avalia as práticas dos professores com alunos com a PHDA, ao nível da gestão do comportamento e intervenção. Num estudo dos autores originais, estes compararam a atuação pedagógica dos docentes de ensino regular com os de educação especial, utilizando o termo “problemas de atenção e/ou comportamento”, para não limitar as respostas dos professores enviesando somente para o diagnóstico em si (Martinussen et al., 2011). A escala original é composta por 39 itens, ($\alpha = .76$), e está dividida em duas subescalas, sendo estas a gestão de comportamentos (16 itens, 1 de escala invertida; $\alpha = .80$) e ensino-aprendizagem (23 itens, 1 de escala invertida; $\alpha = .89$). Porém, nesta adaptação de Braga (2017), para a população portuguesa, retiraram 10 itens por não considerarem adequados, assim na subescala de gestão de comportamentos estão inseridos 15 itens e nas estratégias de intervenção 14 itens, com três itens invertidos (1- repreender verbalmente, 11-remover a criança da sala de aula por mau comportamento e 14- “tempo para pensar”), o que significou uma análise fatorial exploratória com apenas 29 itens da escala, sendo as respostas operacionalizadas através de uma escala de tipo *Likert* de resposta fechada e varia entre 1- *Nunca Acontece* a 7- *Acontece Sempre*, com ponto médio refletido 3- *Acontece pouco*. Posto isto, apesar na adaptação de Braga (2017) não apresentarem a pontuação máxima e mínima do instrumento, no estudo original (Martinussen et al., 2011), os autores salientaram que a pontuação total das abordagens de gestão de comportamento (1ª parte), resultaram com uma pontuação máxima de 60 ($M = 39.96$, $DP = 6.2$) e sobre as estratégias de ensino-aprendizagem (2ª parte) variaram entre 42 a 85, com pontuação máxima de 95 ($M = 62.45$, $DP = 10.5$).

2.4) Procedimento de recolha e análise de dados Para a recolha de dados, foi enviado um pedido de autorização para o Ministério da Educação, mais precisamente, para a Monitorização de Inquéritos para o meio escolar (MIME) (Anexo IV), e para os autores das escalas mencionadas através do e-mail. Para que todas as regras éticas fossem cumpridas, os questionários mantiveram-se no formato anónimo, tendo sido apresentado um consentimento informado antes de se iniciar com o procedimento do estudo (Anexo V) através da plataforma “Google Forms”. Foram distribuídos através de contactos via e-mail, enviando para cada agrupamento de escolas portuguesas para redireccionarem para o diretor e o mesmo encaminhar para os professores. Além do contacto eletrónico, também se recorreu ao contacto via telefone, para garantir a receção do e-mail.

Os instrumentos foram aplicados aos professores do 1º ciclo, a nível nacional, e posteriormente inseridos no SPSS versão 23, para análise estatística de dados. Assim, pretendeu-se realizar análises descritivas (e.x., frequência, percentagem, média e desvio padrão), análises de confiabilidade do alfa de *Cronbach* (referidas anteriormente) análises de diferenças (*T- student*) e análises de correlação (r_s de Spearman e r de *Pearson*).

3. Resultados

A apresentação dos resultados está organizada em torno dos objetivos gerais e específicos desta investigação. Assim, e no que diz respeito aos objetivos gerais, referem-se à percepção e práticas dos professores do 1º ciclo têm sobre a PHDA. Os resultados encontram-se nos parágrafos e tabelas a seguir.

3.1.1) *Percepções sobre a PHDA*

Os resultados sobre o Questionário sobre a perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA) em contexto escolar (CADIN- Rodrigues & Horta, 2003), revelaram que na percepção dos docentes entre déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, as características que levam os docentes a suspeitar da existência desta perturbação é o déficit de atenção ($n=99$, 47.6%) e sobre os profissionais acham que deveriam realizar o diagnóstico, responderam que o mais indicado é o psicólogo ($n=163$, 78.4%), porém, também responderam que deveria ser uma equipa multidisciplinar, um neuropediatra, pedopsiquiatra ou um psiquiatra ($n=7$, 3.5%).

No que concerne às características que consideram que perturba mais em contexto escolar, entre 18 opções tiveram que escolher cinco, tendo sido “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades” ($n= 177$, 85.1%) , a mais escolhida, em segundo lugar “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”, em terceiro “Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções)”, em quarto “Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas” e em quinto “Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado”, na tabela a seguir estão as restantes opções.

Tabela 3. Avaliação da percepção sobre a PHDA em contexto escolar

	<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Suspeitas de PHDA	Défice de atenção	99	47.6
	Hiperactividade	93	44.7
	Impulsividade	16	7.7
Quem deve diagnosticar a PHDA	Psicólogo	163	78.4
	Médico	160	76.9
	Professor de ensino especial	41	19.7
	Professor	34	16.3
	Outros	7	3.5
Característica que perturba mais em contexto escolar	Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades	177	85.1%
	Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes	123	59.1
	Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções)	113	54.3
	Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas	96	46.2
	Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado	77	37.0
	Interrompe ou interfere nas atividades dos outros	75	36.1
	Tem dificuldade em esperar a sua vez	68	32.7
	Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares)	63	30.3

Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	61	29.3
Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	56	26.9
Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	53	25.5
Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado	40	19.2
Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares	27	13.0
Esquece-se das atividades quotidianas	11	5.3

Relativamente à prevalência, apontaram que é mais comum nos rapazes do que nas raparigas ($n= 126$, 60.6%) e sobre a sua causalidade assinalaram diversos motivos, sendo a mais selecionada “Fatores genéticos” ($n= 105$, 50.5%). Os professores também apontaram outras possíveis causas, nomeadamente, hábitos de ritmo no núcleo familiar que envolvem horas de sono, falta de regras, refeições, assertividade, pouca interação familiar e diabetes durante a gestação ($n= 8$, 3.8%).

Tabela 4. Avaliação da percepção sobre a PHDA em contexto escolar

	Variáveis	n	%
Prevalência	Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	126	60.6
	Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	78	37.5
	Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	4	1.9
Causalidade	Fatores genéticos	105	50.5
	Fatores biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.)	67	32.2
	Estilos parentais	41	19.7
	Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	36	17.3
	Excesso de TV e Play-station	30	14.4
	Falta de vitaminas	1	.5
	Outros	8	3.8

Posto isto, à questão sobre se a PHDA desaparece com o tempo a grande maioria respondeu que “não” ($n=174$, 83.7%) e se poderão existir outros problemas associados quase todos afirmaram que “sim” ($n=204$, 98.1%). Os que assinalaram com “sim” à pergunta anterior, indicaram que os problemas que provocam maior desadaptação derivam da “Pouca persistência e baixa motivação” ($n= 138$, 66.3%), no entanto, dois participantes escreveram problemas diferentes aos que estavam no questionário: “Não ter o olhar diferenciado do professor” e “Não recebendo os estímulos corretos”.

Tabela 5. *Avaliação da percepção sobre a PHDA em contexto escolar*

	<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Desaparecimento com o tempo	Não	174	83.7
	Sim	34	16.3
Possibilidade de problemas associados	Sim	204	98.1
	Não	4	1.9
Problemas associados que provocam maior desadaptação	Pouca persistência e baixa motivação	138	66.3
	Dificuldades de aprendizagem	129	62.0
	Comportamentos de agressividade e oposição	122	58.7
	Dificuldade na relação com os pares	117	56.3
	Baixa-autoestima	104	50.0
	Não aceitar e respeitar as regras	102	49.0
	Comportamentos de risco	122	58.7

3.1.2) Avaliação das práticas inclusivas

No que diz respeito à intervenção também sobre o Questionário sobre a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) em contexto escolar (CADIN- Rodrigues & Horta, 2003), o que poderá trazer mais benefícios para a criança, como se percebe na tabela seis, a média é mais elevada na medicação ($M = 3.21$, 21.2%), seguido da terapia familiar ($M = 2.82$, 29.8%).

Tabela 6. Avaliação da intervenção sobre a PHDA em contexto escolar

Forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
Medicação	21.2%	18.8%	18.3%	18.3%	11.1%	8.2%	4.3%	3.21	1.74
Colaboração Pais-Escola	64.4%	13.9%	7.7%	4.8%	2.9%	3.8%	2.4%	1.89	1.54
Terapia familiar	29.8%	24.0%	15.9%	9.6%	9.1%	8.2%	3.4%	2.82	1.77
Apoio escolar/académico	38.5%	22.6%	16.8%	10.6%	3.4%	5.3%	2.9%	2.45	1.62
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	45.7%	21.6%	14.4%	7.7%	4.8%	4.3%	1.4%	2.23	1.53
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	53.4%	23.6%	8.2%	4.8%	5.8%	2.9%	1.4%	2.00	1.46

Nota: A escala de resposta está dividida entre 1- Mais importante até ao 7-menos importante.

Por conseguinte, a estratégia que consideraram mais importante a ter em sala de aula com crianças com PHDA centrou-se em “Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola” (M= 4.00, 25.0%) e “encaminhar para o apoio educativo” (M= 3.11, 25.5%).

Tabela 7. Avaliação da intervenção sobre a PHDA em contexto escolar

Estratégias a ter em sala de aula com crianças/jovens com PHDA	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
Encaminhar para um técnico especializado	61.5%	18.3%	4.8%	2.9%	2.4%	4.8%	1.9%	2.9%	.5%	2.06	1.88
Manter um contacto mais frequente com a família	44.2%	26.4%	8.7%	4.3%	4.3%	3.4%	4.3%	3.8%	.5%	2.48	2.03
Adaptar o contexto físico da sala de aula	33.2%	22.1%	17.8%	4.8%	4.3%	5.8%	4.3%	7.2%	.5%	2.99	2.23
Encaminhar para o apoio educativo	25.5%	24.0%	18.8%	9.1%	7.7%	2.9%	7.2%	4.8%	0%	3.11	2.06
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	25.0%	12.0%	13.5%	13.0%	4.3%	9.6%	4.3%	15.9%	2.4%	4.00	2.61
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	38.5%	29.3%	8.7%	7.2%	7.2%	3.8%	2.4%	2.4%	.5%	2.51	1.86

Ser persistente e coerente na introdução e adaptações e estratégias	44.2%	26.4%	8.2%	3.4%	4.8%	5.8%	3.8%	2.4%	1.0%	2.49	2.02
Adaptar materiais e processos de avaliação	41.7%	22.3%	8.3%	5.3%	5.3%	6.8%	4.4%	4.4%	1.5%	2.79	2.25

Nota: A escala de resposta está dividida entre 1- Mais importante até ao 9-menos importante.

No que concerne ao “Questionário Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS)” (Martinussen et al., 2011), quando uma criança apresenta problemas de atenção e/ou comportamento, nunca acontece terem que remover a criança da sala de aula por mau comportamento (M=5.93, 47.1%). No entanto, às vezes acontece os docentes repreenderem verbalmente (M= 4.16, 45.7%). Posto isto, salientaram ainda que acontece muito usarem sinais não verbais para ajudar no prolongamento da atenção durante a realização das tarefas (M= 5.45, 35.1%). Neste seguimento, acontece quase sempre aproximarem-se do aluno (M= 5.30, 37.5%) e acontece sempre darem uma atenção positiva através do elogio ou incentivo (M= 5.60, 49.0%).

Tabela 8. Avaliação sobre a percepção na intervenção em sala de aula

O que pensam que devem fazer quando uma criança apresenta problemas de atenção e/ou comportamento	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
1.Reprender verbalmente*	2.9%	4.3%	18.8%	45.7%	8.7%	14.9%	4.8%	4.16	1.30
2.Prestar assistência durante as transições	.5%	1.4%	3.8%	17.8%	32.7%	28.4%	15.4%	5.27	1.17
3.Usar sinais não-verbais (por exemplo, movimentar a mão) para lembrar a criança a concentrar-se na tarefa	1.4%	.5%	3.4%	10.6%	35.1%	28.4%	20.7%	5.45	1.19
4.Utilizar informação diária- Casa/Escola	1.0%	2.9%	11.1%	26.9%	26.9%	18.8%	12.5%	4.82	1.33
5.Atribuir consequências ao mau comportamento (por exemplo, remover um privilégio)	9.6%	15.9%	15.4%	33.2%	11.5%	11.5%	2.9%	3.67	1.54
6. Ignorar seletivamente (não dar atenção a certas condutas)	5.8%	11.5%	16.3%	28.8%	18.3%	13.5%	5.8%	44.06	1.54
7.Implementar planos de apoio ao comportamento positivo	.5%	1.0%	2.4%	13.5%	28.8%	25.5%	28.4%	4.06	1.54

8. Avaliar a conduta (identificar condutas problemáticas, identificar as ações que precedem ou seguem ditas condutas, identificar a frequência e severidade das condutas, e depois utilizar esta informação para desenvolver um plano de intervenção)	1.4%	1.4%	6.3%	16.3%	26.0%	28.4%	20.2%	5.59	1.20
9. Controlar a proximidade (aproximar-se do aluno)	1.4%	1.4%	3.4%	9.1%	23.1%	37.5%	24.0%	5.30	1.33
10. Dar uma atenção positiva (elogiar, incentivar)	1.0%	.5%	.5%	4.3%	13.9%	30.8%	49.0%	5.60	1.25
11. Remover a criança da sala de aula por mau comportamento*	1.4%	3.4%	1.4%	9.6%	9.6%	27.4%	47.1%	5.93	1.40
12. Ensinar o comportamento apropriado (por exemplo, convenções sociais) e ensaiá-lo com as crianças	1.9%	4.8%	7.7%	16.3%	25.5%	27.9%	15.9%	2.07	1.40
13. Comunicar frequentemente com os pais (por exemplo, reuniões, telefonemas, e-mail)	2.4%	1.0%	5.8%	13.0%	29.3%	27.4%	21.2%	5.06	1.46
14. “Tempo para pensar” *	16.3%	22.1%	26.0%	15.9%	10.6%	5.8%	3.4%	3.12	1.58
15. Gerir a conduta baseada no custo da resposta (ganhar pontos ou fichas por específicas condutas apropriadas, e retirar os mesmos por condutas inapropriadas)	8.2%	8.2%	12.5%	23.6%	20.2%	17.8%	9.6%	4.87	1.58

Nota: A escala de resposta está dividida entre: 1- Nunca acontece, 2- Quase nunca, 3- Acontece pouco, 4- Às vezes acontece, 5- Acontece muito, 6- Quase sempre, até ao 7-Acontece sempre.

Relativamente às estratégias de ensino-aprendizagem que recorrem também aos problemas de atenção e/ou comportamento, os resultados revelaram que acontece muito criarem um contrato comportamental (M= 5.64, 30.8%).

Tabela 9. Avaliação sobre as estratégias de ensino-aprendizagem que aplicam

Que estratégias de ensino-aprendizagem recorrem nos problemas de atenção e/ou comportamento									
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
1. Modificar a linguagem usada nas instruções (ex. falar lentamente, encurtar frases, repetir instruções)	.5%	.5%	1.0%	11.1%	25.5%	38.0%	23.6%	4.31	1.69
2. Fornecer sinais e material de suporte concretos (ex. sinais visuais, cartazes, diagramas)	0%	1.4%	1.9%	11.1%	26.9%	38.5%	20.2%	5.69	1.06
3. Atribuir tarefas mais simples/ curtas	0%	1.0%	3.8%	9.1%	24.5%	38.9%	22.6%	5.60	1.07
4. Criar um contrato comportamental	2.4%	2.4%	4.3%	21.2%	30.8%	23.1%	15.9%	5.64	1.30
5. Dividir tarefas em secções mais pequenas	0%	1.0%	1.9%	12.0%	27.4%	38.0%	19.7%	5.08	1.36
6. Dar às crianças a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos	2.9%	3.4%	14.9%	20.2%	25.0%	26.9%	6.7%	5.59	1.05
7. Proporcionar ao aluno feedback mais imediato e frequente sobre o seu desempenho nos trabalhos ou atividades	0%	0%	1.9%	7.2%	21.6%	40.9%	28.4%	4.69	1.41
8. Simplificar as instruções e transmiti-las passo a passo	0%	0%	1.4%	6.7%	27.4%	39.4%	25.0%	5.87	.97
9. Ajudar a criança a estabelecer metas e a monitorizar o progresso	.5%	1.0%	3.8%	12.0%	26.0%	35.6%	21.2%	5.53	1.16
10. Criar um programa de recompensas (dar sinais/ fichas/ autocolantes para o comportamento apropriado)	2.4%	2.9%	9.1%	17.8%	21.6%	29.8%	16.3%	5.08	1.46
11. Reduzir as expectativas sobre o trabalho	13.9%	9.6%	15.4%	19.2%	23.1%	15.4%	3.4%	3.88	1.71
12. Ensinar a criança a organizar-se ou a planear	0%	0%	2.4%	7.7%	27.4%	38.0%	24.5%	5.75	.99
13. Usar técnicas de resposta além da verbal (por exemplo, cartões de resposta)	4.3%	5.3%	11.5%	17.8%	21.6%	31.7%	7.7%	4.73	1.54
14. Evidenciar os pontos-chave das atividades/tarefas às crianças	0%	.5%	3.4%	13.5%	25.0%	38.0%	19.7%	5.56	1.08

Nota: A escala de resposta está dividida entre: 1- Nunca acontece, 2- Quase nunca, 3- Acontece pouco, 4- Às vezes acontece, 5- Acontece muito, 6- Quase sempre, até ao 7- Acontece sempre.

3.2.1) Relação entre a percepção e as práticas

Foi utilizado o teste de associação de Spearman para avaliar a relação entre o nível de percepção da perturbação e as práticas dos docentes. Como se percebe na tabela 10, observou-se que existe uma relação positiva significativa entre a crença de que a PHDA desaparece com o tempo com estratégia de “dar às crianças a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos”, “modificar a linguagem nas instruções” e “ensinar a criança a organizar-se ou a planear”. Também uma correlação positiva entre a percepção sobre as características da PHDA com a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos às crianças com PHDA. As restantes correlações encontradas são negativas, nomeadamente, o conhecimento acerca dos problemas que podem provocar desadaptação, com “modificar a linguagem usada nas instruções” ($r_s = -.143$, $p = .039$), assim como, não irão “fornecer sinais e material de suporte concretos” ($r_s = -.156$, $p = .025$) e “atribuir tarefas mais simples/curtas” ($r_s = -.160$, $p = .021$). Também com a prática de “dividir tarefas em secções mais pequenas” ($r_s = -.183^{**}$, $p = .008$), com o “proporcionar ao aluno feedback mais imediato e frequente sobre o seu desempenho nos trabalhos ou atividades” ($r_s = -.146$, $p = .035$), “ensinar a criança a organizar-se ou a planear” ($r_s = -.183$, $p = .008$) e em “evidenciar os pontos-chave das atividades/tarefas às crianças” ($r_s = -.138$, $p = .047$). Por outras palavras, quanto maior a percepção, menos estas práticas serão aplicadas.

Tabela 10. Relação entre a percepção sobre a PHDA com as práticas utilizadas

Práticas tidas (IBMAS)	Percepção sobre a PHDA							
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>
Modificar a linguagem usada nas instruções (ex. falar lentamente, encurtar frases, repetir instruções)	.005	-.08	.02	-.04	.11	.09	.01	-.143*
Fornecer sinais e material de suporte concretos (ex. sinais visuais, cartazes, diagramas)	-.05	.03	.00	-.00	.139*	.09	.05	-.156*
Atribuir tarefas mais simples/ curtas	.02	.09	-.12	-.02	.10	-.05	-.04	-.160*
Criar um contrato comportamental	.05	.01	.01	-.12	-.02	-.02	.06	-.05
Dividir tarefas em secções mais pequenas	.06	.02	-.06	-.03	.164*	-.09	-.06	-.183**
Dar às crianças a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos	.05	.163*	-.05	-.00	-.04	-.07	.08	-.02
Proporcionar ao aluno feedback mais imediato e frequente sobre o seu desempenho nos trabalhos ou atividades	-.06	.06	.02	.01	.06	-.04	.06	-.146*
Simplificar as instruções e transmiti-las passo a passo	.07	.02	-.02	-.01	.12	.01	.11	-.10
Ajudar a criança a estabelecer metas e a monitorizar o progresso	.07	.05	.04	-.05	.06	-.05	.03	-.13
Criar um programa de recompensas (dar sinais/ fichas/ autocolantes para o comportamento apropriado)	-.03	.00	.07	-.02	-.01	-.07	-.05	.01
Reduzir as expectativas sobre o trabalho	-.01	.12	-.03	-.10	.03	-.12	-.09	-.11
Ensinar a criança a organizar-se ou a planear	.06	-.06	.04	-.04	.143*	.06	.03	-.183**

Usar técnicas de resposta além da verbal (por exemplo, cartões de resposta)	.11	-.06	.04	-.02	.11	.02	.04	-.09
Evidenciar os pontos-chave das atividades/tarefas às crianças	-.03	.01	.07	.08	.12	-.04	-.01	-.138*

Nota: Para facilitar a leitura da tabela, descreveu-se a percepção através dos números: 1- Suspeitas de PHDA; 2- Percepção sobre as características da PHDA; 3- Prevalência entre os sexos; 4- Percepção sobre a causalidade da PHDA; 5- Percepção sobre o desaparecimento da PHDA com o tempo; 6- Percepção sobre quem realiza o diagnóstico; 7- Problemas que podem surgir; 8- Problemas que podem provocar desadaptação.

3.2.2) Relação entre a percepção e as práticas com os dados sociodemográficos

Foi utilizado o teste de associação de Pearson para analisar a relação entre a percepção e as práticas dos professores em função da sua experiência profissional e a pesquisa de informação e o teste T-Student em função do sexo. Como está descrito nas tabelas a seguir, foi encontrada uma relação estatisticamente significativa positiva entre os anos de serviço com as suspeitas de PHDA ($r = .230$, $p = .001$), o que significa que quanto maior a experiência profissional, maior a percepção sobre as suspeitas de PHDA. No sentido inverso, encontrou-se uma relação negativa e muito baixa entre a experiência profissional e a percepção sobre a sua causa ($r = -.140$, $p = .044$), e com os problemas que possam surgir ($r = -.188$, $p = .006$). Isso significa que quanto maior a experiência profissional, menor a percepção sobre a origem da PHDA e sobre os problemas que possam surgir. Relativamente à experiência com crianças diagnosticadas com PHDA, obteve-se uma relação significativa, negativa, com o conhecimento sobre quem realiza o diagnóstico ($r = -.157$, $p = .023$), ou seja, quanto maior a experiência com crianças diagnosticadas, menor a percepção sobre quem realiza o seu diagnóstico. Encontrou-se ainda uma relação positiva baixa entre a experiência com crianças diagnosticadas e o que pensam que devem fazer quando apresentam problemas de atenção/comportamento ($r = .148$, $p = .033$), indicando que os docentes com mais experiência estão mais conscientes do diagnóstico.

Tabela 11. *Relação entre a percepção e as práticas em função da experiência profissional*

	Anos de serviço	Experiência com crianças diagnosticadas com PHDA
Suspeitas de PHDA	.230**	-.05
Conhecimento sobre as características da PHDA	-.06	.08
Prevalência entre os sexos	.09	-.05
Conhecimento sobre a causalidade da PHDA	-.140*	.04
Conhecimento sobre o desaparecimento da PHDA com o tempo	-.02	.14
Conhecimento sobre quem realiza o diagnóstico	.02	-.157**
Problemas que podem surgir	-.188**	-.06
Problemas que podem provocar desadaptação	-.09	.06
Forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança	.09	-.01
Forma de intervenção que o professor pode ter em sala de aula	.01	.01
O que pensam que devem fazer quando a criança apresenta problemas de atenção/comportamento	.03	.148*
As estratégias de ensino-aprendizagem que recorrem	-.04	.10

Tabela 12. *Relação entre as práticas em função da pesquisa de informação*

		Pesquisa de informação
O que pensam que devem fazer quando a criança apresenta problemas de atenção/comportamento	<i>r</i>	-.06
As estratégias de ensino-aprendizagem que recorrem	<i>r</i>	-.11

Com recurso ao teste T-Student para avaliar as diferenças no tipo de relação com a percepção em função do género, encontrou-se diferenças significativas na dimensão prevalência entre os sexos [t (202) = 1.021, p= .012], percepção sobre a causalidade [t (202) = -1.067, p= .015] e na percepção sobre o desaparecimento da PHDA com o tempo [t (17.38) = 2.171, p = .001], com as professoras a apresentar pontuações superiores na primeira e terceira dimensões.

Tabela 13. *Diferença no tipo de relação da percepção e práticas em função do sexo*

	Feminino		Masculino		Teste de T-Student		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Suspeitas de PHDA	49.58	.62	49.64	.60	-.404	202	.528
Conhecimento sobre as características da PHDA	9.77	5.25	7.76	5.43	1.505	202	.830
Prevalência entre os sexos	52.77	.95	52.52	.87	1.021	202	.012
Conhecimento sobre a causalidade da PHDA	22.83	2.19	23.41	1.27	-1.067	202	.015
Conhecimento sobre o desaparecimento da PHDA com o tempo	1.86	.50	1.59	.34	2.171	17.38	<.001*
Conhecimento sobre quem realiza o diagnóstico	28.79	1.08	28.94	1.08	-.524	202	.928
Problemas que podem surgir	1.02	.14	1.00	.00	.607	202	.216
Problemas que podem provocar desadaptação	34.60	1.90	34.88	1.90	-.566	202	.608
Forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança	14.52	16.05	16.05	9.03	-.893	202	.116
Forma de intervenção que o professor pode ter em sala de aula	22.37	12.43	25.88	15.23	-1.090	200	.254
O que pensam que devem fazer quando a criança apresenta problemas de atenção/comportamento	75.19	10.95	67.23	10.86	2.87	202	.636
O que pensam que devem fazer quando a criança apresenta problemas de atenção/comportamento	74.22	8.19	69.76	7.28	2.170	202	.535

3.2.3) *Gestão de comportamento com as estratégias de ensino-aprendizagem*

Com recurso ao teste Pearson, relacionou-se as duas perguntas do instrumento IBMAS (Martinussen et al., 2011). Para facilitar a leitura, descreveu-se em “nota”, os itens da primeira pergunta.

Como se pode verificar na tabela abaixo, encontramos uma relação negativa entre repreender verbalmente, e atribuir consequências ao mau comportamento (por exemplo, remover um privilégio), estratégias comportamentais, com as práticas. As restantes correlações apresentaram-se pela positiva. Destaca-se a correlação mediana entre implementação de planos de apoio ao comportamento positivo com a criação de um programa de recompensas; ou avaliar a conduta com o apoio ao estabelecimento de metas e monitorização de progressos ou criação de um programa de recompensas.

Observou-se também que existe uma cotação mais positiva significativa moderada, em cada estratégia com cada item da 1ª questão, centrando-se em: “Prestar assistência durante as transições” com a estratégia de “Proporcionar ao aluno feedback mais imediato e frequente sobre o seu desempenho nos trabalhos ou atividades” ($r = .397, p < .001$); “Usar sinais não-verbais para lembrar a criança a concentrar-se na tarefa” com a estratégia de “modificar a linguagem usada nas instruções” ($r = .352, p < .001$); “Utilizar informação diária- Casa/Escola” com a estratégia de “Ajudar a criança a estabelecer metas e a monitorizar o progresso” ($r = .392, p < .001$); “Ignorar seletivamente” com a estratégia de “Dar às crianças a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos” ($r = .397, p < .001$); “Implementar planos de apoio ao comportamento positivo” com a estratégia de “Criar um programa de recompensas” ($r = .423, p < .001$); “Avaliar a conduta” com a estratégia de “Ajudar a criança a estabelecer metas e a monitorizar o progresso” ($r = .455, p < .001$); “Controlar a proximidade” com a estratégia de “Criar um contrato comportamental” ($r = .311, p < .001$); “Dar uma atenção positiva” com a estratégia de “Proporcionar ao aluno feedback mais imediato e frequente sobre o seu desempenho nos trabalhos ou atividades” ($r = .326, p < .001$); “Ensinar o comportamento apropriado” com a estratégia de “Modificar a linguagem usada nas instruções” ($r = .380, p < .001$); “Comunicar frequentemente com os pais” com a estratégia de “Ajudar a criança a estabelecer metas e a monitorizar o progresso” ($r = .245, p < .001$); “Tempo para pensar” (item invertido) com a estratégia de “Usar técnicas de resposta além da verbal” ($r = .241, p < .001$); e “Gerir a conduta baseada no custo da resposta” com a estratégia de “Criar um programa de recompensas” ($r = .513, p < .001$), sendo esta a única relação com um resultado positivo elevado. Isso significa que a gestão de comportamento pode influenciar na forma como os professores realizam as intervenções.

Tabela 14. *Relação entre a gestão de comportamento e as práticas*

Práticas tidas (IBMAS)	O que pensam que devem fazer quando a criança apresenta problemas de atenção/comportamento								
	<u>1</u> *	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>
Modificar a linguagem usada nas instruções (ex. falar lentamente, encurtar frases, repetir instruções)	-.163*	.268**	.352**	.223**	-.09	.03	.210**	.223**	.282**
Fornecer sinais e material de suporte concretos (ex. sinais visuais, cartazes, diagramas)	-.172*	.257**	.296**	.336**	-.13	-.00	.376**	.289**	.262**
Atribuir tarefas mais simples/ curtas	-.202**	.286**	.302**	.334**	-.12	.04	.255**	.263**	.259**
Criar um contrato comportamental	-.06	.189**	.247**	.387**	.01	-.01	.242**	.366**	.311**
Dividir tarefas em secções mais pequenas	-.183*	.327**	.321**	.372**	-.139*	.01	.316**	.276**	.256**
Dar às crianças a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos	-.218*	.253**	.280**	.299**	-.188**	.191**	.308**	.215**	.149*
Proporcionar ao aluno feedback mais imediato e frequente sobre o seu desempenho nos trabalhos ou atividades	-.230**	.397**	.318**	.315**	-.13	.07	.354**	.321**	.232**
Simplificar as instruções e transmiti-las passo a passo	-.169*	.353**	.365**	.301**	-.09	.07	.307**	.248**	.229**
Ajudar a criança a estabelecer metas e a monitorizar o progresso	-.12	.303**	.332**	.392**	-.11	.08	.394**	.455**	.187**
Criar um programa de recompensas (dar sinais/ fichas/ autocolantes para o comportamento apropriado)	-.07	.260**	.227**	.326**	.09	.13	.423**	.400**	.13
Reduzir as expectativas sobre o trabalho	-.09	.04	.04	.144*	-.05	.09	.064	.11	.149*
Ensinar a criança a organizar-se ou a planear	-.178**	.323**	.322**	.239**	-.07	.06	.314**	.233**	.200**
Usar técnicas de resposta além da verbal (por exemplo, cartões de resposta)	-.185**	.178*	.292**	.361**	-.05	.09	.306**	.375**	.143*
Evidenciar os pontos-chave das atividades/tarefas às crianças	-.202**	.351**	.315**	.342**	-.08	.02	.332**	.308**	.223**

Tabela 15. *Relação entre a gestão de comportamento e as práticas*

Práticas tidas (IBMAS)	O que pensam que devem fazer quando a criança apresenta problemas de atenção/comportamento (continuação)					
	<u>10</u>	<u>11*</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14*</u>	<u>15</u>
Modificar a linguagem usada nas instruções (ex. falar lentamente, encurtar frases, repetir instruções)	.273**	-.07	.380**	.235**	.05	.156*
Fornecer sinais e material de suporte concretos (ex. sinais visuais, cartazes, diagramas)	.216**	-.09	.270**	.245**	.12	.212**
Atribuir tarefas mais simples/ curtas	.273**	-.01	.250**	.158*	.170*	.178**
Criar um contrato comportamental	.183**	-.01	.22	.171*	.184**	.367**
Dividir tarefas em secções mais pequenas	.287**	-.03	.210**	.08	.199**	.183**
Dar às crianças a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos	.140*	.04	.235**	.09	.06	.153*
Proporcionar ao aluno feedback mais imediato e frequente sobre o seu desempenho nos trabalhos ou atividades	.326**	-.09	.298**	.201**	.170*	.210**
Simplificar as instruções e transmiti-las passo a passo	.307**	-.11	.223**	.14	.225**	.200**
Ajudar a criança a estabelecer metas e a monitorizar o progresso	.255**	-.10	.231**	.245**	.231**	.296**
Criar um programa de recompensas (dar sinais/ fichas/ autocolantes para o comportamento apropriado)	.164*	.06	.09	.188**	.11	.513**
Reduzir as expectativas sobre o trabalho	.174*	.14	.10	.138*	.07	.13
Ensinar a criança a organizar-se ou a planear	.250**	.150*	.160*	.177*	.216**	.09
Usar técnicas de resposta além da verbal (por exemplo, cartões de resposta)	.154*	-.02	.192**	.217**	.241**	.387**
Evidenciar os pontos-chave das atividades/tarefas às crianças	.279**	-.11	.221**	.148*	.234**	.152*

Nota: Para facilitar a leitura da tabela, descreveu-se o conhecimento através dos números: 1- Repreender verbalmente → item invertido; 2. Prestar assistência durante as transições; 3- Usar sinais não-verbais (por exemplo, movimentar a mão) para relembrar a criança a concentrar-se na tarefa; 4- Utilizar informação diária- Casa/Escola; 5- Atribuir consequências ao mau comportamento (por exemplo, remover um privilégio); 6- Ignorar seletivamente (não dar atenção a certas condutas); 7- Implementar planos de apoio ao comportamento positivo; 8- Avaliar a conduta (identificar condutas problemáticas, identificar as ações que precedem ou seguem ditas condutas, identificar a frequência e severidade das condutas, e depois utilizar esta informação para desenvolver um plano de intervenção); 9- Controlar a proximidade (aproximar-se do aluno); 10- Dar uma atenção positiva (elogiar, incentivar); 11- Remover a criança da sala de aula por mau comportamento → item invertido; 12- Ensinar o comportamento apropriado (por exemplo, convenções sociais) e ensaiá-lo com as crianças; 13- Comunicar frequentemente com os pais (por exemplo, reuniões, telefonemas, e-mail); 14- “Tempo para pensar” → item invertido; 15- Gerir a conduta baseada no custo da resposta (ganhar pontos ou fichas por específicas condutas apropriadas, e retirar os mesmos por condutas inapropriadas).

4. Discussão

A PHDA caracteriza-se por um conjunto de sintomas que se apresenta apenas através da desatenção, somente com sintomas de hiperatividade e impulsividade ou uma combinação de desatenção com hiperatividade (Braun et al., 2019; Ribeiro, 2021), no entanto, segundo os resultados desta investigação a mais prevalente centra-se no défice de atenção, sendo mais prevalente nos rapazes do que nas raparigas, o que vai ao encontro da APA (2014) e outros autores que indicam o mesmo (Barkley, 1981, citado por Lourenço, 2009; Ribeiro, 2021). Apesar da hiperatividade evidenciar-se maioritariamente em sala de aula (APA, 2014), os docentes colocaram essa opção em último lugar, privilegiando o défice de atenção (e.x., tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades, distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes, e afins).

No que concerne à realização do diagnóstico, diversos profissionais podem contribuir para a sua avaliação, nomeadamente, pediatras, psicólogos, psiquiatras e outras especialidades médicas, sendo importante que a mesma seja realizada por uma equipa multidisciplinar (Oliveira et al., 2015), o que vai ao encontro das respostas dos participantes, sendo mais destacado o psicólogo.

Relativamente à origem da PHDA, neste estudo foi assinalado diversos motivos, contudo, a mais selecionada centrou-se nos fatores genéticos, o que corresponde também ao que a literatura, de uma forma geral, refere. Em vários estudos também não incluem apenas a parte genética, mas também os efeitos de “gene-ambiente” desencadeados pela interação, nomeadamente, problemas familiares (e.x., desentendimentos, separações e violência) e económicos (Lourenço, 2009; Thapar et al., 2013), algo que também é parcial com o conhecimento dos professores que selecionaram: estilos parentais, assertividade e pouca interação familiar.

Posto isto, ainda sobre esta perturbação, segundo alguns autores, a PHDA é vista como resultante de um impacto negativo e significativo na dimensão social e académico nas crianças, ocorrendo com frequência atrasos ligeiros na linguagem, a nível motor e social e são estudantes considerados agitados que demonstram alguma desadaptação escolar nas aprendizagens e com o relacionamento dos pares e professores (Poeta & Rosa Neto, 2004; Lourenço, 2009; APA, 2014; Vian, 2020). Assim, segundo os resultados deste estudo e baseando no conhecimento dos docentes do 1º ciclo, os problemas associados que provocam maior desadaptação vão ao encontro dos autores anteriormente referidos, focalizando-se na dificuldade na relação com os pares, nas

dificuldades de aprendizagem e não ter o olhar diferenciado dos professores, contudo, 138 participantes de 208 optaram pela “pouca persistência e baixa motivação”, o que se distingue dos estudos realizados.

Relativamente à intervenção, segundo a APA (2014), existem várias formas de incluir, sendo uma das essenciais recompensar pelos comportamentos apropriados, no entanto ninguém apontou essa estratégia. Na literatura também se destacou a importância da colaboração entre os pais e os profissionais educacionais e o encaminhamento para um outro profissional especializado (Mazon et al., 2018; Miranda & Martins, 2021), o que vai ao encontro das respostas destes participantes (e.x., pedagogia do afeto e terapia ocupacional). Também é fundamental que o trabalho de um docente seja desenvolvido com outros profissionais (Vitaliano, 2019), investindo na comunicação entre a equipa multidisciplinar, sendo também uma das outras estratégias que os sujeitos escreveram.

Neste seguimento, os professores também destacaram a exploração de outro tipo de ambiente sendo diferente à sala de aula tradicional, a diferenciação pedagógica, dar importância ao lugar em sala de aula e um espaço na sala para fazer “retorno à calma”. Assim, Dias e colaboradores (2016) também salientam que é prioridade dar importância à forma como as crianças com PHDA estão inseridas no grupo da turma, tal como oferecer a possibilidade de participarem em diferentes atividades escolares, de aprender com os seus pares e desenvolver competências sociais, o que vai ao encontro de outras opções de alguns participantes: acompanhar os alunos nas atividades curriculares e extracurriculares, trabalhos de grupo com os pares (e.x., Kahoot, wordwall, robótica, questionários interativos, entre outros.) e reduzir o número de alunos por turma. Neste seguimento, Miranda e Martins (2021), também vai ao encontro dos resultados nesta investigação e de outros autores, salientando que as intervenções de gestão de tempo em contexto de sala também são essenciais, através de programas mais ou menos intensivos, focalizando-se nas estratégias de aprendizagem.

Apesar dos participantes terem destacado o encaminhamento para um técnico especializado como estratégia a ter em sala de aula, para os autores, além desse encaminhamento, os docentes também conseguem aplicar estratégias positivas, nomeadamente, remoção de fatores de distração, diversificação de instrumentos de recolha de informação, estruturação das perguntas para que sejam curtas, concretas e objetivas, optar por perguntas fechadas em momentos de avaliação, dar um tempo extra para a realização das tarefas (Rodrigues, 2022).

Além da importância de investigar a percepção que os professores têm sobre a PHDA e as suas estratégias de intervenção, também se acrescentou a relevância da percepção dos mesmos através das questões sociodemográficas e respostas dadas no “Questionário sobre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção (PHDA) em contexto escolar” (CADIN- Rodrigues & Horta, 2003). Posto isto e segundo o autor Jou e colaboradores (2010), na escola a impulsividade é interpretada como falta de disciplina, o que se relaciona com a resposta de um dos participantes que destacou “a falta de regras” como sendo a causa para o aparecimento desta perturbação. No que concerne à medicação, quando os professores foram questionados sobre a mesma, muitos responderam de forma positiva sobre o seu conhecimento e tratamento (Mazon et al., 2018), indo ao encontro dos resultados de um dos instrumentos na qual muitos docentes responderam que é o fator mais importante e benéfico nas intervenções.

Vários autores concluíram que é escasso o conhecimento dos professores sobre a PHDA porque têm dificuldade em reconhecer esta perturbação devido aos seus sintomas não se manifestarem de forma isolada, sendo ainda pouco significativo o suporte de apoio que as escolas oferecem (Jou et al., 2010; Mazon et al., 2018), algo que ainda está muito presente nos dias de hoje como se pode verificar nos resultados. Por outras palavras, existe concordância com a literatura visto que alguns participantes salientaram da falta de apoio do governo, das escolas em sala de aula e a falta de conselhos dos profissionais em PHDA para que ajudem a criança a evoluir positivamente. No entanto, não demonstram ter pouco conhecimento visto que descreveram como algo essencial, ter um professor coadjuvante em sala de aula e mudar as tarefas para que impliquem menos tempo de atenção e de curta duração ou investir no foco de atenção com exercícios de respiração e/ou meditação. Num estudo de Mazon e colaboradores (2018), também referem que alguns profissionais escolheram atividades adaptadas, enquanto que outros afirmaram que as atividades deveriam ser iguais para todos os alunos e os restantes preferiram indicar a presença de um professor especializado.

Neste seguimento, existe uma tendência para que estes educadores identifiquem estes alunos com relatos sobre comportamento agitado na execução de atividades propostas, dificuldade na concentração e de aprendizagem (Mazon et al., 2018), apesar de 99 participantes terem escolhido o défice de atenção como a característica mais prevalente, 93 optaram pela hiperatividade, indo ao encontro também da literatura. Num estudo de Huang (2013), foi testado os níveis de autoeficácia para as práticas inclusivas

com alguns dados sociodemográficos (e.x., variáveis pessoais e experiência), obtendo-se um resultado médio mais baixo entre as mulheres. Apesar de não ter sido testado os níveis de autoeficácia, neste estudo correlacionou-se as mesmas variáveis com o conhecimento da PHDA, adquirindo também um resultado significativo positivo numa das perguntas relativamente ao sexo feminino.

Todos os objetivos deste estudo tiveram como base as hipóteses de investigação criadas através de uma intensa pesquisa na literatura. Desta forma, esperava-se uma relação entre as perceções dos professores sobre a PHDA e as suas práticas (Braga, 2017), posto isto e como se pôde verificar, as respostas foram ao encontro do que era esperado, principalmente no que concerne à atenção particulada que se deve dar aos alunos com esta perturbação e à intervenção correta. No entanto, em relação à correlação entre a gestão de comportamento e intervenção, houve uma correlação significativa positiva baixa. No que concerne à segunda hipótese de investigação, esperam-se diferenças significativas nas perceções e práticas em função da experiência profissional e com crianças com PHDA (Curtis et al., 2006), algo que se verificou pela positiva nos resultados deste estudo, através das respostas que deram nos questionários.

Apesar do alcance de algumas correlações positivas e da divergência de respostas no preenchimento dos questionários, é importante salientar algumas limitações que decorreram ao longo da análise do estudo. Vários participantes tiveram que ser retirados por haver respostas inconclusivas, colocando em causa os resultados finais, quando se relacionava com os dados sociodemográficos. Desta forma e relativamente à idade, um participante respondeu “mais de 60 anos”. Outros três sujeitos também foram eliminados porque à pergunta sobre os anos de serviço, responderam: “cerca de 20 anos”, “entre um e dois anos” e “378 anos”. No que concerne à questão sobre experiência com indivíduos com PHDA, sete pessoas não responderam. À pergunta “com quantos alunos trabalhou com o diagnóstico com PHDA”, algumas respostas não foram concretas, então optou-se por colocar a variável: “Não sei responder” para não ter que eliminar mais respostas, sendo uma pergunta que já se esperava alguma incerteza. As respostas dos participantes foram: Alguns; mais de 30; vários, não consigo contabilizar; mais de 10; muitos, não sei exatamente quantos; mais de cinco; não sei; vários; não sei contabilizar, mas foram bastantes; muitos; bastantes, uns com diagnóstico e outros não; um a dois por ano; não tenho ideia, mas já alguns; não tenho ideia; muitos. Neste seguimento de não eliminar mais participantes para não apagar as respostas aos questionários, três pessoas não responderam à questão sobre a medicação,

colocando a variável “não sei” e sobre o contactar o médico, cinco participantes deixaram em branco também. Sobre onde costumam procurar informação acerca da perturbação, duas pessoas não responderam, então alterou-se a variável para “não respondeu”. Por último, à questão em relação ao contexto em que trabalha (regular ou inclusivo”, um participante referiu: “questão mal elaborada, todo o ensino deve ser inclusivo, não há distinção entre os ensinos mencionados”, desta maneira não houve alternativa, tendo sido eliminado/a do estudo. No entanto, é essencial esclarecer que a questão foi formulada desta forma pois há uns anos atrás, segundo a história sobre a inclusão, algumas escolas eram reconhecidas como “ensino especial”, para as estruturas educacionais que aceitavam crianças ou jovens com limitações (e.x., cognitivas ou físicas), porém, com a nova lei, o nome alterou-se para “ensino inclusivo”. Contudo, a reflexão foi lida com atenção e para uma próxima é aconselhável destacar esta pequena informação na pergunta para uma melhor compreensão da mesma.

5. Conclusão

Foram alguns dos objetivos gerais de estudo desta investigação, nomeadamente, avaliar a perceção e as práticas dos professores do 1º ciclo sobre a PHDA, e a sua relação com a autoeficácia e práticas inclusivas tendo-se averiguado que maioritariamente dos participantes apresentaram resultados sólidos pela positiva, indo ao encontro da literatura. Os objetivos específicos presentes, centraram-se em perceber a existência de relação entre o nível de perceção da PHDA entre as práticas tidas, a perceção e práticas em função da experiência profissional, sexo e pesquisa de informação, e analisar a gestão de comportamento com as estratégias de ensino-aprendizagem que recorrem.

Posto isto, como foi possível analisar, no primeiro objetivo específico, existe uma relação positiva significativa entre a crença de que a PHDA desaparece com o tempo com estratégia de “dar às crianças a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos”, “modificar a linguagem nas instruções” e “ensinar a criança a organizar-se ou a planear” e uma correlação positiva entre a perceção sobre as características da PHDA com a opção de “escolher tarefas e/ou trabalhos às crianças com PHDA”. Como se verificou nos resultados, as restantes correlações encontradas são negativas, ou seja, quanto maior a perceção, menos as práticas destacadas serão aplicadas. Um resultado que requer atenção por parte dos investigadores.

Neste seguimento, para o segundo objetivo específico, foi encontrada uma relação estatisticamente significativa positiva entre os anos de serviço com as suspeitas de PHDA, quanto maior a experiência profissional, maior a perceção sobre as suspeitas de PHDA. Em contrapartida, encontrou-se uma relação negativa e muito baixa entre a experiência profissional e a perceção sobre a sua causa, por outras palavras, quanto maior a experiência profissional, menor a perceção sobre a origem da PHDA e sobre os problemas que possam surgir. Relativamente à experiência com crianças diagnosticadas com PHDA, obteve-se uma relação significativa, negativa, com o conhecimento sobre quem realiza o seu diagnóstico, assim, coloca-se a suposição de que um docente, à medida que tem mais experiência, lida com mais possíveis profissionais a realizar o diagnóstico, o que poderá criar alguma confusão ao longo do tempo, assim como, poderá justificar estas relações negativas. Na relação entre a perceção e as práticas utilizadas não surgiram resultados estatisticamente significativos em função da pesquisa de informação, no entanto, ainda com a variável com recurso à pesquisa, observa-se que existe uma relação negativa entre as suspeitas de PHDA e as estratégias de ensino-

aprendizagem. Porém, houve uma relação positiva baixa entre a experiência com crianças diagnosticadas e as práticas, nomeadamente, sobre o que pensam que devem fazer quando apresentam problemas de atenção/comportamento, indicando que os professores com mais experiência estão mais conscientes do diagnóstico. Na avaliação sobre as diferenças no tipo de relação com a perceção em função do género, encontrou-se diferenças significativas na dimensão prevalência entre os sexos, perceção sobre a causalidade e na perceção sobre o desaparecimento da PHDA com o tempo, com as professoras a apresentar pontuações superiores na primeira e terceira dimensões.

No que concerne ao último objetivo específico, encontrou-se uma relação negativa entre repreender verbalmente, e atribuir consequências ao mau comportamento (por exemplo, remover um privilégio), estratégias comportamentais, com as práticas. Destaca-se ainda, uma correlação mediana entre implementação de planos de apoio ao comportamento positivo com a criação de um programa de recompensas; ou avaliar a conduta com o apoio ao estabelecimento de metas e monitorização de progressos ou criação de um programa de recompensas. Desta forma, os professores têm comportamentos coerentes no que diz respeito ao que pensam que devem fazer, com as práticas que aplicam, significando ainda que a gestão de comportamento pode influenciar na forma como os professores realizam as intervenções. Importa ainda referir algumas limitações que surgiram neste estudo. O período na qual decorreu o preenchimento dos questionários não foi o mais viável, tendo sido na pior altura para os docentes, visto que estavam sobrecarregados com as entregas das avaliações de final do ano. Outra limitação que se verificou é relativa ao formato on-line, existindo a possibilidade de algumas respostas terem sido enviesadas, através de alguns fatores dominantes (e.x., a hora do dia/noite, cansaço, não estarem sozinhos, entre outros). Por último, a falha na escolha dos instrumentos, apesar dos resultados terem sido positivos e ido ao encontro do que a literatura dita, teria sido mais fiável uma outra escolha de questionários para perceber melhor a relação do conhecimento da PHDA com as práticas utilizadas.

É importante transmitir alguns estudos que poderiam ser feitos acerca desta temática, nomeadamente, se a maioria das crianças diagnosticadas com esta perturbação apresentam o sintomologia combinada (Antunes, 2019), se existem adaptações e mudanças ambientais nas salas de aula (Barros, 2021) e se há um incentivo dos docentes para o trabalho autónomo e um encorajamento nas tarefas escolares perante os alunos com esta perturbação (Jou et al., 2010). Neste seguimento e segundo Ribeiro (2021),

também seria importante estudar a quantidade de vezes que existe uma intervenção na leitura e na escrita. Analisar os professores que lecionam do 1º ao 4º ano e as suas experiências bem sucedidas sobre a inclusão e os conhecimentos sobre casos reais (Rodrigues, 2008) e perceber como é que os docentes mais velhos se sentem em relação à preparação na promoção da inclusão destes alunos (Dias, 2017). Dado alguns resultados negativos dos objetivos específicos desta investigação, também seria fundamental perceber como é que quanto maior a experiência profissional (anos de serviço e com crianças diagnosticadas), menor a perceção sobre quem realiza o diagnóstico, perceção sobre a causalidade e sobre problemas que possam surgir. Assim como, averiguar a possibilidade de quanto maior a perceção, menos as práticas aplicadas e quanto maior a pesquisa de informação, menor será a perceção sobre as suspeitas de PHDA e as estratégias de ensino-aprendizagem. Por fim, como não foi aplicado a última pergunta do “Questionário sobre Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) em Contexto Escolar”, para futuros estudos seria essencial perceber quais as estratégias de intervenção em contexto escolar e a sua frequência.

Segundo a literatura, recomenda-se ainda aos professores do ensino básico, diversas estratégias eficazes a serem trabalhadas nas aulas. Assim, ao apresentarmos à criança um par competente, as dificuldades organizacionais poderiam ser reduzidas através da disponibilização de materiais de apoio, ajuda nas diferentes tarefas escolares e escrever em lembretes os trabalhos a realizar que o professor indicou (Barros, 2021). Também é fundamental que todos os intervenientes no processo de intervenção encontrem áreas de interesse da criança, desta forma, pode se ainda considerar técnicas de reforço social positivo para premiar o desempenho académico, por meio de um programa de recompensas ou sistema de pontos positivos, promovendo a autoestima destas crianças em relação ao seu trabalho (Parker, 2003; Barros, 2021).

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Quinta Edição. Climepsi Editores.
- Banaschewski, T., Zuddas, A., Asherson, P., & Buitelaar, J. (2015). ADHD and hyperkinetic disorder. Oxford Psychiatry Library.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Freeman.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
- Braun, K. R., Marcilio, F. C. P., Corrêa, M. A., & Dias, A. C. G. (2019). Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma revisão sistemática de literatura. *Contextos Clínicos*, 12(2), 617-635. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.122.11>
- Barros, S. (2021). PHDA e Intervenção precoce em contexto de Pré-escolar (Bachelor's thesis). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
<http://hdl.handle.net/20.500.11796/3120>
- Braga, A. C. C. (2017). A Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção na Educação Pré-Escolar: As abordagens e a autoeficácia dos Educadores de Infância (Doctoral dissertation). Instituto Superior de Educação e Ciências-Lisboa.
- Castro, M. L. M., & De Souza, S. C. (2020). Estratégias de professores com alunos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 33066-33077.
- Capucho, L. (2019). Perturbação da hiperatividade e déficit de atenção (Doctoral dissertation). Campus Universitário de Almada Escola Superior de Educação Jean Piaget.
- Curtis, D. F., Pisecco, S., Hamilton, R. J., & Moore, D. W. (2006). Teacher perceptions of classroom interventions for children with ADHD: A cross-cultural

- comparison of teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly*, 21(2), 171. <https://doi.org/10.1521/scpq.2006.21.2.171>
- Dias, P., Sousa, J., Gonçalves, M., Flores, P., & Pérez, J. D. (2016). Atitudes dos pares sobre a inclusão: Contributos da adaptação de um instrumento. *Psicologia*, 30(2), 95-106. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v30i2.1099>
- Dias, P. C. (2017). A autoeficácia dos professores para a implementação de práticas inclusivas: contributos para uma reflexão sobre a inclusão educativa1. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 25, 7-25. <https://doi.org/10.1590/S0104-40362017000100001>
- Espada, C. S. F. (2011). Atitude dos Professores do 1.º Ciclo face à Inclusão de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) (Master's thesis). Escola Superior de Educação Almeida Garrett. <http://hdl.handle.net/10437/1671>
- Fonseca, C. E. B. S. (2015). Perceções e práticas dos professores do ensino básico face aos alunos com PHDA (Doctoral dissertation). Instituto Superior de Ciências Educativas do Douro.
- Granjo-Morais, C., Pinto-Silva, R., Valente-Silva, D., Geraldés-Paulino, S., Viana, V., & Guardiano, M. (2022). Comportamento alimentar de adolescentes com hiperatividade/défice de atenção na pandemia. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 23, (1), 131-140 <https://doi.org/10.15309/22psd230113>
- Gwerman, J. R., Moore, D. A., Cooper, P., Russell, A. R., Richardson M., Morwenna R. Garside, R. (2016). A systematic review and synthesis of qualitative research: The influence of school context on symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 21(1), 83-100. <https://doi.org/10.1080/13632752.2015.1120055>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2010). *Análise Multivariada de Dados*. Brasil: Bookman.
- Huang, C. (2013). Gender differences in academic self-efficacy: a meta-analysis. *European Journal of Psychology of Education*, 28 (1), 1-35. [10.1016/j.cedpsych.2009.10.001](https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2009.10.001)

- Instituto Nacional de Estatística. (n.d.). População com Hiperatividade.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Jou, G. I. D., Amaral, B., Pavan, C. R., Schaefer, L. S., & Zimmer, M. (2010). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 29-36.
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000100005>
- Lima, L. G. M. (2021). " O mundo não foi feito pra mim. Eu funciono diferente": construção do diagnóstico de PHDA e a escola. (Doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação- Universidade do Porto.
- Lopes, M. D. S. A. (2023). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar (Doctoral dissertation). Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Leiria.
- Lourenço, M. I. S. R. (2009). Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico (Doctoral dissertation).
<http://hdl.handle.net/10400.5/1443>
- Martinussen , R., Tannock, R., & Chaban, P. (2011). Teachers' Reported Use of Instructional and Behavior Management Practices for Students with Behavior 54 Problems: Relationship to Role and Level of training in ADHD. *Child Youth Care Forum*, 40, pp. 193–210. <https://doi.org/10.1007/s10566-010-9130-6>
- Mazon, L. M., Moro, A., Negrelli, M. H., Tombini, K., de Almeida Schmidt, T. C., Petreça, R. H., & Concatto, M. J. (2018). Percepção de pais e professores sobre crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Brazilian Applied Science Review*, 2(4), 1470-1485.
<https://doi.org/10.34115/basr.v2i4.533>
- Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M., & Marturano, E. M. (2000). A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 327-336.
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722000000300002>

- Miranda, M. J., & Martins, P. (2021). A intervenção farmacológica e não farmacológica na PHDA: A perspetiva dos profissionais de saúde. *Psicologia*, 35(2), 79-94. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v35i2.1752>
- Moreira, C. I. D. S. V. (2020). Perceção dos professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) (Doctoral dissertation). Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal).
- Nozi, G. S. (2013). Análise dos saberes docentes recomendados pela produção acadêmica para a inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2016). PHDA: O que Há de Novo no DSM-5. *Revista Portuguesa De Pedagogia*, 2(1), 75-94. https://doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_4
- Oliveira, L., & Pereira, M. (2021). Proposta de modelo de atendimento escolar a alunos com PHDA (MAEA-PHDA). 2021 – *Revista E-Psi*, 10 (1), 96-122.
- Parker, H. C. (2003). Desordem por défice de atenção e hiperatividade. Porto, Porto Editora.
- Pires, L. B. (2021). Efeitos de um programa de intervenção a nível manipulativo, de destreza manual, atenção e equilíbrio numa criança diagnosticada com PHDA (Doctoral dissertation). Escola Superior de Educação e Ciências Sociais.
- Poeta, L. S., & Rosa Neto, F. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26(3), 150-155. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000300004>
- Psicólogos Portugueses, O. (s.d.). Recomendações para uma educação inclusiva dirigidas à comunidade educativa. Documentos de apoio à prática.
- Ribeiro, A. D. M. F. D. S. (2021). Revisão sistemática sobre a relação entre a PHDA e as competências de leitura e escrita em crianças do primeiro ciclo (Doctoral dissertation). ISPA- Instituto Universitário.

- Rodrigues, D. (2008). Desenvolver a educação inclusiva: dimensões do desenvolvimento profissional. *Inclusão: Revista da Educação Especial*, 4(2), 7-16.
- Rodrigues, I. S. M. (2022). O impacto da utilização de ecrãs na PHDA na infância e adolescência (Doctoral dissertation). Universidade Beira Interior.
- Sanches, I. (2011). Do ‘aprender para fazer’ ao ‘aprender fazendo’: as práticas de Educação inclusiva na escola. *Revista Lusófona de Educação*, 19(19), 135-156.
- Sharma, U., Loreman, T., & Forlin, C. (2012). Measuring teacher efficacy to implement inclusive practices. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 12(1), 12-21. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2011.01200.x>
- Silva, A. C. P., Luzio, C. A., dos Santos, K. Y. P., Yasui, S., & Dionísio, G. H. (2012). A explosão do consumo de Ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP*, 11(2), 44-57.
- Snider, V. E., Busch, T., & Arrowood, L. (2003). Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD. *Remedial and Special Education*, 24(1), 46-56. <https://doi.org/10.1177/074193250302400105>
- Sousa, M. C., da Costa, C. V., Ticló, S. S., & Goldschmidt, T. (2020). Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção Secundária a um Traumatismo Crânio-Encefálico: Caso Clínico. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, (45), 19-25.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Valido, R. T. (2016). Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (Doctoral dissertation). ISEC- Instituto Superior de Educação e Ciências.
- Vian, F. (2020). Terapia cognitivo comportamental de crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e déficit de atenção. *Revista De Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 10(2), 323–332. <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2788>
- Vieira-Rodrigues, M. M. D. M., & SANCHES-FERREIRA, M. M. P. (2017). A inclusão de crianças com necessidades educativas especiais no ensino regular em

Portugal: a opinião de educadores de infância e de professores do 1º ciclo do ensino público e privado. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 23, 37-52.

<https://doi.org/10.1590/S1413-65382317000100004>

Vitaliano, C. R. (2019). Formação de professores de Educação Infantil para inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais: uma pesquisa colaborativa. *Proposições*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0011>

Anexos

Anexo I. Questionário sociodemográfico

Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

Neste trabalho estamos interessados em perceber o modo como os professores lidam com alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Vamos apresentar-lhe o que alguns professores pensam e queremos que nos diga em que grau concorda com essas afirmações. Para tal, responda a todas as questões utilizando as escalas que são apresentadas. Isto **não é um teste**. **Não existem respostas certas nem erradas**. Estamos apenas interessados em perceber como lida com alunos com PHDA. Algumas afirmações podem parecer parecidas, mas são diferentes e importantes para perceber melhor a sua opinião sobre o tema deste estudo. As suas respostas são **anónimas e confidenciais** e ninguém na escola terá acesso a elas.

PHDA= inclui desatenção, impulsividade e hiperatividade

Informações sociodemográficas

1. **Sexo:** Masculino; Feminino; Prefiro não responder
2. **Idade:** _____
3. **Anos de serviço:** _____
4. **Nível de ensino que leciona:** 1º ano; 2ºano; 3ºano; 4ºano
5. **Tem alguma experiência pessoal com indivíduos com PHDA:** Não; Filho/a; Familiar; Amigo/a; Outro (*especifique*) _____
6. **Aproximadamente, com quantos alunos trabalhou com diagnóstico de PHDA:** Nenhum; Cerca de ¼; cerca de ½ ; Todos (*assinalar todos o que se aplica*) _____
7. **Para os que estão/estavam medicados, quantas vezes contactou (por telefone ou pessoalmente) com o médico que acompanhou a criança:** Nenhum; Cerca de ¼; cerca de ½; Todos; (*assinalar todos o que se aplica*) _____
8. **Grau académico mais elevado:** Ensino Básico; Secundário; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento
9. **Participou em alguma ação de formação específica sobre a PHDA:** Sim; Não

10. **Onde costuma procurar informação sobre a PHDA:** Organizações profissionais; Livros; Artigos de divulgação; Programas de TV; Formação contínua (*assinalar todos os que aplicam*)

11. **Trabalha no:** Ensino regular; Ensino inclusivo

12. **Há um núcleo de Educação Inclusiva e/ou aulas de apoio na sua escola:** Sim; Não.

Anexo II. Questionário sobre Perturbação de Hiperatividade e défice de atenção (PHDA) em contexto escolar

Questionário sobre a Perturbação de Hiperatividade/défice de atenção (PHDA)

em contexto escolar

1. Das seguintes características, qual/quais é/são a(s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA? (Assinale com um X).

Défice de Atenção	
Hiperatividade	
Impulsividade	

2. Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperatividade/Défice de atenção? (Assinale 5).

1. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	
2. Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades	
3. Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	
4. Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções)	
5. Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas	
6. Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares)	
7. Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares	
8. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes	
9. Esquece-se das atividades quotidianas	
10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado	
11. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	

12. Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado	
13. Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer	
14. Anda ou atua como se estivesse sempre ligado “a um motor”	
15. Fala excessivamente	
16. Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado	
17. Tem dificuldade em esperar a sua vez	
18. Interrompe ou interfere nas atividades dos outros	

3. Classifique quanto à prevalência: A PHDA é: (Assinale com um X, uma única opção)

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	
Igualmente comum nas raparigas e rapazes	

4. Na sua opinião o que pode causar a PHDA? (Assinale com um X, uma única opção)

Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	
Excesso de TV e Play-Station	
Falta de vitaminas	
Alergias alimentares ou outras	
Fatores genéticos	
Estilos parentais	
Fatores biológicos (prematividade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.)	
Outros- Quais?	

5. Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

Sim	
Não	

6. Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA? (Assinale com um X)

Professor	
Psicólogo	
Professor Ensino Especial	
Médico	
Outro- Quem?	

7. Na sua opinião podem existir outros problemas associados à PHDA? (Assinale com um X)

Sim	
Não	

8. Se respondeu que sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação.

Dificuldade na relação com os pares	
Pouca persistência e baixa motivação	
Comportamentos de agressividade e oposição	
Não aceitar e respeitar as regras	
Dificuldades de aprendizagem	
Baixa autoestima	
Comportamentos de risco	

Outros- Quais?	
----------------	--

9. Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 7- menos importante)

Medicação	
Colaboração Pais- Escola	
Terapia Familiar	
Apoio escolar/ académico	
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	
Introdução e estratégias educativas específicas na sala de aula	
Outros- Quais?	

10. Na sua opinião, o que pode fazer um (a) professor (a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 9- menos importante)

Encaminhar para um técnico especializado	
Manter um contacto mais frequente com a família	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	
Encaminhar para o apoio educativo	
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	
Adaptar materiais e processos de avaliação	

Outro- Qual?	
--------------	--

11. A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor assinale a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças.

	0	1	2
1. Recompensas sociais (atenção, afetos, privilégios...)			
2. Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis)			
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...)			
4. Time-out (tempo de afastamento da classe)			
5. Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor)			
6. Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas			
7. Sugerir à criança que relate o que está a fazer			
8. Supervisão frequente do trabalho			
9. Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz			
10. Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno			
11. Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário			
12. Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala			
13. Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro)			
14. Reprimendas verbais			
15. Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados			
16. Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo			
17. Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares)			

18. Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno)			
19. Informar o Encarregado de Educação de turma acerca do mau comportamento do aluno			
20. Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno			
21. Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”)			
22. Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para a avaliação do mesmo desse comportamento			

Anexo III. Questionário Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS)

Questionário Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS)

Nesta primeira secção, pretendemos compreender a sua opinião sobre como reagir em casos de problemas de atenção e/ou comportamento. Atenção, **não existem respostas certas ou erradas** e responda assinalando com o X.

Para cada afirmação, indique a sua opinião de acordo com a seguinte escala:

Nunca Acontece	Quase Nunca	Acontece Pouco	Às vezes acontece	Acontece Muito	Quase Sempre	Acontece Sempre
1	2	3	4	5	6	7

Quando uma criança apresenta problemas de atenção e/ou comportamento, penso que devo:

	1	2	3	4	5	6	7
1. Repreender verbalmente							
2. Prestar assistência durante as transições							
3. Usar sinais não-verbais (por exemplo, movimentar a mão) para lembrar a criança a concentrar-se na tarefa							
4. Utilizar informação diária- Casa/Escola							
5. Atribuir consequências ao mau comportamento (por exemplo, remover um privilégio)							
6. Ignorar seletivamente (não dar atenção a certas condutas)							
7. Implementar planos de apoio ao comportamento positivo							
8. Avaliar a conduta (identificar condutas problemáticas, identificar as ações que precedem ou seguem ditas condutas,							

identificar a frequência e severidade das condutas, e depois utilizar esta informação para desenvolver um plano de intervenção)							
9. Controlar a proximidade (aproximar-se do aluno)							
10. Dar uma atenção positiva (elogiar, incentivar)							
11. Remover a criança da sala de aula por mau comportamento							
12. Ensinar o comportamento apropriado (por exemplo, convenções sociais) e ensaiá-lo com as crianças							
13. Comunicar frequentemente com os pais (por exemplo, reuniões, telefonemas, e-mail).							
14. “Tempo para pensar”							
15. Gerir a conduta baseada no custo da resposta (ganhar pontos ou fichas por específicas condutas apropriadas, e retirar os mesmos por condutas inapropriadas)							

Aqui inquirimos a sua opinião quanto às estratégias que usa com as crianças que manifestam problemas de atenção e/ou comportamento. Lembre-se: **não existem respostas certas ou erradas**. Responda, por favor, descrevendo **aquilo que geralmente acontece**.

Para cada afirmação, indique a sua opinião com um X, de acordo com a seguinte escala:

Nunca Acontece	Quase Nunca	Acontece Pouco	Às vezes acontece	Acontece Muito	Quase Sempre	Acontece Sempre
1	2	3	4	5	6	7

Quando uma criança apresenta problemas de atenção e/ou comportamento, recorre a que estratégias de ensino-aprendizagem?

	1	2	3	4	5	6	7
1. Modificar a linguagem usada nas instruções (ex. falar lentamente, encurtar frases, repetir instruções)							
2. Fornecer sinais e material de suporte concretos (ex. sinais visuais, cartazes, diagramas)							
3. Atribuir tarefas mais simples/ curtas							
4. Criar um contrato comportamental							
5. Dividir tarefas em secções mais pequenas							
6. Dar às crianças a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos							
7. Proporcionar ao aluno feedback mais imediato e frequente sobre o seu desempenho nos trabalhos ou atividades							
8. Simplificar as instruções e transmiti-las passo a passo							
9. Ajudar a criança a estabelecer metas e a monitorizar o progresso							
10. Criar um programa de recompensas (dar sinais/ fichas/ autocolantes para o comportamento apropriado)							
11. Reduzir as expectativas sobre o trabalho							
12. Ensinar a criança a organizar-se ou a planear							
13. Usar técnicas de resposta além da verbal (por exemplo, cartões de resposta)							
14. Evidenciar os pontos-chave das atividades/tarefas às crianças							

Anexo IV. Pedido de autorização



Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

No âmbito do mestrado de Psicologia da Educação, do 2º ano, na Universidade Católica Portuguesa, mais concretamente da Unidade Curricular de Metodologias Avançadas de Investigação I e II, é exigida a realização de um trabalho de investigação sobre um tema da área científica da Psicologia, sendo esse trabalho supervisionado por um docente da referida universidade. No caso concreto, a escolha recaiu sobre o tema “*A perceção dos docentes sobre a Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção e as suas práticas no contexto escolar*”

Constituem objetivos gerais deste estudo:

1. Avaliar a perceção e as práticas dos professores do 1º ciclo sobre a PHDA;
2. Avaliar a relação com a autoeficácia e práticas inclusivas.

E os objetivos específicos desta investigação centram-se:

1. Perceber a existência de relação entre o nível da perceção da PHDA e as práticas tidas;
2. Avaliar a perceção e práticas em função da experiência profissional, sexo e pesquisa de informação;
3. Analisar a gestão de comportamento com as estratégias de ensino-aprendizagem que recorrem.

A recolha de informação será efetuada com recurso ao questionário de auto-preenchimento (é fornecido aos docentes e após preenchimento é devolvido aos investigadores). Este estudo não envolve qualquer risco ou benefício à instituição, nem ao participante.

O docente após ter autorizado a sua participação (consentimento informado) poderá a qualquer momento, se assim o desejar, abandonar o estudo. Garantimos a confidencialidade e o anonimato da informação recolhida, sendo que apenas a equipa envolvida na investigação (aluna e professor responsável) tem acesso aos questionários.

Anexo V. Consentimento Informado



Consentimento Informado

Título do Estudo: “A perceção dos docentes sobre a Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção e as suas práticas no contexto escolar”

Equipa de Investigadores: Estudante Fátima Pereira e Orientador Prof^o Doutor Paulo Dias

Universidade: Universidade Católica Portuguesa (Braga) – Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

Reconheço que o processo de investigação descrito no formulário aqui junto, foi-me explicado e que responderam a todas as questões de forma totalmente esclarecedora. Compreendo a natureza do estudo. Asseguraram-me que os meus dados pessoais e os que vierem a ficar ao cuidado dos investigadores serão guardados confidencialmente e garantiram-me que nenhuma informação.

Sei que posso colocar, agora ou mais tarde, questões sobre o estudo ou sobre o processo de investigação e tenho consciência de que sou livre de abandonar este estudo a qualquer momento.

Data