

A PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO NA EDUCAÇÃO PRÉ- ESCOLAR:

**As abordagens e a autoeficácia dos
Educadores de Infância**

Ana Cristina Cabral Braga

Provas destinadas à obtenção do grau de Mestre em Educação Pré-Escolar

Março, 2017

Versão Definitiva

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS

Provas destinadas à obtenção do grau de Mestre em Educação Pré-Escolar

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção na Educação Pré-Escolar:

As abordagens e a autoeficácia dos Educadores de Infância

Autora: Ana Cristina Cabral Braga

Orientadora: Mestre Ana Cristina Freitas

Março, 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho e todo o meu percurso acadêmico à mulher que me educou e ensinou-me que é a lutar que conseguimos realizar os nossos sonhos, a minha Madrinha.

Sem esquecer todas as crianças que não param quietas, mexem em tudo, desafiam os perigos, não obedecem a ninguém, saltam, pulam, correm sem que nada nem ninguém as faça parar, têm energia a mais, não conhecem limites e estão permanentemente a desafiar os perigos. (Garcia, 2001)

Agradecimentos

Todo este trabalho não seria possível sem o envolvimento de outras pessoas, que direta ou indiretamente tornaram este sonho possível. Obrigada a todos vós. Por isso, começo por agradecer à Professora Ana Cristina Freitas, a minha orientadora, pela motivação, críticas e sugestões ao longo deste percurso que nem sempre foi fácil de superar. Agradeço ainda a disponibilidade, motivação e dedicação com que sempre me recebeu, ao longo dos últimos meses.

Um agradecimento muito especial à minha família, à minha mãe por todas as palavras de motivação ao longo destes anos. À minha madrinha por acreditar em mim e apoiar-me incondicionalmente. Ao meu pai, que apesar da distância tornou este sonho possível. E aos meus irmãos, que são os responsáveis pela minha paixão de ensinar.

Sem esquecer a Família Rodrigues, a todos um agradecimento sincero e profundo, por todo o apoio ao longo deste mestrado. Obrigada pelas palavras de motivação e encorajamento, e por toda a ajuda na realização deste trabalho.

Ao meu namorado, que me ensinou o significado de um amor incondicional. A Ele por estar sempre ao meu lado e apoiar todas as minhas decisões, tendo sempre as palavras certas que me transmitiram confiança e motivação para ultrapassar todos os obstáculos.

À Susana e à Petra, companheiras de mestrado e amigas que levo para o resto da minha vida. A elas que me apoiaram quando me sentia triste e desmotivada, agradeço todas as palavras, todas as horas de trabalho, todas as lágrimas, todos os sorrisos, todos os momentos vividos na capital. Viva a nós.

À Ana Lúcia e à Ângela, as melhores companheiras de casa. Agradeço do fundo do coração todas as palavras, momentos e carinhos, ao longo de toda a estadia em Lisboa. Fico à vossa espera nos Açores.

Ao Paulo, que se cruzou comigo no primeiro ano da universidade e tornou-se um amigo verdadeiro e especial. Na última etapa do meu percurso académico, o destino voltou a juntar-nos. Obrigada por todas as palavras, que me transmitiram calma e segurança. Obrigada pelas horas dispensadas para trabalharmos juntos no SPSS.

A todos os meus verdadeiros amigos, obrigada por fazerem parte da minha vida, por todas as palavras, momentos, sorrisos e lágrimas que me fizeram crescer e acreditar que os amigos são a família que escolhemos.

A todas as educadoras que participaram neste trabalho, um obrigada sincero. À senhora Conceição Fidalgo, nem tenho palavras suficientes para lhe agradecer, sem me conhecer não hesitou em ajudar-me na tradução do IBMAS. Obrigada pela colaboração.

Resumo

A Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção tem um impacto significativo nos diferentes contextos de vida das crianças, incluindo o da Educação Pré-Escolar, podendo prejudicar o desenvolvimento social e as aprendizagens pelos problemas de comportamento e atenção que lhe estão associados (e.g. APA, 2014). É, portanto, fundamental que o Educador de Infância adote estratégias pedagógicas que ajudem a diminuir os comportamentos desajustados (Antunes, Silva e Afonso, 2014). Há estudos que sugerem que a eficácia da intervenção pedagógica dos docentes, incluindo perante Necessidades Educativas Especiais, é fortemente influenciada pelas suas crenças de autoeficácia (e.g. Silva, Ribeiro e Carvalho, 2013). O estudo teve como objetivos: (1) identificar quais as estratégias pedagógicas mais utilizadas pelos Educadores com crianças com problemas de comportamento e de atenção (PCA)/PHDA; (2) testar as hipóteses de que a duração da experiência docente e as crenças de autoeficácia estão positiva e significativamente relacionadas com a adequação das práticas pedagógicas. Para o efeito, realizámos um inquérito por questionário a uma amostra de 153 sujeitos de 31 Jardins-de-Infância da cidade de Lisboa. A recolha de dados foi feita com recurso a uma escala que traduzimos e adaptámos à Educação Pré-Escolar e à realidade portuguesa, o *Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS)*, de Martinussen, Tannock e Chaban (2011). As crenças de autoeficácia docente foram avaliadas através da escala de Bandura (1990).

As práticas pedagógicas mais adotadas pelos Educadores na abordagem aos PCA/PHDA estão em sintonia com as indicações da literatura, por exemplo: O *IBMAS*, de Martinussen et al. (2011). No entanto, entre as abordagens reportadas como menos frequentes, os Educadores incluíram 'o uso de outras técnicas, além da verbal', apesar de ser uma prática positiva que ajuda a criança a aproximar-se dos comportamentos esperados (Parker, 2003). Os resultados confirmaram a hipótese de que a autoeficácia funciona como preditora das práticas pedagógicas, mas não a da influência da duração da experiência profissional. Também não se verificaram diferenças nas práticas dos Educadores com e sem mestrado. As conclusões do estudo reforçam a importância da formação contínua para que os Educadores de Infância adquiram competências específicas na abordagem à PCA/PHDA, um problema que compromete o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças.

Palavras-chave

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Problemas de Comportamento e de Atenção; Autoeficácia; Abordagens e Estratégias Pedagógicas; Educadores de Infância; Educação Pré-Escolar.

Abstract

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has a significant impact on various aspects of a child's life, including pre-school education, which may impair social development and learning due to the behavioral and attention problems associated with them (eg APA, 2014). It is, therefore, crucial that the pre-school teacher adopts educational strategies that help to reduce unadjusted behavior (Antunes, Silva and Afonso, 2014). There are studies that suggest that the effectiveness of a teachers' pedagogical intervention, including special educational needs, is strongly influenced by their beliefs of self-efficacy (e.g. Silva, Ribeiro e Carvalho, 2013). The study aimed to: (1) identify the teaching strategies most used by educators with children with behavioral and attention problems (BAP) / ADHD; (2) to test the hypothesis that the duration of the teaching experience and the beliefs of self-efficacy are positively and significantly related to the adequacy of the pedagogical strategy. For this purpose, we conducted a survey, with a sample of 153 subjects from 31 kindergartens in Lisbon. The data collection was done using a scale that we translated and adapted to the Portuguese Preschool Education and reality, the Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS), by Martinussen, Tannock and Chaban (2011). Teachers' self-efficacy beliefs were assessed through the Bandura scale (1990).

Pedagogical practices adopted by most educators in addressing the PCA / ADHD are in line with indications from the literature, for example, The IBMAS of Martinussen et al. (2011). However, among the approaches reported as less frequent, Educators included 'use of techniques other than verbal techniques', despite it being a positive practice that helps the child to approach the expected behaviors (Parker, 2003). The results confirmed the hypothesis that self-efficacy works as a predictor of pedagogical practices, but not that of the influence of the duration of professional experience. There were also no differences in the practices of teachers with or without masters. The study's findings reinforce the importance of ongoing training for the kindergarten teachers to acquire specific skills in the approach to PCA / ADHD, a problem that affects the development and learning of children.

Key words

Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Behavior and Attention Problems; Self-efficacy; Approaches and Strategies; Pre-school Teacher; Pre-School Education;

Lista de abreviaturas

- AFE - Análise Fatorial Exploratória
- APA - Associação Americana de Psiquiatria.
- DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais.
- EI - Educador de Infância
- EPE - Educação Pré-Escolar
- IBMAS - Instructional and Behavior Management Approaches Survey.
- NEE - Necessidades Educativas Especiais
- PCA - Problemas de Comportamento e Atenção
- PHDA - Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

Índice

1. Introdução.....	11
2. Problemas de Atenção e/ou Comportamento (PAC) na Educação Pré-escolar (EPE)	13
3. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção	15
3.1. O conceito e a sua evolução	15
3.2. Características essenciais: desatenção, hiperatividade, impulsividade e forma mista.....	16
3.3. Diagnóstico da PHDA	19
3.4. Prevalência e Etiologia.....	20
3.5. Intervenção Terapêutica	22
3.6. Intervenção Pedagógica	25
4. A Autoeficácia na atividade docente.....	28
4.1. Autoeficácia: o conceito.....	28
4.2. Autoeficácia na abordagem às Necessidades Educativas Especiais.....	29
5. Problematização e Metodologia.....	31
5.1. Problema, questões e hipóteses de investigação	32
5.2. Abordagem e design	34
5.3. Recolha de Dados	34
5.3.1 Instrumento e Medidas	34
5.3.2. Procedimentos e participantes.....	37
5.3.2 Tratamento e análise de dados	37
6. Resultados	37
7. Discussão	46
8. Conclusões e considerações finais	49
Bibliografia	51
Anexos.....	56
Anexo A – Inquérito por questionário	56
Anexos B.....	61
Anexo B1 – Análise fatorial exploratória	61
Anexo B2 – Análise Descritiva	66
Anexo B3 – Análise Correlacional.....	87
Anexo B4 – Regressão Linear	88
Anexo B5 – Comparação entre médias dos grupos com e sem mestrado	91

Índice de tabelas

- Tabela 1 - Estrutura da escala *IBMAS* adaptada
- Tabela 2 - Estrutura da escala Autoeficácia Docente face à PCA/PHDA
- Tabela 3 - Matriz de padrão
- Tabela 4 - Resultados da análise descritiva
- Tabela 5 - Práticas de gestão de comportamento e de intervenção pedagógica assinaladas como “acontece sempre”
- Tabela 6 - Práticas de gestão de comportamento e de intervenção pedagógica assinaladas como “nunca acontece”
- Tabela 7 - Resultados da análise de regressão linear hierárquica
- Tabela 8 - Resultados do teste sobre equivalência das médias dos grupos com e sem mestrado

1. Introdução

O presente trabalho foi realizado no contexto do Mestrado de Qualificação para a Docência em Educação Pré-Escolar e debruça-se sobre a problemática geral da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), uma perturbação do desenvolvimento que afeta cerca de 80.000 crianças em Portugal (Neto, 2014). A PHDA é frequentemente diagnosticada em contexto escolar, embora existam crianças que já manifestam problemas de comportamento e atenção (PCA) na Educação Pré-escolar (Silva, 2014; Rodrigues e Antunes, 2014) que interferem no funcionamento e no desenvolvimento da criança. Manifesta-se através de um conjunto de sintomas que surgem na infância e que são agrupados em três dimensões: défice de atenção, hiperatividade (excesso de atividade motora), e impulsividade (APA, 2014).

A probabilidade de um Educador de Infância ter no seu grupo de trabalho crianças com PCA/PHDA é relativamente elevada, em comparação com outras Necessidades Educativas Especiais, pois a sua incidência varia entre os 5 e 8% (Afonso, 2014 e Rodrigues e Antunes, 2014). Neste contexto, pareceu-nos pertinente eleger como objetivo geral para o nosso estudo de investigação averiguar quais as estratégias que os Educadores de Infância privilegiam para responder aos desafios de uma prática pedagógica com crianças com PCA/PHDA e, em que medida, tais respostas estão em sintonia com as indicações da literatura.

A atuação pedagógica de um docente é afetada por fatores diversificados, por exemplo, de natureza contextual, curricular e individual (Tschannen-Moran, Hoy & Hoy, 1998). Alguns estudos demonstram que, em situação de inclusão de crianças com Necessidades Educativas Especiais, os docentes tendem a sentir-se inseguros e evidenciam menores níveis de autoeficácia, ou seja, menor confiança nos resultados da sua ação (Silva, Ribeiro e Carvalho, 2013). Outros resultados de investigação estabelecem uma ligação entre a autoeficácia, o tempo de experiência docente e a qualidade da atuação pedagógica dos docentes (Silva, Ribeiro e Carvalho, 2013 e Lopes *et al.*, 2004). Assim, surgiu o segundo objetivo geral para o trabalho: analisar a relação entre a duração da experiência dos Educadores de Infância, a sua autoeficácia na abordagem aos PCA/PHDA e a qualidade das práticas pedagógicas desenvolvidas com estas crianças.

Para respondermos aos objetivos propostos e sob orientação do nosso referencial teórico, desenhamos e implementámos um estudo de investigação empírica. Na estrutura do trabalho estão representados os diferentes momentos da trajetória efetuada. No enquadramento teórico, exploramos conceitos essenciais relacionados

com os PAC e com a PHDA, procedemos à caracterização geral da perturbação e à descrição das intervenções possíveis e desejáveis. Incluímos aqui a intervenção pedagógica aconselhada pelos autores consultados que podem ajudar os Educadores de Infância a promover a integração, as aprendizagens e o desenvolvimento das crianças com PHDA. Ainda na revisão de literatura, abordamos o conceito de autoeficácia na atividade docente e as suas implicações ao nível do seu desempenho, incluindo na abordagem às Necessidades Educativas Especiais (NEE). A revisão da literatura apresentou-nos alguns estudos e conclusões comuns que apoiaram as nossas opções metodológicas, refletidas no ponto 5 do trabalho, tanto no que se refere à formulação das questões de estudo e hipóteses como, e em particular, no domínio da recolha dos dados. As práticas dos Educadores face aos PCA/PHDA foram avaliadas através de um instrumento existente para o efeito, o *Instructional and Behavior Management Approaches Survey* (IBMAS), de Martinussen et al. (2011), que traduzimos para a língua portuguesa e adaptámos à Educação Pré-Escolar. Os resultados apurados foram analisados e discutidos à luz do nosso referencial teórico, designadamente quanto às respostas que proporcionam às questões e hipóteses do estudo. Terminamos o trabalho com um conjunto de reflexões sobre a nossa experiência e aprendizagem.

2. Problemas de Atenção e/ou Comportamento (PAC) na Educação Pré-escolar (EPE)

Os problemas de atenção e comportamento das crianças em idade pré-escolar evidenciam-se, com frequência, no excesso de atividade motora, nas dificuldades de concentração e de adaptação a situações de mudança de rotinas e em dificuldades na regulação do sono e dos períodos de vigília (Parker 2003, Rodrigues e Antunes, 2014, Campbell, 1994, cit McGoey *et al.* 2002).

Nas crianças em idade pré-escolar, a PHDA exprime-se sob a forma de problemas do comportamento, de adaptação, dificuldades de aprendizagem e de autocontrolo. Neste sentido, o educador deve partilhar estratégias comportamentais com os pais para que a criança consiga adequar o seu comportamento de forma assertiva (Azevedo *et al.*, 2012; Parker, 2013; Neto, 2014; Rodrigues & Antunes, 2014).

Quando descrevem estas crianças, os educadores/professores referem que: são muito irrequietas, saem do lugar sem autorização, andam pela sala, interrompem atividades, falam em excesso, e ainda, são desorganizadas e descuidadas (Rodrigues e Antunes, 2014, Campbell, 1990, cit McGoey *et al.* 2002). Devido ao seu comportamento, carecem de uma monitorização constante e são excluídas das brincadeiras por apresentarem comportamentos agressivos com os seus pares (Parker, 2003).

Os comportamentos acima descritos são característicos da Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), muito embora não seja comum um diagnóstico antes dos 4 ou 5 anos de idade (Rodrigues e Antunes, 2014). Rodrigues e Antunes (2014) referem que 10% das crianças com idades inferiores a três anos apresentam sinais de irritabilidade, sobreexcitação, agressividade com os seus pares, irrequietude motora e problemas em manter a calma. Só posteriormente é feito o diagnóstico da PHDA pelo que pais e educadores devem ter em conta estes traços temperamentais e encará-los como fatores de risco ou sinais precoces de alerta. Lavigne *et al.* (1996, cit. DuPaul *et al.* 2001) também refere que cerca de 2% das crianças entre os 3 e 5 anos têm PHDA.

Numa faixa etária muito baixa, ter uma atenção reduzida é expectável, característico da idade, por isso é necessária experiência clínica para a realização de um diagnóstico correto (Rodrigues e Antunes, 2014). Neste sentido, a presença de sintomas de PHDA requer uma avaliação formal, isto é, uma avaliação completa do desenvolvimento da criança em todas as áreas (Silva, 2014).

Muitas vezes as crianças que são diagnosticadas com PHDA apresentam um atraso na fala, complicações na interação social, dificuldades de motricidade fina ou na coordenação motora. E são estes fatores de risco que levam os pais e educadores a pedir um diagnóstico. Contudo, com uma intervenção adequada tais dificuldades têm tendência a diminuir ou até mesmo desaparecer (Silva, 2014). Tantos os problemas de linguagem como os de socialização estão associados aos problemas de atenção: porque têm dificuldades em focar a atenção nas pistas sociais presentes no seu dia-a-dia, tal falha na receção de informação gera comportamentos de insegurança e ansiedade (Parker, 2003; Silva, 2014; McGoey *et al.* 2002).

Entre os 3 e os 5 anos, os comportamentos de desobediência das crianças aumentam e, quando contrariadas, demonstram um temperamento explosivo. Ainda não apresentam a noção de responsabilidade e a irrequietude e a impulsividade das crianças levam a que estejam expostas a incidentes quase diários. São comportamentos que se agravam quando as crianças se encontram em lugares públicos (Parker, 2003; Rodrigues e Antunes, 2014; Silva, 2014; McGoey *et al.* 2002; DuPaul, *et al.*, 2001).

Silva (2014) refere que após a avaliação do histórico clínico e do seu perfil, deverá ser elaborado um plano de intervenção por uma equipa multidisciplinar (psicólogos, técnicos de psicomotricidade, educadores de educação especial), de modo a que se adotem estratégias adequadas.

A medicação na idade pré-escolar não é aconselhável, pelo que as intervenções comportamentais são essenciais para que a criança aprenda qual o comportamento mais adequado, construa uma boa autoestima e possa desenvolver-se num clima harmonioso com os que a rodeiam. Neste sentido, é fundamental a criação de um ambiente estruturado, com instruções específicas e concisas, seja em contexto escolar ou familiar. As rotinas, as regras e os limites de comportamento bem definidos irão ajudar a criança a ter uma conduta adequada, tendo em conta a sua faixa etária e o meio em que está inserida. Cada vez que a criança apresenta um bom comportamento ou uma atitude positiva, deve estar presente o elogio e o reforço positivo (Parker, 2003, Silva, 2014, McGoey *et al.* 2002).

3. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

O conceito e definição da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) sofreu alterações com o passar do tempo, tendo em conta as investigações realizadas por diferentes investigadores ao longo dos anos. Neste ponto do trabalho iremos falar sobre a sua evolução na abordagem e na definição da PHDA.

3.1. O conceito e a sua evolução

A Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do desenvolvimento que apresenta um padrão de comportamento caracterizado pela falta de atenção/concentração e/ou impulsividade e hiperatividade. É uma problemática que gera alguma controvérsia pelas diferentes posições entre os autores ou simplesmente por estar associada à "falta de educação".

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) alterou em 1987 a designação de "Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção" para "Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção", integrando-a num grupo denominado por "Distúrbios Disruptivos de Comportamento", juntamente com o "Distúrbio de Oposição" e o "Distúrbio de Conduta". De acordo com Lopes (1998), esta alteração deveu-se ao facto de existir uma alta comorbilidade, sobreposição e também dificuldades de discriminação dos conceitos associados a estes distúrbios.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV (APA, 1994) proporciona uma nova visão sobre o tema, agrupando os sintomas de hiperatividade-impulsividade e os sintomas de desatenção. Prevê ainda que os sintomas devem persistir em diferentes contextos, num período mínimo de seis meses, para o diagnóstico da perturbação. Posteriormente, numa versão atualizada do Manual (DSM IV-TR), a APA (2002) especifica que o diagnóstico da PHDA requer a presença, de forma intensa e persistente, de um mínimo de seis sintomas de uma lista de dezoito sintomas, divididos de forma igual em problemas de atenção e hiperatividade/impulsividade.

Em 2014, a perturbação é redefinida pela APA no DSM-V como uma perturbação disruptiva do comportamento, caracterizada pela desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade de forma mais intensa, tendo em conta o desenvolvimento típico dos seus pares. A PHDA é apresentada como um problema que afeta crianças e jovens, que interfere com o seu desenvolvimento académico e social, gerando problemas de comportamento e, em consequência, dificuldades de aprendizagem. Esta 5ª versão do

DSM apresenta ainda outras alterações, em relação à anterior: prolonga a idade para a realização do diagnóstico dos 7 para os 12 anos e elimina a designação de subtipos, substituindo-os por formas de apresentação. Para Antunes e Rodrigues (2014, p.18), trata-se de “uma forma mais adequada de caracterizar as pessoas com PHDA, atribuindo diferentes designações para diferentes expressões do problema, mas assumindo que estas formas de expressão são variáveis, normalmente em função do sexo e da idade de desenvolvimento.”

Barkley (2016, p.187) refere que estas crianças, em contexto pré-escolar, apresentam “um baixo rendimento académico em ambientes formais, mau desempenho e comportamento académico”, e apresentam dificuldades na socialização com os colegas. Neste sentido, Parker (2003) explica que as crianças com PHDA podem apresentar outros comportamentos associados como, por exemplo, a rejeição de regras impostas pelo adulto, a culpabilização dos outros pelos seus comportamentos menos adequados, fácil aborrecimento e discussão, entre outros. Estes comportamentos desviantes afetam o desenvolvimento da criança, através das dificuldades de inibição, iniciação ou manutenção de respostas a atividades que implicam regras e instruções (Barkley, 2006). Portanto, quando a criança com PHDA é exposta a uma atividade que exige concentração e trabalho cooperativo, sente-se desenquadrada e apresenta dificuldades em seguir as regras e/ou partilhar materiais e opiniões. Em tais circunstâncias, a tendência é gerar conflitos (Rodrigues e Antunes, 2014, Azevedo *et al.*, 2012).

3.2. Características essenciais: desatenção, hiperatividade, impulsividade e forma mista

A criança com PHDA apresenta características como a falta de atenção, impulsividade e hiperatividade e dificuldades variadas nos diferentes contextos da sua vida. São características que surgem desde muito cedo e que constituem desafio para pais e professores e para as próprias crianças (Parker, 2013; Rodrigues e Antunes, 2014; Neto, 2014; APA, 2013; Azevedo *et al.*, 2012). Mas nem todas as crianças apresentam os mesmos sintomas, sendo que umas poderão apresentar mais dificuldades em ter níveis de atenção elevados e outras crianças altos níveis de impulsividade e/ou hiperatividade (Rodrigues e Antunes, 2014). Segundo a *American Psychiatric Association* (APA) (2013), esta a PHDA pode apresentar-se sob a forma de desatenção, de hiperatividade-impulsividade e de modo misto ou combinado:

Desatenção - na forma "predominante desatento", a criança sente dificuldades em focar a sua atenção às tarefas que lhe são propostas, i.e., parece não ouvir, apresenta dificuldades em seguir instruções e distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes (Parker, 2003). Afonso (2014) acrescenta que as crianças com esta forma de PHDA raramente tomam iniciativa e têm um temperamento pacífico e tímido nas *interações sociais*. Os critérios para o diagnóstico da PHDA na forma "predominantemente desatento" caracterizam-se pela frequência dos seguintes comportamentos (APA, 2014):

- falta de atenção nos detalhes ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou atividades lúdicas;
- apresenta dificuldades em focar a atenção nas tarefas ou atividades lúdicas;
- aparenta não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente;
- tem dificuldades em seguir as instruções até ao fim e não consegue terminar os trabalhos escolares;
- mostra dificuldades na organização das tarefas e atividades;
- evita tarefas que exijam esforço mental prolongado;
- perde objetos necessários para a realização das tarefas ou atividades;
- distrai-se com facilidade na presença de estímulos externos;
- é esquecido em relação às atividades do quotidiano.

Hiperatividade – a PHDA é caracterizada por um excesso de atividade motora. As crianças são vistas muitas vezes como irrequietas, não conseguindo estar sentadas sem se mexerem. Rodrigues e Antunes (2014) e também Parker (2003) dizem-nos que as crianças com PHDA parecem ter excesso de energia, movem-se na sala sem permissão, quando sentadas mexem muitas vezes os braços e as pernas e apresentam também, com frequência, dificuldades em brincar calmamente. Quando se depara com uma tarefa diferente e não a aceita, a criança tende a adotar um comportamento que leva ao afastamento dos pares o que suscita, com frequência, a repreensão por parte do adulto (Afonso, 2014). Em idade pré-escolar, esta forma de PHDA está relacionada com défices nas funções executivas exprimindo-se, por exemplo, em dificuldades no controlo da inibição e também em adiar a recompensa (Azevedo *et al.*, 2012). Os critérios para o diagnóstico da PHDA, na forma de hiperatividade, contemplam a frequência dos seguintes comportamentos (APA, 2014):

- mexe excessivamente as mãos e os pés, não consegue estar quieto quando sentado;
- levanta-se da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado;
- corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado;
- incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente;
- apresenta-se em constante movimento;
- fala em demasia.

Impulsividade – faz com que as crianças não consigam controlar os seus impulsos e/ou esperar pela sua vez, o que gera problemas com os seus pares e faz com que sejam consideradas autoritárias e irritáveis. Afonso (2014) refere serem crianças que não conseguem esperar pela sua vez e que respondem a perguntas que ainda não foram concluídas. Rodrigues e Antunes (2014) acrescentam que, com frequência, as crianças com PHDA interrompem os outros e intrometem-se nas brincadeiras sem pedir, têm dificuldade no autocontrolo e em dominar ou inibir respostas imediatas. Tais comportamentos predis põem o professor/educador a considerara criança como imatura em termos sociais e emocionais. Em síntese, os critérios para o diagnóstico da impulsividade, caracterizam-se pela frequência dos seguintes comportamento (APA, 2014):

- responde antes que a pergunta seja concluída;
- tem dificuldade para esperar a sua vez;
- interrompe ou intromete-se nas conversas/atividades sem permissão.

Forma mista ou combinada – caracteriza-se por uma manifestação simultânea das formas anteriormente apresentadas que afeta, entre outras, as situações de aprendizagem (Afonso, 2014). Parker (2003) enfatiza que, sem uma intervenção atempada e adequada, a perturbação pode originar comportamentos de risco uma vez que a criança não consegue enquadrar-se pessoal e socialmente nos seus diferentes contextos de vida.

Existem ainda características secundárias associadas à PHDA que interferem no desenvolvimento das crianças: a nível cognitivo, apresentam défices no âmbito académico, dificuldades na leitura, linguagem, matemática e escrita, e ainda dificuldades na orientação espacial (Barkley, 1998). A linguagem destas crianças também é afetada pois, por vezes, há um atraso no seu desenvolvimento, dificuldades na fala, em organizar e exprimir as suas opiniões. Têm ainda uma capacidade de

adaptação reduzida. Podem apresentar um atraso no desenvolvimento motor, um déficit na autorregulação das emoções e dificuldades em lidar com a frustração. De acordo com todas as características associadas ao comportamento de cada criança, a PHDA pode ser considerada como *ligeira*, *moderada* ou *grave* (APA e Afonso, 2014).

Há uma tendência para a apresentação mais intensa de comportamentos quando a criança está em locais públicos e, em contexto de sala de aula, quando a exigência das atividades é demasiado elevada. Afonso (2014, p.38) explica que estas crianças em qualquer situação apresentam um nível de autoestima muito baixo, devido à “reação negativa dos pais, professores e colegas, a qual pode levar à desmotivação para a escola e ao isolamento com os pares”. Por isso, pais e professores devem criar um ambiente estruturado e harmonioso, possibilitando que a criança receba uma atenção individualizada, para assim ajustar os seus comportamentos ao meio (Afonso, 2014; Parker, 2003).

3.3. Diagnóstico da PHDA

Uma correta avaliação da perturbação requer o contributo de vários intervenientes, a recolha e articulação de informação de modo a possibilitar um diagnóstico da PHDA fiável e válido. Parker (2003) defende que a equipa de avaliação, composta por médicos, psicólogos, professores/educadores e especialistas em aprendizagem, deve trabalhar de forma cooperativa com os pais da criança. O diagnóstico deverá considerar as observações dos intervenientes que estejam com as crianças durante um longo período de tempo, no seu ambiente natural e no ativo, seja em casa ou na escola. As observações devem descrever os comportamentos das crianças através de escalas de avaliação comportamental, tendo em conta o seu rendimento escolar e contexto social (Antunes, 2009; Parker, 2003).

O diagnóstico da PHDA é exclusivamente clínico (Nascimento & Ferreira, 2014) e deve basear-se em critérios de comportamento. Os critérios de inclusão para o diagnóstico da PHDA (APA, 2014) são os seguintes:

- Os sintomas devem surgir antes dos 12 anos e com uma duração mínima de 6 meses;
- Devem existir, pelo menos, 6 comportamentos de desatenção e/ou de hiperatividade-impulsividade;
- Os comportamentos devem manifestar-se em ambientes sociais diferentes;

- Interferir ou reduzir a qualidade do funcionamento social, académico ou laboral;
- A sintomatologia não pode ser atribuída a outra desordem, nomeadamente a uma perturbação do desenvolvimento ou psiquiátrica.

Afonso (2014, p.39) acrescenta que “é importante assegurar que [os sintomas] provoquem uma interferência significativa no funcionamento académico e social da criança. É imprescindível excluir outras perturbações psiquiátricas como causa da sintomatologia”.

Um diagnóstico precoce, em particular, em contexto de Educação Pré-Escolar, permitirá a pais e professores intervirem de forma adequada e atempada. Antunes e Neto (2014) e Azevedo *et al.* (2012) apontam resultados da investigação que evidenciam que, entre os 3 e os 5 anos de idade, subsistem principalmente diagnósticos de natureza hiperativa-impulsiva que podem mesmo evoluir para uma apresentação mista ou combinada da perturbação. Neste sentido, a desatenção surge em crianças mais velhas. As características neurobiológicas das crianças em idade pré-escolar e em idade escolar são semelhantes, o que reforça a validade de construto do diagnóstico na primeira fase (Azevedo *et al.*, 2012). Sonuga-Barke e Halperin (2010, cit. por Azevedo *et al.* 2012, p.393) argumentam que:

O diagnóstico de hiperatividade/défice de atenção no pré-escolar partilha muitas das características que estão presentes em idade escolar, o que lhe confere suporte e validade. No entanto, pela heterogeneidade que lhe é característica (e.g., ao nível da etiologia, apresentação e evolução), mais do que uma categoria de diagnóstico discreta e qualitativamente diferente, a PH/DA é melhor entendida como o extremo de um contínuo de severidade dos sintomas.

3.4. Prevalência e Etiologia

Prevalência

Para Rodrigues e Antunes (2014), a prevalência da PHDA é de três rapazes para uma rapariga, ao contrário de Afonso (2014) que fala numa prevalência de dois rapazes para uma rapariga. Segundo Parker (2003), os rapazes são mais hiperativos e impulsivos o que permite uma melhor sinalização. Já as raparigas são predominantemente desatentas e o seu diagnóstico pode ser mais tardio.

A PHDA acompanha a criança em todo o seu desenvolvimento, mas à medida que a idade aumenta a prevalência dos rapazes diminui. A

perturbação apresenta sintomas diferentes na fase da adolescência e também na idade adulta. A APA (2002) refere que a prevalência poderá oscilar entre dois rapazes para uma rapariga em estudos na comunidade, no entanto, em estudos clínicos, aumenta para nove rapazes e uma rapariga. Acrescenta ainda que “a hiperatividade pode variar em função da idade do sujeito e do seu nível de desenvolvimento, e o diagnóstico deve ser feito cautelosamente em crianças e jovens” (p. 86).

Na idade pré-escolar, as taxas de prevalência são semelhantes às da idade escolar (Azevedo *et al.*2012). Trata-se de um sinal de alerta para uma intervenção precoce nesta perturbação do desenvolvimento, pelo que os educadores devem procurar (in)formação sobre o tema e encontrar estratégias de intervenção para ajudar estas crianças.

Etiologia

O desenvolvimento da PHDA apresenta uma etiologia multifatorial. As causas têm sido alvo de investigação nos últimos anos, contudo, ainda não é possível nomear um fator responsável pelo aparecimento da perturbação. Nascimento e Ferreira (2014) reportam resultados da investigação que, no seu conjunto, sugerem que a perturbação resulta da interação de vários fatores, a qual irá ainda variar de acordo com ocorrência dos sintomas, com a idade, grau de severidade, comorbilidades, evolução da perturbação e, por fim, com a resposta ao tratamento:

a) Fatores genéticos - 25% das crianças com PHDA, apresenta um histórico familiar com a perturbação. De acordo com a APA (2014), existem com frequência familiares com o mesmo grau de transtorno. Antunes e Rodrigues (2014) descrevem como fatores genéticos, as alterações do ADN no gene recetor e no gene transportador da dopamina;

b) Fatores neurobiológicos - devido à instabilidade nas conexões neuronais, algumas crianças exibem disfunções cerebrais. Parece existir uma disfunção ao nível dos circuitos do sistema nervoso que limitam a disponibilidade de neurotransmissores (a dopamina e a noradrenalina) (Afonso, 2014). Nascimento e Ferreira (2014) acrescentam que, desta disfunção, emerge um défice na atenção, na inibição dos impulsos e também nas funções executivas. A teoria neurobiológica (e.g. Parker, 2003, p.14) aponta como causa da PHDA, uma disfunção nas regiões do cérebro associadas ao controlo e à regulação da atenção: "Uma concentração desses neurotransmissores,

superior ou inferior ao normal, pode ter efeitos disruptivos significativos nas nossas emoções e no nosso comportamento.";

c) Fatores pré-natais e pós-natais - o desenvolvimento da criança inicia-se na sua gestação e o consumo de álcool e tabaco pode propiciar o aparecimento da PHDA, tal como um nascimento prematuro e/ou baixo peso;

d) Fatores ambientais - incluindo, uma má dieta, com consumo excessivo de açúcares e aditivos, e ainda estímulos como o brilho da televisão e iluminações. Porém, e na opinião de Nascimento e Ferreira (2014), os resultados dos estudos sobre a influência dos fatores ambientais são inconclusivos;

e) Fatores familiares e socioculturais - um contexto familiar instável, dificuldades económicas, perturbações psiquiátricas e o abuso de substâncias por parte dos cuidadores da criança, elevam o risco de desenvolvimento da PHDA. Contudo, há crianças com um ambiente familiar estável que apresentam esta perturbação. O aparecimento da PHDA também poderá perturbar o contexto familiar.

Em síntese, e como Nascimento e Ferreira (2014) salientam, a investigação mostra-nos que a origem da PHDA é neurológica, afetada pelos genes e também pelo contexto ambiental em que a criança está inserida: envolve fatores neurobiológicos que condicionam uma deficiente ativação do córtex pré-frontal que, por sua vez, leva a défices nas funções executivas, incluindo o controlo da atenção e a inibição dos impulsos. Apesar das alterações anatómicas e neuroquímicas referidas, o diagnóstico da PHDA é exclusivamente clínico.

3.5. Intervenção Terapêutica

A intervenção terapêutica nas crianças com PHDA tem como objetivo reestruturar a sua conduta, possibilitar à criança a regulação das suas atitudes, tendo em conta o contexto familiar, escolar e social e com recurso a intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas (Amaral *et al.*, 2010). Parker (2003, p. 19) acrescenta que deverá existir um plano de tratamento combinado e que “os profissionais que tiveram um papel ativo no processo de avaliação podem estar também envolvidos na implementação do plano de tratamento”.

Barkley (2002, cit. por Amaral *et al.*, 2010) refere a importância de um diagnóstico precoce e correto, para um tratamento adequado da criança, isto é, uma intervenção precoce irá aumentar o bem-estar através de um controlo adequado do tratamento. Assim, através de uma equipa multidisciplinar, composta por médicos,

professores, psicólogos e pais, a criança tem a possibilidade de aprender a controlar os seus comportamentos para uma melhor integração no contexto em que se insere (Cordinhã & Boavida, 2008).

Lopes (2004, p.199) salienta que:

“Não existe “cura” para o DHDA uma vez que não se trata de uma “doença” nem de uma situação “patológica” pelo que, por consequência, não difere qualitativamente da normalidade. Será mais adequado encará-lo como uma forma extrema de um traço humano normal, que toda a gente possui, mas que só muito poucas pessoas apresentam nesta forma extrema. (...) Desta forma não se cura o DHDA; lida-se com a situação e procura-se mantê-la dentro de limites que não se revelem graves para o sujeito e para os que com ele convivem”.

Terapêutica farmacológica

Nem todas as crianças necessitam de uma intervenção farmacológica. No entanto, para crianças que necessitam, são prescritos com frequência psicoestimulantes e antidepressivos tricíclicos. Os segundos são recomendados para as crianças com níveis elevados de ansiedade e sinais de depressão. O metilfenidato, a dextroanfetamina e a pemolina são os psicoestimulantes mais comuns e interferem nos neurotransmissores do organismo. Estes fármacos ajudam a criança a regular os seus comportamentos motores e impulsivos e a focar a sua atenção, melhorando os comportamentos esperados.

A prescrição da medicação deve ser feita tendo em conta as características individuais de cada criança (com idade igual ou superior a 6 anos) como, por exemplo, o peso, a altura, a tensão arterial, a auscultação cardíaca. A estes dados acrescentam-se as informações transmitida pelos pais e professores (Parker, 2003; Afonso e Ferreira, 2014; Cordinhã e Boavida, 2008). O acompanhamento deverá ser feito de 6 em 6 meses para se avaliar a eficácia do tratamento (Cordinhã e Boavida, 2008). Em 2008, Cordinhã e Boavida reportavam a disponibilidade em Portugal apenas do metilfenidato e com uma eficiência em 80% dos casos em tratamento na consulta de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra. Afonso e Ferreira (2014) também referem que a eficiência deste medicamento psicoestimulante pode variar entre os 70 e 90%. Afonso e Ferreira (2014, p. 119) descrevem a ação e propriedades do medicamento:

“As áreas cerebrais responsáveis pela inibição de comportamentos impulsivos e pela manutenção da atenção e que estão menos funcionantes

na PHDA [são alvo do metilfenidato]. O seu mecanismo de ação está ligado a determinadas substâncias químicas presentes naturalmente no cérebro, os neurotransmissores cerebrais, nomeadamente da dopamina e noradrenalina. Estes neurotransmissores químicos são responsáveis pela regulação do controlo motor, da atenção, organização, planeamento e tomadas de decisão”.

Apesar de apresentar efeitos secundários como a falta de apetite, dor abdominal e dificuldades no sono e ainda o fenómeno *rebound* (quando termina o efeito da medicação os sintomas apresentam-se com grande intensidade), a medicação possibilita à criança conseguir focar a sua atenção nas aprendizagens e melhorar a coordenação motora fina. Assim, a criança consegue melhorar o seu desempenho académico, desenvolver a confiança e a autoestima (Afonso & Ferreira 2014).

Em contexto pré-escolar, Cordinhã e Boavida (2008, p.585) referem que estão a ser realizados estudos tendo em conta esta terapêutica e que “os resultados preliminares apontam para que, nesse grupo etário, a dose média eficaz seja inferior e para a maior incidência de efeitos adversos, nomeadamente emocionais”.

Terapêutica não farmacológica

Em qualquer terapia adotada pretende-se reduzir os comportamentos desajustados e apoiar a criança a comportar-se, com maior frequência, de forma ajustada ao contexto. É neste sentido que Rosa (2014, p.96) salienta a importância de uma intervenção a nível comportamental: “A terapia comportamental pretende promover, através do princípio do reforço, comportamentos que sejam adequados e extinguir os comportamentos indesejados, uma vez que ao obter uma consequência favorável para si, a criança irá manter esse comportamento no seu «reportório comportamental»”.

Para que terapêutica comportamental seja eficaz, é necessário assegurar a adequação das atitudes dos pais e dos educadores/professores, no sentido de procurarem não criticar a criança, mas também de a desviar ou auxiliar nos momentos e situações que a podem levar ao insucesso (Cordinhã & Boavida, 2008; Parker, 2003, Rodrigues & Antunes, 2014). Cordinhã e Boavida (2008) salientam ainda a importância das atividades extracurriculares que podem ajudar criança a libertar tensões acumuladas, a progredir na aprendizagem de competências sociais e no cumprimento de regras.

Além de uma intervenção comportamental, é igualmente importante uma intervenção cognitiva para que seja mais fácil a alteração dos comportamentos desajustados. Rosa (2014, p.98) refere que esta terapêutica consiste em “aprender a modificar as verbalizações internas que se utilizam quando se realiza uma tarefa.” Esta aprendizagem leva a criança a realizar autoinstruções as quais, por sua vez, ajudam-na na escolha da solução mais adequada ao contexto, permitindo que a criança consiga resolver as suas problemáticas. Se for capaz de pensar em alternativas e de antecipar as consequências, então a criança irá diminuir a sua impulsividade e ainda focar a sua atenção na aprendizagem de novas tarefas (Cordinhã & Boavida, 2008; Rosa, 2014; Parker, 2003).

3.6. Intervenção Pedagógica

O Educador de Infância, enquanto o especialista de desenvolvimento infantil, tem um papel fundamental no desenvolvimento das crianças, garantindo na sala de atividades um ambiente tranquilo e harmonioso. No que respeita às crianças com problemas de comportamento e atenção, a literatura dá indicações sobre como o docente deverá atuar para facilitar a sua inclusão e promover o seu desenvolvimento e aprendizagens.

Barros (2014) refere que o professor/educador deve ser um modelo para as crianças, incluindo para as que apresentam problemas de comportamento e atenção: adotar atitudes calmas e justas; esclarecer as regras de comportamento; e realizar atividades que sejam devidamente estruturadas e dinâmicas. A criação de um ambiente estruturado, com rotinas e um conjunto de regras bem definidas, irá ajudar as crianças com problemas de atenção e comportamento a realizar aprendizagens com sucesso (Parker, 2003; Barros 2014; Antunes, Silva & Afonso, 2014). Cabe ao professor/educador ensinar e clarificar quais os comportamentos adequados para que seja possível reduzir ou até mesmo prevenir os comportamentos desviantes das crianças. Alguns autores propõem princípios e estratégias de atuação pedagógica para promover nas crianças com PHDA a adoção de comportamentos aceites no contexto em que estão inseridas.

Antunes, Silva e Afonso (2014) defendem que o educador/professor deve preparar e implementar atividades que despertem a curiosidade e o interesse da criança, reduzir, ou mesmo evitar, “momentos mortos” e ritmos monótonos pois tais situações suscitam a frustração e o desinteresse da criança. Para o efeito, todas as

atividades pedagógicas devem ser bem planejadas e estruturadas, de modo a evitar momentos de espera que poderão despertar os comportamentos desajustados.

As sugestões de Lopes e Rutherford (2001) visam ajudar o Educador, em contexto pedagógico, a minimizar a ocorrência de comportamentos desajustados das crianças com PHDA:

- o *reforço social* – a valorização de ações e comportamentos que as crianças conseguiram mudar, mesmo que sejam pequenos. O educador deve assim usar o reforço positivo, logo após à criança apresentar um comportamento ou atitude que o justifique, e ainda realçar cada vez que a criança se aproxima do comportamento adequado. Quando este já está adquirido, deve reforçá-lo continuamente;

- a *gestão de contingências* - irá estabelecer um equilíbrio entre os comportamentos e atitudes adequadas e as aprendizagens e comportamentos em que a criança apresenta mais dificuldades. De outra forma, quando a criança apresenta dificuldades em cumprir as regras da sala e realizar as tarefas, deve ter um reforço se conseguir ultrapassar esta dificuldade como, por exemplo, ir para o recreio mais cedo ou realizar uma atividade/ jogo preferido;

- o *contrato comportamental* - deve ser concretizado pelo Educador e pela criança e descrever quais as responsabilidades de ambas as partes. O contrato deve ter uma linha de pensamento positiva, explicitar que existirá uma recompensa quando a criança conseguir realizar uma atividade e/ou adotar comportamentos adequados, ser justo e realista, satisfazendo as necessidades e interesses das crianças;

- o *sistema de créditos* - tem como objetivo dar à criança um número específico de créditos por cada comportamento correto ou atividade realizada. Contudo, é fundamental estabelecer um prazo para troca dos créditos pelos reforços.

- a *autogestão* - tem por base a auto motivação como elemento fundamental para a transformação dos comportamentos desajustados, i.e., “deixar os alunos envolverem-se na gestão do seu próprio comportamento pode, pois, constituir uma forte motivação para o processo de modificação de comportamento” (Lopes e Rutherford, 2001, p. 114). A estruturação da sala, com rotinas e regras, é enfatizada por Parker (2003). A estrutura na sala destaca-se sempre que as rotinas estabelecidas para concretização das tarefas diárias colaboram na construção dos bons hábitos comportamentais das crianças com PHDA. Outras estratégias propostas pelo autor são:

- o *treino de competências de organização e de estabelecimento de objetivos* – traduz-se no incentivo dos educadores dado às crianças para que sejam mais

organizadas, não obstante as dificuldades que apresentam ao fazê-lo. Deverá existir um diálogo constante o educador e os pais, com intuito de registrar a evolução da criança, devendo-se igualmente elogiá-la e incentivá-la, sempre que se justifique;

- *modificar a apresentação das atividades e introduzir adaptações nas tarefas a realizar* – para estimular a atenção e o interesse das crianças nas tarefas. Para que isto seja possível, o educador deve adaptar as atividades às necessidades das crianças, nomeadamente, simplificar e adicionar tempo extra às tarefas ou até realizar pequenos intervalos nas atividades de longa duração;

- *usar a atenção do professor como motivação* – através das suas planificações de atividades que têm como objetivo a motivação das crianças. Os educadores com uma prática pedagógica dinâmica e criativa conseguem motivar e cativar mais a atenção das crianças, o que é essencial para as crianças com PHDA;

- *sentar a criança próxima do educador* - as crianças com PHDA devem estar afastadas dos elementos que distraem a atenção e que estão presentes na sala quando estão a realizar atividades. Assim, devem “sentar-se perto de um bom modelo, ou próximo do educador, de forma que possam ser incentivados a trabalhar” (Parker, 2003, p. 57);

- *planear antecipadamente as transições* - estabelecer regras para as transições, isto é, recolher os materiais de que necessitam, mover-se sossegadamente, manter pés e mãos controlados e ficar prontos para a atividade seguinte; rever as regras para os momentos de transição com a turma, até a rotina estar estabelecida; supervisionar os alunos de perto, durante os períodos de transição; proporcionar retorno imediato e consistente aos alunos que estão a agir adequadamente; estabelecer limites de tempo para as transições, isto é, tentar completar uma transição em três, quatro, etc. minutos;

- *identificar os pontos fortes das crianças* - é uma atitude fundamental para que a criança não desenvolva uma baixa autoestima. Uma relação positiva e otimista é um elemento facilitador do desenvolvimento das aprendizagens, mas também para a construção e manutenção de uma autoestima positiva. Quando a criança participa nas atividades e assume responsabilidades na sala, sente-se útil e focará a sua atenção no que está a fazer, desenvolvendo assim um pensamento positivo sobre si mesma;

- *usar instruções, avisos e consequências eficazes, para melhorar o comportamento* - de modo a que a criança diminua os comportamentos desviantes e apresente comportamentos ajustados às tarefas. Parker (2003, p.58) acrescenta que “a instrução pode ter de ser seguida por um aviso e por uma consequência, de forma que o aluno

perceba que o professor está a falar a sério”. Estas instruções devem ser específicas e breves para uma melhor compreensão das crianças;

- *ensinar a criança a automonitorizar-se* - a criança deve observar e registar os seus próprios comportamentos para que deles tenha consciência e consiga avaliar o seu desempenho. Ao refletir sobre as suas atitudes, aumenta a sua atenção nas tarefas e sua capacidade para gerir o seu comportamento.

A eficácia do comportamento do docente, em particular, com crianças com problemas de comportamento, não é apenas uma questão técnica, ou seja, não resulta da simples aplicação de estratégias ou procedimentos: é também fruto das crenças ou expectativas que o docente possui em relação à sua capacidade para, através do seu desempenho, produzir determinados efeitos.

4. A Autoeficácia na atividade docente

As crenças e as expectativas que os indivíduos apresentam em relação ao (in)sucesso do seu desempenho numa dada situação, incluindo de natureza pedagógica, influenciam a sua atuação. Esse é o principal pressuposto da “autoeficácia”, um construto proposto por Bandura (1977, 2001) e em relação ao qual a investigação há muito evidenciou os seus efeitos nas atitudes e comportamentos dos indivíduos, incluindo dos professores (e.g. Tschannen-Moran, Hoy & Hoy, 1998).

No presente trabalho, pretendemos explorar a relação existente entre a autoeficácia do Educador de Infância, face a crianças com problemas de comportamento e atenção, e a adequação da sua intervenção pedagógica.

4.1. Autoeficácia: o conceito

O conceito de autoeficácia está associado a Albert Bandura que iniciou a sua operacionalização no fim da década de 70 do séc. XX. Bandura (1977, citado por Neves & Faria 2009, p. 208) define o conceito como “uma crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado desejado”. Ou seja, a autoeficácia, corresponde à autoavaliação que o indivíduo faz sobre o que acredita ser capaz de fazer (Bandura, 1977, p.3). A autoeficácia comporta três dimensões: a magnitude, o nível de dificuldade da tarefa que a pessoa acredita que pode realizar; a força, isto é, as convicções sobre a magnitude como sendo forte ou fraca; e a generalização, ou seja, o grau de extensão da crença a situações diversas (Lunenburg, 2011).

Há muito que a investigação reúne evidências, reportadas em revisões da literatura e meta-análises, sobre o poder preditivo da autoeficácia em relação aos comportamentos humanos (e.g. Lunenburg, 2011; Klassen & Tze, 2014). Tem efeitos poderosos sobre a aprendizagem, motivação e desempenho uma vez que os indivíduos privilegiam aprender e realizar tarefas em que acreditam poder ter sucesso. Segundo Bandura (2009), a autoeficácia afeta a aprendizagem e o desempenho de três principais maneiras: na escolha dos objetivos que o sujeito escolhe para si próprio - os indivíduos com menor autoeficácia, quer sejam estudantes ou profissionais, tendem a definir para si objetivos menos ambiciosos, e o contrário acontece para indivíduos com maior autoeficácia; no esforço que o indivíduo despense no exercício do seu trabalho – um elevado sentido de autoeficácia tende a refletir-se num maior investimento na aprendizagem e desempenho de novas tarefas porque o indivíduo está confiante de que irá ser bem-sucedido; na persistência com que a pessoa tenta desempenhar tarefas novas e difíceis. Profissionais com elevada autoeficácia estão confiantes que podem aprender e desempenhar tarefas específicas. Logo, será mais provável que persistam nos seus esforços se surgirem problemas.

4.2. Autoeficácia na abordagem às Necessidades Educativas Especiais

O construto autoeficácia tem sido estudado no contexto de diferentes tipos de desempenho profissional, incluindo na docência. A autoeficácia docente é vista por Bandura (1997) como a crença do professor na sua capacidade para organizar e exercer práticas pedagógicas necessárias à obtenção de resultados em termos de aprendizagens e comportamentos dos alunos, incluindo os que têm dificuldades ou manifestam desinteresse (Tschannen-Moran & Hoy, 2001, cit. por Silva & Silva, 2015). Logo, é importante que o professor se sinta confiante na sua capacidade pedagógica. A capacidade de reconhecer o seu trabalho e de sentir que é capaz, é um requisito essencial para atingir os resultados desejados (Bandura 1997).

A meta-análise de Klassen e Tze (2014) evidencia a influência da auto-eficácia do docente na motivação, no comportamento e no sucesso das aprendizagens dos alunos. Tais efeitos, resultam das decisões tomadas, dos níveis de persistência, da resiliência e do stresse nas situações que fazem parte do dia-a-dia do professor (Tschannen-Moran, Hoy & Hoy, 1998). Jordan et al. (2009) referem que os sentimentos de autoeficácia dos professores predizem as suas práticas pedagógicas e, por sua vez, o sucesso e a qualidade na aprendizagem dos alunos. Ribeiro (1996, cit. por Pedro, 2007, p.33) descreve os efeitos da autoeficácia no desempenho docente como variável

intermédia ou moderadora do seu comportamento em sala de aula, composta por uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva: a primeira, associa-se à probabilidade do docente sentir que tem o poder para provocar mudanças positivas nos alunos; a segunda, diz respeito à componente afetiva da avaliação (positiva ou negativa) que o professor faz da sua própria habilidade ou capacidade para exercer ou provocar tais mudanças.

A construção da autoeficácia do docente é feita com base em situações e experiências diversificadas e que podem incluir: as suas experiências e desempenho pessoal; os seus êxitos e insucessos ou a interpretação que dá às suas ações; as experiências vicariantes que permitem um termo de comparação entre o seu trabalho e o dos seus colegas; a persuasão verbal que ocorre quando um agente externo convence o professor da sua aptidão ou inaptidão para efetuar determinada tarefa; e os estados fisiológicos e emocionais que são fontes ligadas a questões emocionais e somáticas, tais como o stresse, a ansiedade ou os estados de humor, que influenciam o professor na estimativa da confiança para pôr em prática as ações necessárias para a realização de determinada tarefa Bandura (1977, 1982 cit. por Silva e Silva, 2015).

No caso específico da Educação Especial, Bzuneck e Guimarães (2003) referem que a autoeficácia pode ser afetada pela particularidade das situações que o professor tem a oportunidade de presenciar, designadamente quanto aos obstáculos, fracassos e frustrações. Se o professor se sente incapacitado para lidar com a criança, tal sensação acaba por afetar as suas crenças de autoeficácia e, como consequência, o trabalho pedagógico pode ser prejudicado (Cintra *et al.*, 2009).

A autoeficácia do professor é fundamental para que as crianças com necessidades especiais apresentem resultados positivos no desenvolvimento das suas aprendizagens (Shreve, 2006). Podell e Soodak (1993, cit. por Shreve, 2006) defendem que os professores com maiores níveis de autoeficácia e melhores expectativas nos resultados estão mais dispostos a incluir crianças com necessidades especiais, por acreditarem que têm a capacidade e as competências necessárias para educar essas crianças, seja a nível académico, como a nível social. Ao adaptarem o contexto da sala às necessidades de cada criança, estes professores dedicam mais tempo à planificação e implementação de estratégias mais eficazes para a inclusão das crianças com dificuldades de aprendizagem. Por sua vez, os professores com níveis baixos de autoeficácia, tendem a não incluir os alunos com dificuldades nas atividades, por acreditarem que não são capazes, ou por inexperiência, ou até por más experiências, assim sendo, encaminham estas crianças para os serviços de educação de especial, sem antes tentarem construir um plano de intervenção para a criança (Shreve, 2006).

Logo, ao refletirem sobre o seu processo e acreditarem que são capazes, os professores com maior autoeficácia são bem-sucedidos na promoção das aprendizagens de crianças com dificuldades, bem como das restantes (Bender, et al., 1995; Rimm-Kaufman & Sawyer, 2004 cit. por Shreve, 2006).

São vários os estudos que sugerem que os professores com níveis superiores de autoeficácia na inclusão de alunos com dificuldades referem que as estratégias mais eficazes são o apoio individualizado, o trabalho de pares, e a diversificação de estratégias de ensino-aprendizagem (Bender et al., 1995, Jordânia & Stanovich, 2004, Rimm-Kaufman & Sawyer, 2004 cit. por Shreve, 2006).

Silva, Ribeiro e Carvalho (2013) realizaram um estudo em Portugal sobre as atitudes e práticas dos professores face à inclusão de alunos com necessidades educativas especiais. Apuraram que os professores do ensino regular sentem falta de preparação para ensinar crianças com dificuldades especiais e apresentam associados baixos níveis de autoeficácia, tanto a nível pessoal como profissional. Os autores descrevem ainda sintomas de insegurança e ansiedade reportados pelos professores quando o seu grupo de alunos tem crianças com desenvolvimento atípico.

Na mesma linha de resultados, o trabalho Lopes *et al.* (2004) sugere que os professores portugueses se sentem inseguros na presença de crianças com necessidades educativas especiais. Os autores sugerem a existência de salas de apoio para estas crianças e realçam os benefícios de terem um currículo adaptado e realizarem as suas aprendizagens com os pares

5. Problematização e Metodologia

A expressão da PHDA é semelhante nos contextos pré-escolar e escolar (Azevedo et al., 2012). É importante que os educadores estejam sensibilizados para a problemática pois têm um papel fundamental na identificação da perturbação, cabendo-lhes alertar os pais e a equipa pedagógica, possibilitando uma avaliação e apoio atempados da criança (Parker, 2003; Antunes, 2014). A partir de uma avaliação detalhada que inclui os diferentes contextos da criança, o educador deve optar pela intervenção e estratégias mais adequadas (Rosa e Antunes, 2014). A literatura sugere que os comportamentos desajustados em contexto escolar tendem a diminuir se o Educador adotar um conjunto de práticas de gestão de comportamentos e de intervenção pedagógica (e.g. Antunes, Silva e Afonso, 2014; Barros, 2014). Há também evidências de que a adequação das práticas pedagógicas dos docentes, em geral e

perante necessidades educativas especiais, é fortemente influenciada pelas suas crenças de autoeficácia (e.g. Shreve, 2006; Silva, Ribeiro e Carvalho, 2013).

Neste contexto, julgámos relevante identificar quais as estratégias preferencialmente implementadas pelos Educadores, quando as crianças apresentam problemas de comportamento e atenção, e em que medida a sua autoeficácia influencia as opções de intervenção.

5.1. Problema, questões e hipóteses de investigação

O nosso estudo foi orientado por um problema de investigação ou questão de partida, uma prática comum na investigação em Ciências Sociais, a qual procurámos que refletisse as qualidades defendidas por Quivy e Campenhoudt (2008): clareza, pertinência e exequibilidade. Assim, o problema orientador do presente trabalho consubstancia-se na seguinte pergunta:

Como lidam os Educadores de Infância com crianças com problemas de comportamento e de atenção, como a PHDA?

Associada a esta questão geral emergiram questões mais específicas, a saber:

Q1) Que tipos de intervenção pedagógica e de gestão de comportamentos os EI privilegiam na abordagem aos PCA/PHDA?

Q2) Em que medida a atuação do EI é influenciada pelas suas crenças de autoeficácia na abordagem a crianças com PCA/PHDA?

Q3) Será que educadores com uma experiência profissional mais longa têm uma atuação pedagógica mais adequada do que os docentes mais inexperientes?

A revisão da literatura mostrou-nos que estudos realizados em diferentes países estabelecem uma associação entre o tempo serviço docente e os conhecimentos sobre a PHDA (e.g. Sciutto *et al.*, 2000, 2015), ou seja, quanto maior a experiência de trabalho maior a exposição a este tipo de comportamentos, logo maior o conhecimento acumulado. Tais resultados e inferências fazem-nos também pressupor que uma crescente familiaridade com casos de PCA/PHDA poderá promover um maior sentido de autoeficácia para lidar com este tipo de situações e uma crescente adequação das práticas pedagógicas, por via da experiência.

Com base nestes pressupostos, formulámos as seguintes hipóteses:

H1) A duração (em anos) da experiência docente está positiva e significativamente associada às crenças de autoeficácia para lidar com crianças

com problemas de comportamento e atenção, especificamente a (1A) autoeficácia instrucional, (1B) na manutenção da disciplina, (1C) na tomada de decisão e (1D) na criação de um clima escolar positivo;

H2) A duração (em anos) da experiência docente está positiva e significativamente relacionada com a adequação das práticas pedagógicas (gestão de comportamentos e da intervenção pedagógica)

Contudo, há investigação realizada em Portugal que indica que os professores/educadores se sentem inseguros quando têm no seu grupo crianças com dificuldades de aprendizagem (Silva, Ribeiro e Carvalho, 2013; Lopes et al 2004). São resultados que simultaneamente nos sugerem uma eventual baixa autoeficácia dos Educadores na abordagem aos casos de PCA/PHDA o que, a acontecer, poderá interferir na qualidade da sua atuação. As nossas expectativas encontram-se resumidas na seguinte hipótese:

H3) As crenças de autoeficácia para lidar com crianças com problemas de comportamento e atenção, especificamente, a (3A) autoeficácia instrucional, (3B) na manutenção da disciplina, (3C) na tomada de decisão e (3D) na criação de um clima escolar positivo, estão positivamente e significativamente relacionadas com a adequação das práticas pedagógicas (de gestão de comportamentos e de intervenção pedagógica).

A figura que se segue resume o esquema conceptual deste estudo.

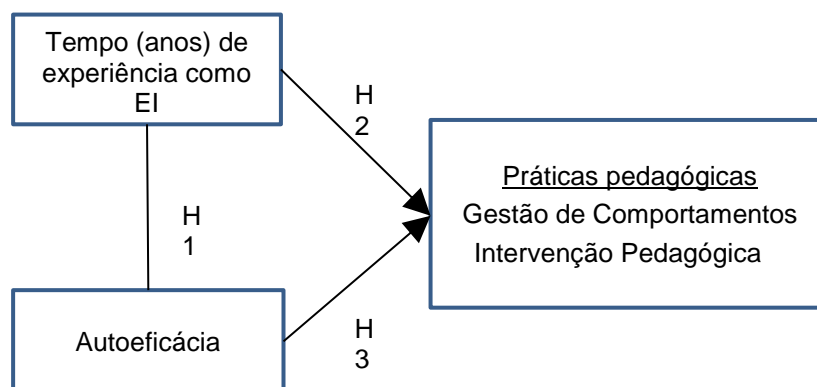


Figura 1 – Esquema conceptual do estudo

5.2. Abordagem e *design*

Para testarmos as nossas hipóteses e respondermos ao problema de investigação desenhamos um estudo transversal ou *cross-sectional*, considerado o mais adequado para descrever as particularidades de uma determinada situação, tendo em conta a problemática, as hipóteses e uma amostra representativa (Almeida & Freire, 2007; Vilelas, 2009). Vilelas (2009) explica que, nestes estudos, as variáveis caracterizam uma posição no tempo e as relações estabelecidas entre elas. Hochman, Nahas, Filho, Ferreira (2005) descrevem os estudos *cross-sectional* como fotografias (*snapshots*) realizadas numa dada população, com base numa amostra, e cujas principais vantagens são o baixo custo e o curto espaço de tempo com que são realizadas.

5.3. Recolha de Dados

A recolha de dados foi efetuada através de inquérito por questionário, uma técnica habitual quando o objetivo é conhecer uma população, analisar um fenómeno social, ou então quando o estudo exige uma amostra significativa (Quivy e Campenhoudt, 2008). O inquérito por questionário apresenta como principais vantagens a possibilidade de se quantificar um número representativo de dados e proceder às respetivas análises de correlação através de um procedimento estatístico. Permite ainda um fácil acesso a um conjunto representativo de sujeitos.

Como principais desvantagens do inquérito por questionário, a superficialidade das respostas, a individualização dos inquiridos, a fragilidade em relação à credibilidade do instrumento. E por fim, “as principais dificuldades provêm, geralmente, da parte inquiridos, que nem sempre estão suficientemente formados e motivados para efectuarem este trabalho exigente e muitas vezes desencorajador” (Quivy e Campenhoudt, 2008, p. 190).

5.3.1 Instrumento e Medidas

O questionário (anexo A) utilizado inclui duas escalas: a *Instructional and Behavior Management Approaches Survey* (IBMAS), de Martinussen, Tannock e Chaban (2011) e a Escala de Autoeficácia para Professores, de Bandura (1990).

IBMAS

A IBMAS visa avaliar as práticas dos docentes com crianças com problemas de atenção e comportamento, aos níveis da gestão de comportamentos e da intervenção pedagógica. No estudo original, os autores compararam a atuação pedagógica dos professores de ensino regular com as dos professores de educação especial. Martinussen, Tannock e Chaban (2011) utilizaram o termo “problemas de atenção e/ou comportamento” para não limitar as respostas dos professores apenas aos alunos diagnosticados com PHDA.

A escala original é composta por 39 itens ($\alpha = .76$), e está dividida em duas subescalas: Gestão de Comportamentos (16 itens, 1 de escala invertida; $\alpha = .80$) e Ensino-Aprendizagem (23 itens, 1 de escala invertida; $\alpha = .89$). As respostas são operacionalizadas através de uma escala de Likert de 5 pontos, onde o 1 corresponde ao “raramente” e o 5 ao “a maioria das vezes”. Não foram incluídos no presente estudo 10 itens por considerá-los não serem adequados à Educação Pré-Escolar, por exemplo, “providenciar ao aluno um tutor ou parceiro de estudo”; “fornecer ao aluno orientações escritas, bem como orais”. A versão adaptada do IBMAS é composta por 15 itens da subescala de gestão de comportamentos e 14 itens da subescala de estratégias de intervenção pedagógica.

A tradução e adaptação do instrumento à realidade portuguesa foi fruto de um trabalho metódico, rigoroso e moroso. Tivemos em consideração aspetos semânticos, linguísticos e contextuais e também as etapas fundamentais de um processo desta natureza (Borsa, 2012), designadamente:

1. tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo;
2. realização da síntese das versões traduzidas;
3. análise da versão sintetizada por juízes *experts*;
4. tradução reversa para o idioma de origem (*backtranslation*);
5. estudo-piloto.

Recorremos a dois tradutores bilingues, familiarizados com o idioma e cultura de origem que produziram, trabalhando de forma independente, duas versões traduzidas as quais foram analisadas e comparadas com objetivo de se obter uma versão única. Os tradutores iniciais são de nacionalidade luso-canadiana e possuem formação nas áreas das Necessidades Educativas Especiais e Psicologia. Posteriormente, esta versão foi sujeita a tradução reversa com um diferente tradutor (Sireci et al., 2006, cit. por Borsa et al. 2012) para conseguirmos uma melhor qualidade no instrumento. Este

terceiro tradutor¹ domina a língua inglesa e portuguesa. A tradução reversa diz respeito a uma versão resumida e revista do instrumento para a língua de origem, possibilitando avaliar a tradução de cada item tendo em conta a versão original (Borsa et al. 2012).

A tabela 1 apresenta a estrutura da escala *Instructional and Behavior Management Approaches Survey (IBMAS)* adaptada à Educação Pré-Escolar e realidade portuguesas. O questionário completo encontra-se em anexo (anexo A).

Tabela 1 – estrutura da IBMAS (Martinussen et al, 2011) adaptada

Subescalas	Localização dos itens	Exemplos
Gestão dos Comportamentos	Seção 1 Itens: 1(inv), 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11(inv), 12, 13, 14(inv), 15	Prestar assistência durante as transições
Gestão da Intervenção Pedagógica	Seção 2 Itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14	Atribuir tarefas mais simples/curtas

inv – item de escala invertida

Escala de Autoeficácia para Professores

Na terceira seção do questionário situa-se a escala de Autoeficácia para Professores, de Bandura (1990), adaptada ao contexto português por Pedro (2007) e cuja versão é composta por 19 itens. Dadas as características específicas da Educação Pré-Escolar, 8 dos itens de Pedro (2007) foram considerados inadequados pelo que a versão final foi composta por 11 itens distribuídos por 4 subescalas, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – estrutura da escala “Autoeficácia docente face à PCA/PHDA”

Subescalas	Localização dos itens	Exemplo dos itens
Autoeficácia no ensino-aprendizagem	Seção 3 Itens: 1, 5, 6, 9, 10	Sou capaz de promover aprendizagens com crianças com problemas de atenção e/ou comportamento mesmo quando não têm apoio.
Tomada de decisão	Seção 3 Itens: 4, 7	Na minha escola, consigo ter acesso aos equipamentos e materiais pedagógicos necessários.

¹ leciona a disciplina de inglês segundo o currículo de Cambridge no ensino básico – 7.º ao 9.º ano

Tabela 2 – estrutura da escala “Autoeficácia docente face à PCA/PHDA”

Subescalas	Localização dos itens	Exemplo dos itens
Clima escolar positivo	Seção 3 Itens: 2, 8	Procuro valorizar as crianças com problemas de atenção e/ou comportamento para acreditarem que conseguem ter sucesso
Manutenção da disciplina	Seção 3 Itens: 3,11	Quando acontecem comportamentos desajustados na minha sala, sou capaz de controlar.

A quarta seção do questionário diz respeito às variáveis demográficas que incluem sexo, idade, anos de serviço como Educador de Infância e habilitações académicas.

5.3.2. Procedimentos e participantes

O questionário foi aplicado em 31 estabelecimentos de Educação Pré-escolar, das redes pública e privada, da cidade de Lisboa e com a colaboração de alunos do Mestrado de Qualificação para a Docência em Educação Pré-Escolar e do Mestrado de Qualificação para a Docência em Educação Pré-Escolar e Ensino do Primeiro Ciclo. No contexto da unidade curricular Relatório Final, os alunos voluntários foram instruídos sobre os procedimentos a adotar no sentido de standardizar, na medida do possível, as condições de recolha de dados.

Dos cerca de 300 questionários distribuídos aos Educadores de Infância, foram devolvidos 153 questionários viáveis (sem “não respostas” ou respostas “nulas”, por preenchimento incorreto), ou seja, 51%.

5.3.2 Tratamento e análise de dados

Os questionários foram sujeitos a leitura ótica através de *software* próprio (*Remark*) e os dados recolhidos foram sujeitos a tratamento e análise estatística com recurso ao *software IBM SPSS Statistics* (versão 23).

6. Resultados

Neste ponto do trabalho apresentamos os resultados apurados, em primeiro lugar, da análise à adaptação que efetuamos à escala IBMAS e, em seguida, dos testes realizados para respondermos às hipóteses do estudo.

Análises preliminares

A *Instructional and Behavior Management Approaches Survey* (IBMAS) proposta por Martinussen et al. (2011) contempla duas subescalas, sobre gestão dos comportamentos e da intervenção pedagógica, mas os autores não verificaram em que medida cada uma representa um constructo distinto, ficando apenas pela verificação da fiabilidade (respetivamente, $\alpha=.89$ e $\alpha=.80$). Outros estudos que envolveram a IBMAS (e.g. Fabiano et al., 2002), também não a analisaram quanto à validade de constructo, optando por inferir a unidimensionalidade da escala atendendo à elevada correlação ($r=74$, $p<.001$, no estudo original de Martinussen e colegas) entre os dois domínios. Contudo, porque procedemos à adaptação do instrumento para a língua e realidade portuguesas e para a Educação Pré-Escolar, considerámos relevante reunir informação sobre as suas qualidades sociométricas. Para o efeito, realizámos uma análise fatorial exploratória (AFE) (anexo B.1) aos 29 itens da escala IBMAS adaptada à EPE.

Na realização da AFE ao IBMAS adaptado tivemos em consideração alguns requisitos apontados pela literatura (Hair et al, 2010; Field, 2013), em particular, o tamanho amostral mínimo que, segundo Hair et al (2010), é de 5 observações por indicador/item. Possuindo o IBMAS adaptado 29 indicadores e tendo a nossa amostra 153 sujeitos, considerou-se que este requisito estaria preenchido. Outro requisito para a adequação de uma AFE diz respeito às medidas de intercorrelação entre as variáveis: observou-se apenas um pequeno número de correlações parciais entre indicadores superiores a .30; O resultado do teste de esfericidade de *Bartlett* foi significativo ($p<.05$); a medida de *Kaiser-Meyer-Olkin*, $KMO = .81$, sobre a adequação da amostra é considerada *meritória* (Hutcheson & Sofroniou, 1999, cit. Por Field, 2013); também os valores individuais de *KMO* (na matriz de correlações anti-imagem, em anexo) foram superiores, na sua quase totalidade, a .77. Em suma, considerámos ter indicações suficientes sobre a adequação da amostra para a realização de uma AFE (Hair et al, 2010; Field, 2013).

Foi efetuada uma AFE inicial aos 29 itens, com análise dos componentes principais e rotação oblíqua, dada as correlações elevadas existentes entre as variáveis (Hair et al, 2010). Adotou-se o critério de Kaiser para o número de fatores a extrair, i.e., valores de *B* superiores a 1. Os resultados revelaram alguma inconsistência quando comparados com o *screen plot*, por sua vez algo ambíguo quanto aos pontos de inflexão (sugerindo 5 ou 6 fatores). Assim, realizámos uma segunda análise, desta vez retendo dois fatores, tendo em conta o referencial teórico e objetivos do estudo. Os resultados encontram-se na Tabela 3.

Hair et al. (2010) sugere que, para uma amostra de 150, um coeficiente significativo (embora conservador, segundo o próprio) de saturação não deverá ser inferior a .45, muito embora coeficientes de saturação entre .30 e .40 possam ser considerados como níveis mínimos para uma interpretação sobre a estrutura. Assim, considerámos como significativos coeficientes superiores a .35. Os resultados sugerem uma natureza unidimensional da escala, na medida em que 20 dos 29 indicadores das duas subescalas apresentam coeficientes de saturação significativos para o fator 1. Identificámos ainda indicadores com saturação nos dois fatores em simultâneo (na Tabela 5 assinalados com *), tais como

Fornecer sinais e material de suporte concretos (ex. sinais visuais, cartazes, diagramas)

Dividir tarefas em secções mais pequenas

Dar às crianças a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos

e outros (assinalados a itálico na Tabela 6) que não saturaram em nenhum fator, a saber:

Repreender verbalmente

Remover a criança da sala de aula por mau comportamento

“Tempo para pensar”

Reduzir as expectativas sobre o trabalho

No conjunto, os dois fatores explicam 42% da variância.

Tabela 3 – matriz de padrão (*rotated factor loading*)

Itens	Fatores	
	1	2
<i>Repreender verbalmente</i>	,084	-,051
Prestar assistência durante as transições	,557	,094
Usar sinais não-verbais (por exemplo, movimentar a mão) para relembrar a criança a concentrar-se na tarefa.	,325	,571
Utilizar informação diária - Casa/Escola	,437	,438
Atribuir consequências ao mau comportamento (por exemplo, remover um privilégio)	,181	,543
Ignorar seletivamente (não dar atenção a certas condutas)	,017	,703
Implementar planos de apoio ao comportamento positivo	,607	-,235
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)	,613	,310
Controlar a proximidade (aproximar-se do aluno)	,439	,378
Dar uma atenção positiva (elogiar, incentivar)	,648	-,173
<i>Remover a criança da sala de aula por mau comportamento</i>	,050	-,001
Ensinar o comportamento apropriado (por exemplo, convenções sociais) e ensaiá-lo com as crianças	,473	-,020
Comunicar frequentemente com os pais (por exemplo, reuniões, telefonemas, email)	,622	,258
<i>“Tempo para pensar”</i>	,026	-,272
Gerir a conduta baseada no custo da resposta (ganhar pontos ou fichas por específicas condutas apropriadas, e retirar os mesmos por condutas inapropriadas)	,451	,219
Modificar a linguagem usada nas instruções (ex. falar lentamente, encurtar frases, repetir instruções)	,583	,305
Fornecer sinais e material de suporte concretos (ex. sinais visuais, cartazes, diagramas) *	,539	-,461
Atribuir tarefas mais simples/ curtas	,465	,276
Criar um contrato comportamental	,601	,078
Dividir tarefas em secções mais pequenas*	,540	,374
Dar às crianças a opção de escolher tarefas e/ou trabalhos*	,428	-,538
Proporcionar ao aluno feedback mais imediato e frequente sobre o seu desempenho nos trabalhos ou atividades.	,712	-,209
Simplificar as instruções e transmiti-las passo a passo	,602	,137
Ajudar a criança a estabelecer metas e a monitorizar o progresso	,673	-,499
Criar um programa de recompensas (dar sinais/ fichas/ autocolantes para o comportamento apropriado)	,581	,033
<i>Reduzir as expectativas sobre o trabalho</i>	,189	-,001
Ensinar a criança a organizar-se ou a planear	,725	-,400
Usar técnicas de resposta além da verbal (por exemplo, cartões de resposta)	,657	-,322
Evidenciar os pontos-chave das atividades/tarefas às crianças	,745	-,094

Nota: em *itálico*, itens com coeficiente de saturação inferior .35
A **bold**, coeficientes de saturação acima de .35.
Método de extração: Análise de Componentes Principais.
Método de rotação: oblíquo, com normalização de Kaiser.

No que respeita às subescalas da autoeficácia, presentes no questionário usado neste estudo, dado as evidências já reunidas pela investigação sobre a sua validade (e.g. Klassen & Tze, 2013), incluindo em contexto português assumiu-se à partida estar garantida a dimensionalidade de cada uma.

Análise descritiva

Iniciámos o tratamento dos dados com a análise descritiva das variáveis: calculámos frequências, medidas de tendência central, de dispersão e de assimetria e curtose para cada variável. A natureza das distribuições foi ainda analisada com recurso histogramas e *scatter plots*. Calcularam-se as correlações entre as variáveis sob estudo e a consistência interna de cada (sub)escala utilizada, com recurso ao alfa de *Cronbach* e ao coeficiente de *Spearman-Brown*, no caso das subescalas com dois indicadores, conforme indicações de Eisinga, Grotenhuis e Pelzer (2013).

A tabela 4 apresenta os resultados da análise descritiva. Todas as dimensões da autoeficácia estão positiva e significativamente ($p < .01$) correlacionadas com as práticas pedagógicas. No que toca à fiabilidade, os índices encontrados são satisfatórios com exceção da subescala “autoeficácia na tomada de decisão”. Por essa razão, optámos por não a considerar nas análises posteriores.

Tabela 4 – resultados da análise descritiva

Variáveis	M	Dp	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Práticas Pedagógicas (gestão dos comportamentos e da intervenção pedagógica)	4.9	.67	(.86)				
(2) Autoeficácia instrucional	5.3	.79	.467**	(.78)			
(3) Autoeficácia na tomada de decisão	5,1	1.1	.323**	.549**	(.24) *		
(4) Autoeficácia na manutenção da disciplina	5.5	.99	.467**	.636**	.315**	(.70) *	
(5) Autoeficácia na criação de um clima escolar positivo	4,9	1.2	.480**	.490**	.392**	.497**	(.65) *
(6) Tempo de serviço com EI	10.4	8.8	-.007	.158	.147	.197*	.107

** Correlação significativa para $p < .01$; * Correlação significativa para $p < .05$

Entre parêntesis e em itálico o Alfa de Cronbach. Entre parêntesis e com asterisco o coeficiente de Spearman-Brown

Práticas de gestão de comportamentos e de intervenção pedagógica mais e menos reportadas

Para identificarmos os tipos de intervenção pedagógica e de gestão de comportamentos que os EI privilegiam na abordagem aos PCA/PHDA, selecionámos as três principais práticas de gestão de comportamento e de intervenção pedagógica com crianças com PCA/PHDA da nossa amostra. Assim, na tabela 5 verificamos quais as três estratégias mais assinaladas como “acontece sempre”.

Tabela 5 – As 3 estratégias mais assinaladas como “acontece sempre”¹

N.º	Item	Subescalas²	Fa	%
1_09	Controlar a proximidade	GC	52	34.0
1_10	Dar uma atenção positiva	GC	48	31.4
1_13	Comunicar frequentemente com os pais	GC	39	25.5

¹ Nível 7, escala tipo Likert – 1 = nunca acontece e 7 = acontece sempre

² GC = Gestão de comportamentos.

Estas abordagens são defendidas na literatura por Lopes e Rutherford (2001) para minimizar a ocorrência de comportamentos desajustados na sala. Os resultados aproximam-se dos obtidos por Martinussen et al. (2011), uma vez que neste estudo foram reportados como mais frequentes o prestar assistência durante as transições, controlar a proximidade, e ainda, dar atenção positiva.

Na tabela 6 apresentam-se as três estratégias mais assinaladas como “nunca acontece”.

Tabela 6 – As 3 estratégias mais assinaladas como “nunca acontece”¹

N.º	Item	Subescalas²	Fa	%
1_11	Remover a criança da sala de aula p mau comportamento	GC	73	47.7
2_11	Reduzir as expectativas sobre o trabalho	EIP	35	22.9
2_13	Usar técnicas de respostas além da verbal	EIP	19	12.9

¹ Nível 1, escala tipo Likert – 1 = nunca acontece e 7 = acontece sempre

² GC = Gestão de comportamentos; EIP = Estratégias de intervenção pedagógica

Estes resultados mostram que os dois primeiros itens dizem respeito às estratégias que segundo Martinussen et al. (2011) não devem ser implementados com as crianças com PHDA. Mesmo sendo assinaladas como “nunca acontece”, as percentagens não correspondem ao comportamento desejável dos educadores, na medida em que não são assinaladas para todos os respondentes. O menor uso de técnicas de resposta além da verbal, a terceira estratégia sinalizada como “nunca

acontece”, é preocupante, pois é uma estratégia importante para motivar e captar a atenção das crianças com PHDA.

Testagem das hipóteses

Para testarmos a hipótese 1, sobre a relação entre a duração da experiência profissional e a autoeficácia na docência com crianças com PCA/PHDA, recorreremos à correlação de Pearson (tabela 4). Não identificamos correlações significativas entre a experiência profissional e a autoeficácia. No domínio da manutenção da disciplina, encontramos um coeficiente de correlação significativo ($p < .05$) mas demasiado baixo ($r = .197$) para ser considerado. Em síntese, não há na amostra suporte para a hipótese 1.

As hipóteses 2 e 3 foram testadas através de regressão linear hierárquica por blocos:

A primeira variável a ser introduzida foi o tempo de serviço docente, seguido das três variáveis de autoeficácia (na manutenção da disciplina – AMD, instrucional – AEI, na criação de um clima escolar positivo – ACE). Porque não encontramos na literatura indicações sobre as prioridades a estabelecer, optámos por introduzir no modelo as variáveis de autoeficácia em simultâneo. Além disso, e apesar de não integrar qualquer hipótese de estudo, incluímos na análise a variável demográfica habilitações (depois de recodificada em *dummy*). Foi posteriormente retirada uma vez que não mostrou poder preditivo em relação à variável critério. Os resultados das análises de regressão estão representados na tabela 7.

Tabela 7 – resultados da análise de regressão linear hierárquica

	Variável critério	
	Práticas pedagógicas nos PCA/PHDA	
	Modelo 1	Modelo 2
Variáveis predictoras	β	B
Tempo de serviço docente	-.00	-.01
AEI: Autoeficácia instrucional	-	.18**
AMD: Autoeficácia na manutenção da disciplina	-	.15**
AEC: Autoeficácia na criação de um clima positivo	-	.16**
	R ²	.36
	R ² Aju.	.32

** $p < .05$

No que respeita à variável tempo de serviço, os resultados mostram que não está positiva e significativamente relacionada com as práticas pedagógicas, nem no Modelo 1 nem no Modelo 2. Como na análise da correlação bivariada (tabela 4) também não foi identificada uma relação significativa e positiva entre o tempo de serviço e a variável critério, podemos afirmar não existir suporte para a hipótese 2.

O modelo 2 apresenta uma relação positiva e significativa entre os três domínios de autoeficácia, AEI ($\beta = .18, p < .05$), AMD ($\beta = .15, p < .05$) e AEC ($\beta = .16, p < .05$), e as práticas pedagógicas pelo que podemos afirmar ter encontrado suporte para a hipóteses 3A, 3B e 3D. As referidas variáveis preditivas explicam, no Modelo 2, 36% da variância dos resultados.

Quanto à equação de regressão referente à variável critério práticas pedagógicas, poderá ser formulada do seguinte modo:

$$Y (\text{Práticas Pedagógicas}) = 2.520 + .146 (\text{AMD}) + .156 (\text{AEI}) + .176 (\text{AEC})$$

As análises efetuadas contemplaram a verificação dos pressupostos da regressão linear (Field, 2013), designadamente a linearidade dos resíduos, a sua homoscedasticidade, independência e normalidade (em anexo B1). Para o efeito: elaboraram-se gráficos de dispersão “resíduos padronizados x valores previstos padronizados” que não sugeriram a ausência de linearidade; analisaram-se os valores de VIF e de tolerância, os primeiro claramente abaixo de 10 e os segundos acima de .20; o diagnóstico de colinearidade mostrou também que as proporções de variância de cada variável preditora variaram entre 0 e 1 e saturaram em diferentes dimensões, o que também sugere fortemente a ausência de colinearidade nos dados, juntamente com os indicadores (favoráveis) das distâncias de *Cook* e *Mahalanobis*; através de gráfico (P-P Normal) e de um histograma (frequência x resíduos padronizados) confirmou-se a normalidade da distribuição dos resíduos.

Fomos verificar a existência de eventuais diferenças na variável critério em função das habilitações dos sujeitos (anexo B5). Para o efeito, constituímos dois grupos, com e sem mestrado. A decisão foi tomada com base no pressuposto que, em contexto de mestrado, os (futuros) educadores de infância poderiam ter contacto com a problemática geral das Necessidades Educativas Especiais e, eventualmente, com a temática específica dos Problemas de Comportamento e Atenção e/ou com a PHDA. Para testar a hipótese nula de que os dois grupos não diferem significativamente quanto à variável critério, recorreremos ao teste *T-Student* para duas amostras independentes. Como possuíam tamanho ligeiramente distintos, considerámos relevante a utilização do teste de *Levene* para verificar a homogeneidade da variância das amostras, um dos

pressupostos da utilização do *T-Student*. Os resultados (tabela 8) mostram que as diferenças entre as variâncias não são significativas ($p > .05$) pelo que se considerou estar o pressuposto satisfeito.

Finalmente, os resultados mostraram que a média dos dois grupos, com e sem mestrado, não diferem significativamente entre si (pois $p > .05$) quanto às práticas pedagógicas em situação de PCA/PHDA.

Tabela 8 – Resultados do teste sobre equivalência das médias dos grupos com e sem mestrado

Homogeneidade nas variâncias		Teste de Levene		Teste <i>T-Student</i>						
		F	Sig.	t	GI	Sig. (bidirec.)	Dif. Médias	Dif. DP	95% Interv. confiança	
								Inferior	Superior	
Práticas pedagógicas	Assumida	2,909	,090	-,729	151	,467	-,07894	,10834	-,29300	,13512
	Não assumida			-,709	123,783	,480	-,07894	,11137	-,29938	,14150

Estes resultados aproximam-se dos resultados obtidos por Martinussen et al. (2011), visto que no seu estudo a correlação entre os anos de experiência na docência e as estratégias implementadas pelos professores apresentam uma correlação muito baixa, e não significativa.

7. Discussão

Procurámos no presente trabalho analisar as práticas pedagógicas adotadas pelos Educadores de Infância na abordagem aos PCA e/ou de PHDA. Para o efeito, adaptámos para a Educação Pré-escolar e contexto portugueses um instrumento de medida de práticas de gestão de comportamentos e de intervenção pedagógica de Martinussen et al. (2011), o IBMAS. No processo de adaptação seguimos as indicações da literatura (e.g. Bullinger et al, 1993; Widenfelt et al. 2005) para promover a equivalência e qualidade da escala em causa e, através de uma análise fatorial exploratória, procurámos reunir algumas indicações sobre a validade de constructo do instrumento adaptado. O processo de tradução e adaptação instrumental a um novo contexto linguístico e sociocultural é complexo e acreditamos ter dado um primeiro contributo para que, no futuro, as comunidades académica, investigadora e profissional possam usufruir de um instrumento útil e reconhecido como o IBMAS.

A análise fatorial efetuada proporcionou-nos *feedback* sobre as decisões de adaptação tomadas: a fiabilidade da escala adaptada ($\alpha = .86$) é elevada e próxima da obtida nos estudos de Martinussen et al. (2011) respetivamente, $\alpha = .80$ nas estratégias de gestão de comportamentos e $\alpha = .89$ nas estratégias de ensino aprendizagem; a estrutura fatorial encontrada é predominantemente unidimensional, mas foram identificados itens com coeficientes de saturação fatorial não significativos e outros com saturação em dois fatores (*cross-loading*), sugerindo a revisão da sua formulação. Outras análises estatísticas (e.g. *structural equation modelling*) podem e devem ser efetuadas para confirmar a dimensionalidade da escala. Importa ainda salientar que o processo de adaptação do IBMAS não incluiu a formulação de novos itens, o que poderia eventualmente fazer sentido dado tratar-se de um nível de ensino com características muito específicas que talvez não tenham sido plenamente consideradas.

Com base em indicações da literatura (e.g. Scitutto *et al.*, 2000, 2015; Silva, Ribeiro e Carvalho, 2013; Lopes et al 2004), analisámos a influência de duas variáveis predictoras da qualidade das práticas pedagógicas, em termos de gestão de comportamentos e da intervenção pedagógica: a duração da experiência profissional e a autoeficácia docente.

Práticas de gestão de comportamentos e de intervenção pedagógica adotadas pelos Educadores de Infância em situação de PCA/PHDA

As práticas de gestão dos comportamentos e de intervenção pedagógica reportadas pelos Educadores como desenvolvidas com mais frequência são o controlo de proximidade, a atenção positiva e a comunicação frequente com os pais. No que respeita à primeira, há estudos que confirmam a sua eficácia no que toca às crianças com PHDA e para uma boa gestão da sala: o professor deve aproximar-se do aluno fornecendo pistas com uma atitude calma e discreta, elucidando a criança sobre o comportamento adequado que deve ter na sala (Parker, 2003; Antunes, Silva e Afonso, 2014). Dar uma atenção positiva, ou seja, proporcionar um reforço positivo à criança durante a realização da tarefa ajuda-a a terminar a mesma com sucesso (e.g. Parker, 2003; Rodrigues e Antunes, 2014). É uma abordagem que se poderá concretizar de diferentes maneiras, por exemplo, com um quadro onde a criança coloca uma estrela sempre que termina a tarefa, registando assim o seu bom comportamento, e é também uma forma da criança andar pela sala com autorização (Antunes, Silva e Afonso, 2014). A comunicação Escola-Família é especialmente importante nos casos das crianças com PHDA pois pode incluir assuntos como o comportamento, aprendizagens e, se for o caso, sobre os efeitos da medicação (Antunes e Rodrigues, 2014). Comunicar frequentemente, ajuda pais e professores/educadores a estarem coordenados e, em conjunto, a estabelecerem rotinas e metas importantes para o desenvolvimento da criança com PHDA (Parker, 2003; Rodrigues e Antunes, 2014). Os nossos resultados, tanto no que respeita à gestão de comportamentos como à intervenção pedagógica, aproximam-se dos obtidos de Martinussen et al. (2011) e são defendidas por vários autores (e.g. Lopes e Rutherford; Antunes, Silva e Afonso, 2014; Rodrigues e Antunes 2014) como fundamentais no processo de ensino-aprendizagens das crianças com PHDA.

As práticas de gestão de comportamentos e de intervenção pedagógica reportadas como menos desenvolvidas dizem respeito a: remover a criança da sala de aula por mau comportamento, reduzir as expectativas sobre o trabalho e usar técnicas de resposta além da verbal. As duas primeiras abordagens são referidas pela literatura como contraproducentes pois não beneficiam nem o desenvolvimento nem a aprendizagem das crianças com PHDA (Martinussen et al., 2011). São práticas punitivas que fazem com que a criança se sinta frustrada e desmotivada na realização das tarefas propostas e não consiga atingir os objetivos pretendidos (Antunes, Silva e Afonso, 2014; Rodrigues e Antunes, 2014). Assim, e sempre que necessário, o educador deverá orientar e centrar a atenção da criança na realização de tarefas ou brincadeiras, para

que entenda qual o comportamento adequado (Parker, 2003; Rodrigues e Antunes, 2014). Todavia, entre as estratégias menos usadas pelos nossos sujeitos consta o uso de técnicas para além da verbal. Trata-se de uma abordagem defendida por Parker (2003) que a inclui no conjunto de atividades que ajudam a criança a aproximar-se dos comportamentos esperados para a sua faixa etária. Já Martinussen et al. (2011) identificou como estratégia menos usada, ajudar a criança a estabelecer metas e monitorizar o progresso. A autora justifica a sua menor utilização pelo facto de, eventualmente, exigir uma atenção mais individualizada e mais absorvente em termos de tempo pelos docentes.

Relação entre duração da experiência profissional, autoeficácia e práticas pedagógicas

A autoeficácia dos professores é um antecedente reconhecido da qualidade do seu desempenho (Pedro, 2007; Silva, Ribeiro e Carvalho, 2013; Silva e Silva, 2015) pelo que, nessa medida, mostra-se importante identificar fatores que a afetam. Pressupusemos que uma experiência docente mais alargada poderia estar associada a uma maior exposição a casos de PCA/PHDA e a um maior conhecimento sobre a problemática (por exemplo, por via da familiaridade ou da procura de formação contínua ou da autoformação, como no estudo de Perold et al., 2010) o que, por sua vez, estimularia as crenças de autoeficácia dos professores sobre a sua ação pedagógica junto destas crianças. Todavia, as nossas expectativas não se confirmaram. Várias explicações poderão ser avançadas: a exposição a casos de PCA/PHDA não implica necessariamente na procura de mais informação ou de soluções de intervenção mais adequadas e, portanto, não reforça a autoeficácia; ou ainda, a experiência profissional não está necessariamente ligada a uma exposição a casos de PHDA (muito embora a literatura aponte para uma prevalência de 5,3% em idade pré-escolar, Afonso (2014)). São naturalmente inferências e outros estudos serão necessários para se compreender melhor a relação entre a duração da experiência profissional e a autoeficácia docente na ação pedagógica em caso de PCA/PHDA.

Procurámos ainda, e seguindo o exemplo de Martinussen e colegas (2011), analisar as qualidades preditivas da experiência docente sobre a implementação das estratégias de gestão dos comportamentos e da intervenção pedagógica. Tal como naquele estudo, bem como nos de Perold et al (2010) e de Kos et al. (2004), não se confirmou a existência de uma relação significativa entre o tempo de experiência docente e grau de adequação das práticas desenvolvidas. Porém, no trabalho de Scitutto et al. (2000) os professores com mais anos de ensino mostraram possuir um conhecimento superior

sobre PHDA (fazendo pressupor, em consequência, práticas pedagógicas mais adequadas) do que professores com menor experiência de ensino. Parece, portanto, existir uma certa inconsistência nos resultados globais da investigação sobre os efeitos da duração da experiência docente nas práticas pedagógicas dos professores/educadores afigurando-se, mais uma vez, pertinente a realização de investigação acrescida.

Os resultados do nosso estudo sugerem ainda a influência da autoeficácia dos Educadores de Infância nas práticas pedagógicas que desenvolvem com crianças com PCA/PHDA, ou seja, a autoeficácia atua como uma variável preditora das práticas pedagógicas, tanto da gestão dos comportamentos como da intervenção pedagógica. São resultados que coincidem com as indicações da literatura sobre a interferência das crenças de autoeficácia na qualidade e resultados da intervenção pedagógica do docente (Silva & Silva, 2015; Silva, Ribeiro e Carvalho, 2013) porque, entre outras razões, os professores com maior autoeficácia no ensino: garantem a participação das crianças nas atividades, realizam uma melhor gestão da sala, estão mais recetivos a novas ideias o que contribui para o desenvolvimento de atitudes positivas e para o aumento do sentido de obrigação face às suas tarefas de ensino. A formação contínua na área das NEE constitui uma forma de promover as crenças de autoeficácia dos docentes e assim promover a qualidade do seu desempenho (Silva, Ribeiro e Carvalho, 2013).

8. Conclusões e considerações finais

As crianças com PAC/PHDA apresentam com frequência dificuldades na interação com os seus pares e nas aprendizagens, entre outras. Importa que os educadores adotem práticas pedagógicas que promovam a integração das crianças e previnam sentimentos de exclusão. Em suma, devem ter uma participação ativa na promoção do seu sucesso educativo (Antunes, Silva, Afonso, 2014, Rodrigues e Antunes, 2014, e Parker, 2003).

Este estudo teve como objetivos identificar quais as práticas de gestão de comportamento e de intervenção pedagógica utilizadas pelos educadores de infância e em que medida são influenciadas pelas crenças de autoeficácia docente e pelo tempo de experiência docente.

Para identificarmos as práticas pedagógicas dos educadores, adaptámos para a Educação Pré-Escolar e para a língua portuguesa o *Instructional and Behavior*

Management Approaches Survey (IBMAS), de Martinussen, et al. (2011), o primeiro instrumento concebido para o efeito. Os resultados da aplicação do IBMAS adaptado apontam para uma consistência interna elevada do instrumento e para a sua unidimensionalidade, algo que outros autores já haviam sugerido (e.g. Martinussen et al, 2011) embora nunca testado. Assim, parece-nos importante uma continuação do estudo das qualidades psicométricas da escala IBMAS adaptada à educação pré-escolar e realidades portuguesas, designadamente com recurso a uma amostra de dimensão superior e selecionada de forma aleatória.

Os nossos resultados apontam para uma relação positiva e significativa entre a autoeficácia docente e a adequação das práticas de gestão de comportamentos e da intervenção pedagógica. Não identificámos uma relação entre o tempo de experiência docente e as práticas pedagógicas, o que nos leva a crer que, por se tratarem de competências mais especializadas, requerem uma aquisição mais estruturada e orientada que a experiência *per se* não proporciona, apenas a formação.

Para realizarmos este trabalho enfrentámos alguns constrangimentos: a falta de acesso a bases bibliográficas, os recursos existentes na biblioteca do *campus* foram manifestamente insuficientes; dificuldades na leitura de textos em inglês constituíram também um constrangimento, em particular na construção do referencial teórico do trabalho; relutância dos educadores em responder ao inquérito, alegando falta de tempo e extensão do questionário.

Em jeito de balanço, sentimos que este estudo contribuiu consideravelmente para as nossas competências profissionais pois proporcionou conhecimentos fundamentais, não apenas sobre os PCA/PHDA, mas sobretudo sobre os contributos dos Educadores de Infância para a promoção da aprendizagem e desenvolvimento destas crianças e criação de um clima pedagógico positivo e harmonioso.

Bibliografia

- Afonso, S. (2014). Novos critérios de diagnóstico e diferentes formas clínicas. Em A. S. Neto, *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 35-40). Lisboa: Verso de Kapa.
- Afonso, S., & Ferreira, J. (2014). Terapêutica farmacológica. Em A. S. Neto, *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 118-126). Lisboa: Verso de Kapa.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4.ª ed.). Braga: Psiquilibríos.
- Amaral, B., Jou, G., Pavav, C., Schaefer, L., & Zimmer, M. (2010). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 23, pp. 29-36.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antunes, N. L. (2009). *Mal Entendidos*. Lisboa : Verso de Kapa.
- Antunes, R. (2014). Implicações na Escola. Em A. S. Neto, *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 49-52). Lisboa: Verso de Kapa.
- Antunes, R., Silva, F. G., & Afonso, S. (2014). Estratégias práticas para o dia a dia. Em A. S. Neto, *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 53-81). Lisboa: Verso de Kapa.
- Avramidis, E., & Norwich, B. (2002). Teachers' attitudes towards integration / inclusion: a review of the literature. *European Journal of Special Needs Education*, 17(2), pp. 129-147.
- Azevedo, A., Santos, M., Gaspar, M., & Homem, T. (2012). A perturbação de hiperatividade/défice de atenção em idade pré-escolar: Especificidades e desafios ao diagnóstico e intervenção. *Análise Psicológica*, 4, pp. 387-403.
- Badura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, pp. 191-215.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (1.^a ed.). New York: Freeman.
- Bandura, A. (2009). Cultivate Self-efficacy for Personal and Organizational Effectiveness. *Handbook of principles of organization behavior*, pp. 179-200.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4.^a ed.). New York: The Guilford Press.
- Barros, E. (2014). A criança com PHDA - a perspetiva do professor. Em A. S. Neto, *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 82-92). Lisboa : Verso de Kapa.
- Benckic, E., & Rohde, L. (1999). *Transtorno do Défice de Atenção/Hiperatividade*. Edições Artmed.
- Boer, A., Pijl, S., & Minnaert, A. (2011). Regular primary schoolteachers' attitudes towards inclusive education: a review of the literature. *International Journal of Inclusive Education*, 15 (3), pp. 331-353.
- Borsa, J., Damásio, B., & Bandeira, D. (2012). Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia*, pp. 423-432.
- Bzuneck, J., & Guimarães, S. (2003). Crenças de eficácia de professores: validação da escala de Woolfolk e Hoy. *Rev Psico-USF*, p. 3.
- Bzuneck, J. A. (s.d.). As Crenças de Auto-Eficácia e o seu Papel na Motivação do Aluno. *A Motivação do Aluno: Contribuições da Psicologia Contemporânea*, pp. 116-133.
- Capelo, R., & Pocinho, M. (out./dez. de 2014). Autoeficácia docente: predição da satisfação dos professores. *Educar em Revista*, pp. 175-184.
- Cintra, G., Rodrigues, S., & Sylvia Ciasca. (2009). Inclusão Escolar: Há coesão nas expetativas de pais e professores? *Revista Psicopedagogia*, pp. 55-64.
- Cordinhã, A., & Boavida, J. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, pp. 577-589.
- Demeris, H., Childs, R., & Jordan, A. (2007). The influence of students with special needs included in grade-3 classrooms on the large-scale achievement scores of students without special needs. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 30 (3), pp. 609-627.
- DuPaul, G., McGoey, K., Eckert, T., & VanBrakle, J. (2001). Preschool Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in Behavioral, Social, and School Functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 508-515.

- Eisinga, R., Grotenhuis, M., & Pelzer, B. (2013). The Reliability of a Two-Item Scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown. *International Journal of Public Health*, pp. 1-13.
- Elliot, S. (2008). The effect of teachers' attitude toward inclusion on the practice and success levels of children with and without disabilities in physical education. *International Journal of Special Education*, 23 (3), pp. 48-55.
- Fabiano, G., Vujnovic, R., Pelham, W., Waschbusch, D., Massetti, G., Pariseau, M., . . . Volker, M. (2010). Enhancing the Effectiveness of Special Education Programming for Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Using a Daily Report Card. *School Psychology Review*, pp. 219–239.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using - IBM SPSS Statistics*. SAGE Publications Ltd.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2010). *Análise Multivariada de Dados*. Brasil: Bookman.
- Hochman, B., Nahas, F., Filho, R., & Ferreira, L. (2005). Desenhos de pesquisa. *Atas*, 2-9.
- Jordan, A., Schwartz, E., & McGuire-Richmond, D. (2009). Preparing teachers for inclusive classrooms. *Teaching and Teacher Education*, pp. 535-542.
- Klassen, R., & Tze, V. (2014). Teachers' self-efficacy, personality, and teaching effectiveness: A meta-analysis. *Educational Research Review*, pp. 59-76.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, J., Monteiro, I., Sil, V., Rutherford, R., & Quinn, M. (2004). Teachers' perceptions about teaching problem students in regular classrooms. *Education and Treatment of Children*, 27 (4), pp. 394-419.
- Lopes, J., & Rutherford, R. (2001). *Problemas de Comportamento na Sala de Aula - Identificação, Avaliação e Modificação*. Porto: Porto Editora .
- Lunenburg, F. (2011). Expectancy theory of motivation: motivating by altering expectations. *International Journal of Management, Business and Administration*, pp. 1-6.
- Maia, C., & Verejão, C. (s.d). *Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção - Um guia para professores*. Amarante : Hospital de São Gonçalo S.A.
- Martinussen, R., Tannock, R., & Chaban, P. (2011). Teachers' Reported Use of Instructional and Behavior Management Practices for Students with Behavior

- Problems: Relationship to Role and Level of training in ADHD. *Child Youth Care Forum*, 40, pp. 193–210.
- McGhie-Richmond, D., Underwood, K., & Jordan, A. (2007). Developing effective instructional strategies for teaching in inclusive classrooms. *Exceptionality Education Canada*, 17 (1), pp. 27-25.
- McGoey, K., Eckert, T., & DuPaul, G. (2002). Early Intervention for Preschool-Age Children with ADHA: A Literatur Review. *Journal of Emocional an Behaviorial Disorders*, 14-28.
- Nascimento, C., & Ferreira, J. (2014). Etiologia: Porque se tem PHDA. Em A. S. Neto, *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 26-29). Lisboa: Verso de Kapa.
- Neto, A. S. (2014). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (3.^a ed.). Lisboa: Verso de Kapa.
- Neves, S., & Faria, L. (2009). Auto-conceito e autoeficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, pp. 206-218.
- Parker, H. C. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade - Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora .
- Pedro, N. (2007). *Auto-eficácia e Satisfacção profissional dos professores*. Lisboa : ISPA.
- Perold, M., Louw, C., & Kleynhans, S. (2010). Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education*, pp. Vol 30 : 457- 473.
- Rodrigues, A., & Antunes, N. L. (2014). *Mais forte do que eu!* (3.^a ed.). Lisboa: Lua de Papel.
- Ros, J., Richdale, A., & Jackson, M. (29 de março de 2004). Knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A comparison of in-service and preservice teachers. *Psychology in the Schools*, pp. 517-526.
- Rosa, C. (2014). Intervenção no comportamento. Em A. S. Neto, *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 96-117). Lisboa: Verso de Kapa.
- Rosa, C., & Antunes, R. (2014). Quais os testes psicológicos úteis para o diagnóstico. Em A. S. Neto, *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 41-44). Lisboa: Verso de Kapa.

- Sciutto, M. T. (2015). Cross-National Comparisons of Teachers Knowledge and Misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, pp. 34-50.
- Sciutto, M., Terjesen, M., & Frank, A. B. (2000). Teacher's Knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, pp. 113-122.
- Shreve, S. D. (2006). *Teacher self-efficacy and the social skill development of included students with special needs in the general classroom setting*. University of North Carolina at Chapel Hill.
- Silva, F. G. (2014). Evolução da PHDA: da criança ao adulto - Na idade pré-escolar . Em A. S. Neto, *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 117-181). Lisboa: Verso de Kapa.
- Silva, J., & Silva , M. (2015). Colaboração entre professores e autoeficácia. *Revista Portuguesa de Educação*, pp. 87-109.
- Silva, M., Ribeiro, C., & Carvalho, A. (2013). Atitudes e Práticas dos Professores Face à Inclusão de Alunos com Necessidades Educativas Especiais. *revista portuguesa de pedagogia*, 47-I, pp. 53-73.
- Silveira, K., Enumo, S., Pozzatto, R., & Paula, K. (janeiro/março de 2014). Indicadores de estresse e coping no contexto da educação inclusiva. *Educação e Pesquisa*, 40, pp. 127-142.
- Tschannen-Moran, M., Hoy, A. W., & Hoy, W. (1998). Teacher Efficacy: its meaning and measure. *Review of Educacional Research*, pp. 202-248.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Anexos

Anexo A – Inquérito por questionário



Inquérito

Caro/a Educador/a,

O presente inquérito visa a elaboração de um trabalho final do Mestrado de Qualificação para a Docência em Educação Pré-Escolar, do Instituto Superior de Ciências da Educação, em Lisboa. O trabalho tem por tema “**Gestão de comportamentos e intervenção pedagógica com crianças com problemas de atenção e comportamento, na Educação Pré-Escolar**” e o presente questionário visa identificar a opinião dos Educadores de Infância.

O preenchimento do questionário é **anónimo** e demora cerca de **5 minutos**. **Não existem respostas certas ou erradas**. Responda, por favor, descrevendo **aquilo que geralmente acontece** e não o que gostaria que acontecesse.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração!

A aluna, Ana Cristina Braga

Lisboa, dezembro de 2016

Secção 1

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**.

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀

e tenha em conta que Correto ● Incorreto ✓ ✗ ⚠.

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

1. Repreender verbalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
2. Prestar assistência durante as transições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
3. Usar sinais não-verbais (por exemplo, movimentar a mão) para lembrar a criança a concentrar-se na tarefa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
4. Utilizar informação diária - Casa/Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
5. Atribuir consequências ao mau comportamento (por exemplo, remover um privilégio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
6. Ignorar seletivamente (não dar atenção a certas condutas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
7. Implementar planos de apoio ao comportamento positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
9. Controlar a proximidade (aproximar-se do aluno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
10. Dar uma atenção positiva (elogiar, incentivar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
11. Remover a criança da sala de aula por mau comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
12. Ensinar o comportamento apropriado (por exemplo, convenções sociais) e ensaiá-lo com as crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
13. Comunicar frequentemente com os pais (por exemplo, reuniões, telefonemas, email)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
14. "Tempo para pensar"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
15. Gerir a conduta baseada no custo da resposta (ganhar pontos ou fichas por específicas condutas apropriadas, e retirar os mesmos por condutas inapropriadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀

Secção 2

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 de acordo com a seguinte escala:

Nunca acontece	Quase nunca	Acontece pouco	Às vezes acontece	Acontece muito	Quase sempre	Acontece sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀

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

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

Secção 3

Aqui procuramos saber **como se sente** quando no grupo surgem crianças com problemas de atenção e comportamento. Mais uma vez: **não existem respostas certas ou erradas**. Responda, por favor, descrevendo **aquilo que geralmente acontece**.

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀

1. Sou capaz de promover aprendizagens com crianças com problemas de atenção e/ou comportamento mesmo quando não têm apoio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
2. Procuo valorizar as crianças com problemas de atenção e/ou comportamento para acreditarem que conseguem ter sucesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
3. Quando acontecem comportamentos desajustados na minha sala, sou capaz de controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
4. Na minha escola, consigo ter acesso aos equipamentos e materiais pedagógicos necessários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
5. Confio na minha capacidade para ajudar crianças com problemas de atenção ou comportamento a memorizar/consolidar aprendizagens anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
6. Consigo que as crianças com problemas de atenção e/ou comportamento realizem atividade em casa, sempre que são planeadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
7. Consigo influenciar as decisões que são tomadas na minha escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
8. No meu trabalho, consigo fazer com que a criança sinta a escola como um lugar seguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
9. Confio na minha capacidade de colocar as crianças com problemas de atenção e/ou comportamento a trabalhar em grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
10. Durante as atividades, consigo manter as crianças com problemas de atenção e/ou comportamento a realizar tarefas difíceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀
11. Estou seguro(a) da minha capacidade para prevenir comportamentos problemáticos no recreio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀

Secção 4

Por último, as respostas às seguintes questões irão ajudar-nos a **descrever os sujeitos do estudo**. Assinale, por favor, no item que corresponde à sua situação

1. Género:

- Feminino
- Masculino

2. Idade:

_____ anos

3. Tempo de serviço como Educador de Infância

_____ anos

4. Tempo de serviço na atual organização

- até 5 anos
- 06 - 15
- 16 - 25
- 26 - 35
- + de 36 anos

5. Formação em Educação (indique a última):

_____ Curso Técnico-Profissional

_____ Curso de complemento

_____ Licenciatura

_____ Mestrado

_____ Doutoramento

_____ Outra. Qual? _____

Muito obrigado pela sua colaboração!

Caso pretenda contactar-nos, utilize o seguinte endereço: accbraga2016@gmail.com

Termina aqui o seu questionário.

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexos B

Anexo B1 – Análise fatorial exploratória

Análise Fatorial

Estadísticas descriptivas

	Média	Desvio Padrão	Análise N
1_2 prestar assistencia	5.04	1.438	142
1_3 sinais nao verbais	4.97	1.539	142
1_4 informacao diaria	5.11	1.425	142
1_5 consequencias	4.60	1.473	142
1_6 ignorar seletivamente	4.39	1.898	142
1_7 planos de apoio	5.27	1.482	142
1_8 avaliar conduta	5.53	1.140	142
1_9 controlar proximidade	5.95	1.041	142
1_10 atencao positiva	5.66	1.288	142
1_12 ensinar o comportamento	5.44	1.302	142
1_13 comunicar c pais	5.43	1.290	142
1_15 gestao de conduta	4.45	1.627	142
2_1 modificar linguagem	5.27	1.174	142
2_2 fornecer sinais e material	4.69	1.612	142
2_3 tarefas simples	5.04	1.202	142
2_4 contrato comportamental	4.53	1.605	142
2_5 dividir tarefas	5.12	1.182	142
2_6 escolher	4.11	1.700	142
2_7 feedback imediato	5.29	1.269	142
2_8 simplificar instrucoes	5.64	1.034	142
2_9 estabelecer metas	5.01	1.471	142
2_10 programa recompensas	4.58	1.599	142
2_11 reduzir expectativas	3.35	1.646	142
2_12 ensinar organizar-se	5.12	1.509	142
2_13 tecnicas de resposta	4.20	1.728	142
2_14 evidenciar pontos-chave	5.48	1.314	142
gc11inv_corr	4.73	1.594	142
gc111inv_corr	5.71	1.670	142
gc114inv_corr	3.78	1.620	142

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		.811
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	1993.490
	df	406
	Sig.	.000

Comunalidades

	Inicial	Extrao
1_2 prestar assistencia	1.000	.319
1_3 sinais nao verbais	1.000	.432
1_4 informacao diaria	1.000	.383
1_5 consequencias	1.000	.328
1_6 ignorar seletivamente	1.000	.495
1_7 planos de apoio	1.000	.424
1_8 avaliar conduta	1.000	.472
1_9 controlar proximidade	1.000	.335
1_10 atencao positiva	1.000	.450
1_12 ensinar o comportamento	1.000	.224
1_13 comunicar c pais	1.000	.453
1_15 gestao de conduta	1.000	.251
2_1 modificar liguagem	1.000	.433
2_2 fornecer sinais e material	1.000	.503
2_3 tarefas simples	1.000	.293
2_4 contrato comportamental	1.000	.368
2_5 dividir tarefas	1.000	.431
2_6 escolher	1.000	.473
2_7 feedback imediato	1.000	.551
2_8 simplificar instrucoes	1.000	.381
2_9 estabelecer metas	1.000	.702
2_10 programa recompensas	1.000	.339
2_11 reduzir expectativas	1.000	.036
2_12 ensinar organizar-se	1.000	.685
2_13 tecnicas de resposta	1.000	.535
2_14 evidenciar potos-chave	1.000	.564
gc11inv_corr	1.000	.010
gc111inv_corr	1.000	.002
gc114inv_corr	1.000	.075

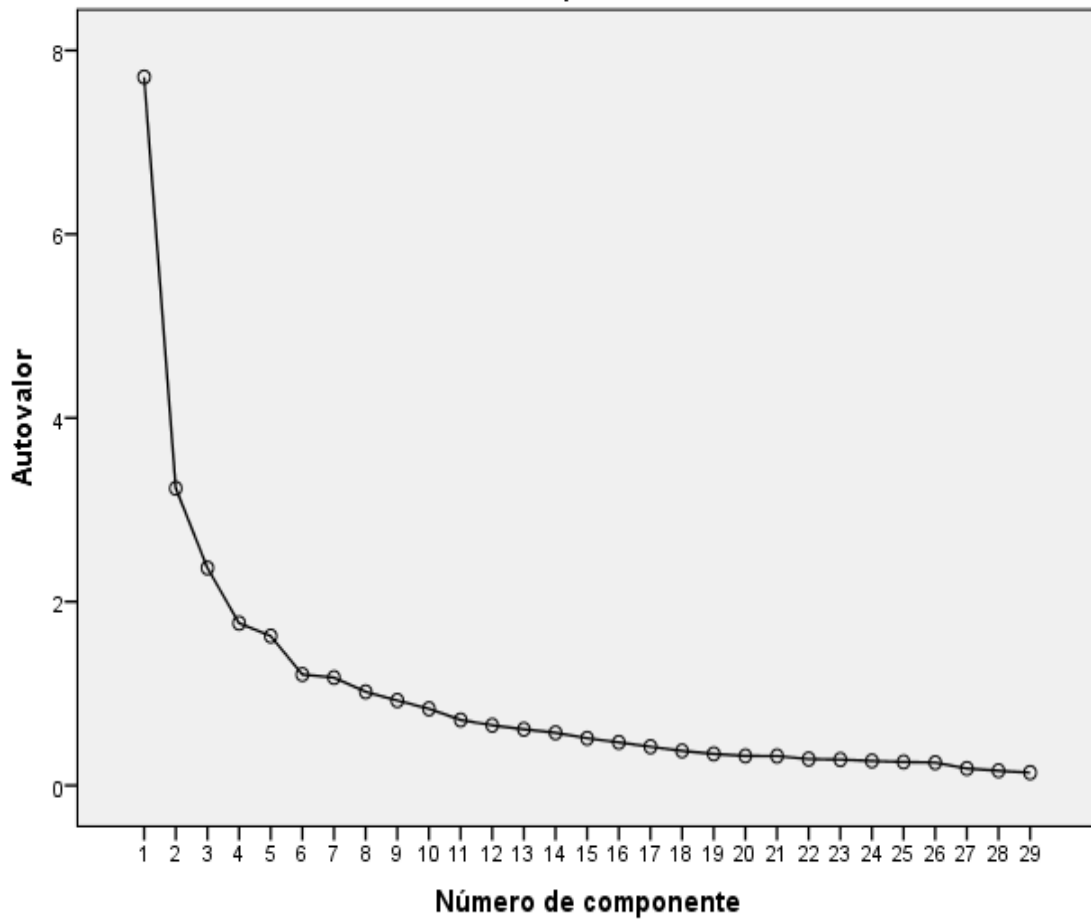
Método de Extrao: Análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	7.710	26.588	26.588	7.710	26.588	26.588
2	3.234	11.150	37.738	3.234	11.150	37.738
3	2.367	8.162	45.900			
4	1.767	6.092	51.992			
5	1.626	5.606	57.598			
6	1.207	4.162	61.761			
7	1.174	4.049	65.809			
8	1.019	3.514	69.323			
9	.925	3.188	72.512			
10	.834	2.877	75.389			
11	.712	2.457	77.846			
12	.655	2.259	80.105			
13	.611	2.107	82.212			
14	.573	1.977	84.189			
15	.513	1.771	85.960			
16	.468	1.615	87.575			
17	.421	1.453	89.028			
18	.375	1.294	90.322			
19	.344	1.186	91.508			
20	.321	1.107	92.615			
21	.320	1.102	93.717			
22	.288	.992	94.709			
23	.282	.972	95.681			
24	.266	.917	96.598			
25	.255	.879	97.477			
26	.248	.856	98.334			
27	.184	.634	98.967			
28	.160	.551	99.519			
29	.140	.481	100.000			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Scree plot



Matriz de componente^a

	Componente	
	1	2
1_2 prestar assistencia	.557	.094
1_3 sinais nao verbais	.325	.571
1_4 informacao diaria	.437	.438
1_5 consequencias	.181	.543
1_6 ignorar seletivamente	.017	.703
1_7 planos de apoio	.607	-.235
1_8 avaliar conduta	.613	.310
1_9 controlar proximidade	.439	.378
1_10 atencao positiva	.648	-.173
1_12 ensinar o comportamento	.473	-.020
1_13 comunicar c pais	.622	.258
1_15 gestao de conduta	.451	.219
2_1 modificar liguagem	.583	.305
2_2 fornecer sinais e material	.539	-.461
2_3 tarefas simples	.465	.276
2_4 contrato comportamental	.601	.078
2_5 dividir tarefas	.540	.374
2_6 escolher	.428	-.538
2_7 feedback imediato	.712	-.209
2_8 simplificar instrucoes	.602	.137
2_9 estabelecer metas	.673	-.499
2_10 programa recompensas	.581	.033
2_11 reduzir expectativas	.189	-.001
2_12 ensinar organizar-se	.725	-.400
2_13 tecnicas de resposta	.657	-.322
2_14 evidenciar potos-chave	.745	-.094
gc11inv_corr	.084	-.051
gc11inv_corr	.050	-.001
gc114inv_corr	.026	-.272

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

a. 2 componentes extraídos.

Matriz de padrão^a

--

a. A rotação falhou ao convergir em 25 iterações.

(Convergência=,000).

Anexo B2 – Análise Descritiva

Frequências: tempo de trabalho no atual jardim de infância e habilitações académicas

Statistics

		temJI	habilita
N	Valid	153	153
	Missing	0	0

Frequency Table

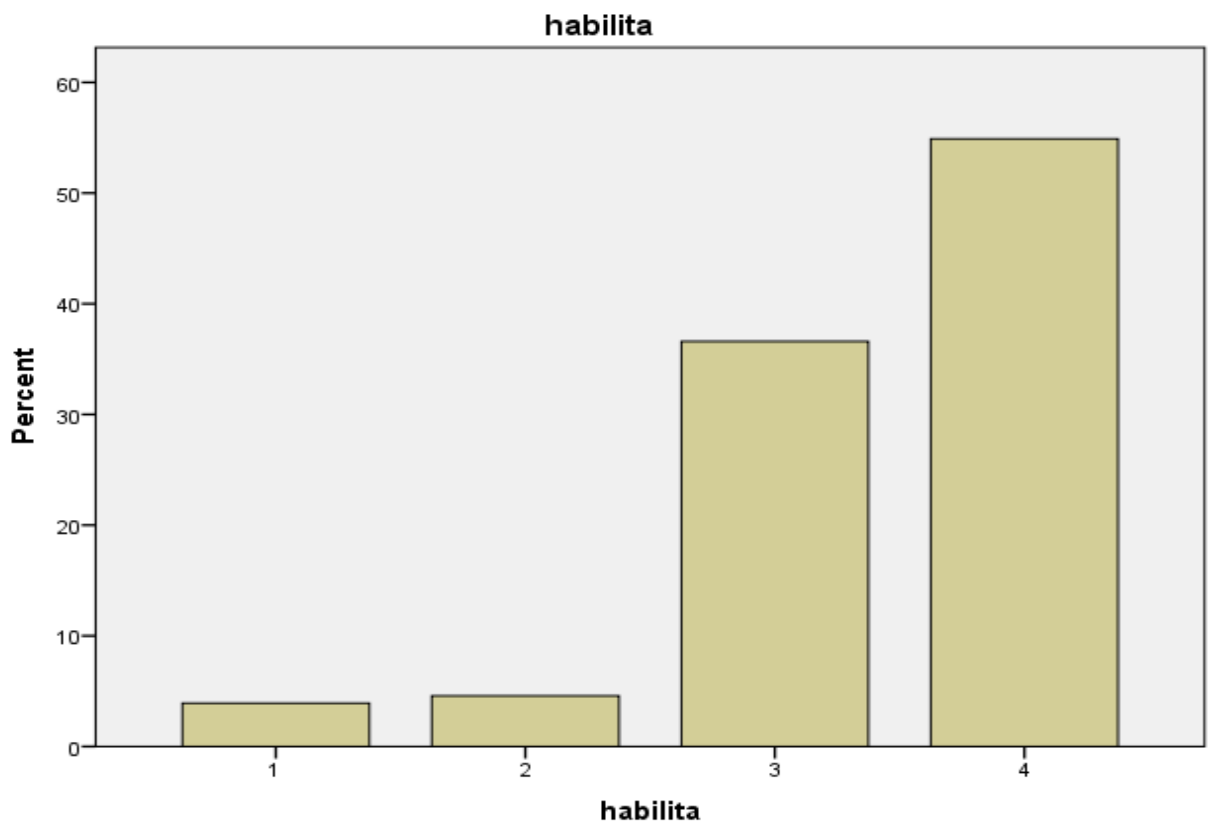
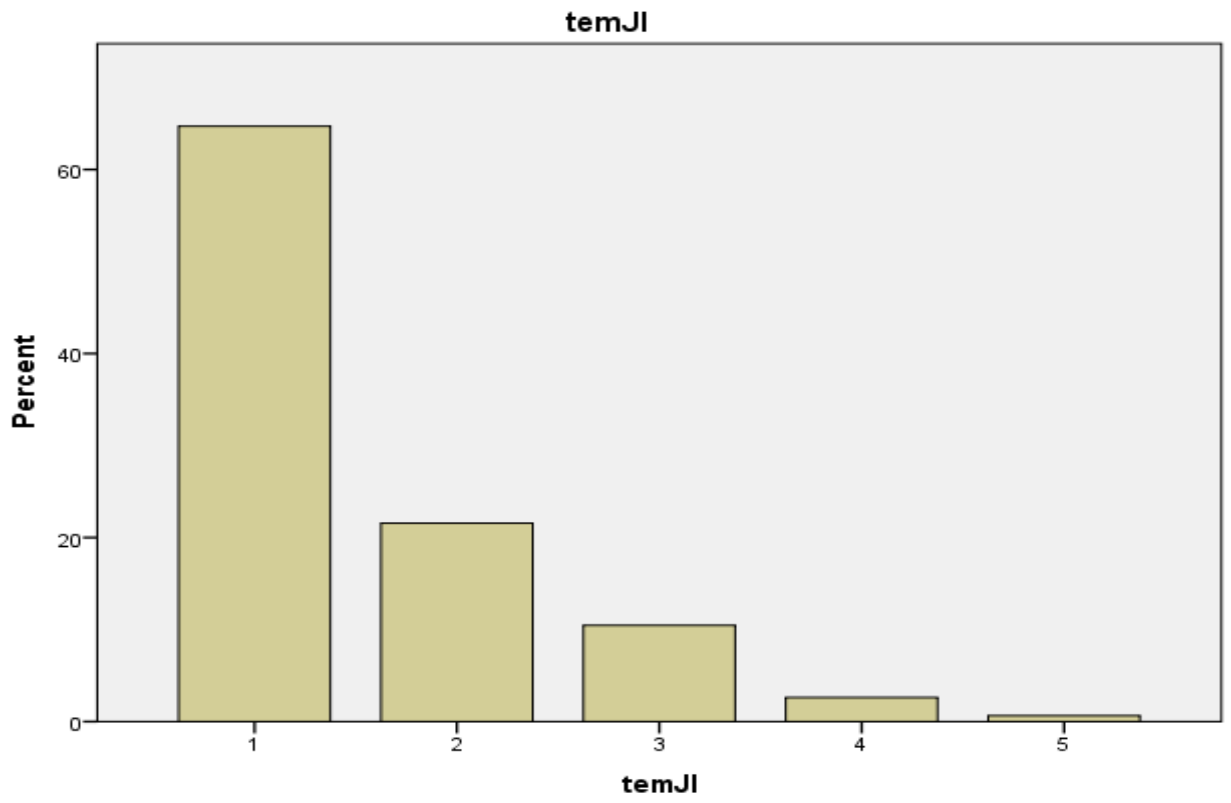
temJI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 - 5 anos	99	64,7	64,7	64,7
	6 - 15	33	21,6	21,6	86,3
	16 - 25	16	10,5	10,5	96,7
	26 - 35	4	2,6	2,6	99,3
	+ 36	1	,7	,7	100,0
	Total	153	100,0	100,0	

habilitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Curso Técnico-Profissional	6	3,9	3,9	3,9
	Curso de complemento	7	4,6	4,6	8,5
	Licenciatura	56	36,6	36,6	45,1
	Mestrado	84	54,9	54,9	100,0
	Total	153	100,0	100,0	

Bar Chart



Medidas descritivas

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
						Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
PRATICAS	153	2,69	6,31	4,9136	,66580	-,426	,196	,303	,390
AEI	153	2,80	7,00	5,2690	,79088	-,197	,196	,297	,390
ATD	153	2,50	7,00	5,0621	1,05961	-,291	,196	-,417	,390
ACE	153	2,00	7,00	4,8693	1,20821	-,120	,196	-,756	,390
AMD	153	2,00	7,00	5,4673	,98621	-,367	,196	-,038	,390
temEI	153	0	37	10,38	8,765	,931	,196	-,076	,390
idade	153	23	58	35,75	8,837	,699	,196	-,401	,390
Valid N (listwise)	153								

Análise da normalidade das distribuições

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PRATICAS	153	100,0%	0	0,0%	153	100,0%
AEI	153	100,0%	0	0,0%	153	100,0%
ATD	153	100,0%	0	0,0%	153	100,0%
ACE	153	100,0%	0	0,0%	153	100,0%
AMD	153	100,0%	0	0,0%	153	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
PRATICAS	Mean	4,9136	,05383
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	4,8073	
	Upper Bound	5,0200	
	5% Trimmed Mean	4,9371	
	Median	4,9310	
	Variance	,443	
	Std. Deviation	,66580	
	Minimum	2,69	

	Maximum		6,31	
	Range		3,62	
	Interquartile Range		,98	
	Skewness		-,426	,196
	Kurtosis		,303	,390
AEI	Mean		5,2690	,06394
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,1426	
		Upper Bound	5,3953	
	5% Trimmed Mean		5,2775	
	Median		5,2000	
	Variance		,625	
	Std. Deviation		,79088	
	Minimum		2,80	
	Maximum		7,00	
	Range		4,20	
	Interquartile Range		1,00	
	Skewness		-,197	,196
	Kurtosis		,297	,390
ATD	Mean		5,0621	,08566
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,8928	
		Upper Bound	5,2313	
	5% Trimmed Mean		5,0822	
	Median		5,0000	
	Variance		1,123	
	Std. Deviation		1,05961	
	Minimum		2,50	
	Maximum		7,00	
	Range		4,50	
	Interquartile Range		1,50	
	Skewness		-,291	,196
	Kurtosis		-,417	,390
ACE	Mean		4,8693	,09768
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,6763	
		Upper Bound	5,0623	
	5% Trimmed Mean		4,8802	
	Median		5,0000	
	Variance		1,460	
	Std. Deviation		1,20821	
	Minimum		2,00	
	Maximum		7,00	

	Range		5,00	
	Interquartile Range		2,00	
	Skewness		-,120	,196
	Kurtosis		-,756	,390
AMD	Mean		5,4673	,07973
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,3098	
		Upper Bound	5,6248	
	5% Trimmed Mean		5,5024	
	Median		5,5000	
	Variance		,973	
	Std. Deviation		,98621	
	Minimum		2,00	
	Maximum		7,00	
	Range		5,00	
	Interquartile Range		1,00	
	Skewness		-,367	,196
	Kurtosis		-,038	,390

Extreme Values

			Case Number	Value
PRATICAS	Highest	1	16	6,31
		2	59	6,31
		3	110	6,24
		4	12	6,03
		5	19	5,93 ^a
	Lowest	1	44	2,69
		2	43	3,03
		3	54	3,32
		4	30	3,38
		5	45	3,52 ^b
AEI	Highest	1	12	7,00
		2	48	7,00
		3	50	7,00
		4	16	6,80
		5	79	6,80
	Lowest	1	30	2,80
2		115	3,00	
3		39	3,40	

		4	116	3,80
		5	112	3,80 ^c
ATD	Highest	1	16	7,00
		2	42	7,00
		3	48	7,00
		4	50	7,00
		5	85	7,00 ^d
	Lowest	1	140	2,50
		2	119	2,50
		3	30	2,50
		4	141	3,00
		5	70	3,00 ^e
ACE	Highest	1	12	7,00
		2	16	7,00
		3	36	7,00
		4	50	7,00
		5	52	7,00 ^d
	Lowest	1	30	2,00
		2	54	2,50
		3	44	2,50
		4	39	2,50
		5	22	2,50 ^f
AMD	Highest	1	7	7,00
		2	12	7,00
		3	16	7,00
		4	17	7,00
		5	48	7,00 ^d
	Lowest	1	30	2,00
		2	115	3,50
		3	105	3,50
		4	77	3,50
		5	73	3,50 ^g

a. Only a partial list of cases with the value 5,93 are shown in the table of upper extremes.

b. Only a partial list of cases with the value 3,52 are shown in the table of lower extremes.

c. Only a partial list of cases with the value 3,80 are shown in the table of lower extremes.

d. Only a partial list of cases with the value 7,00 are shown in the table of upper extremes.

e. Only a partial list of cases with the value 3,00 are shown in the table of lower extremes.

f. Only a partial list of cases with the value 2,50 are shown in the table of lower extremes.

g. Only a partial list of cases with the value 3,50 are shown in the table of lower extremes.

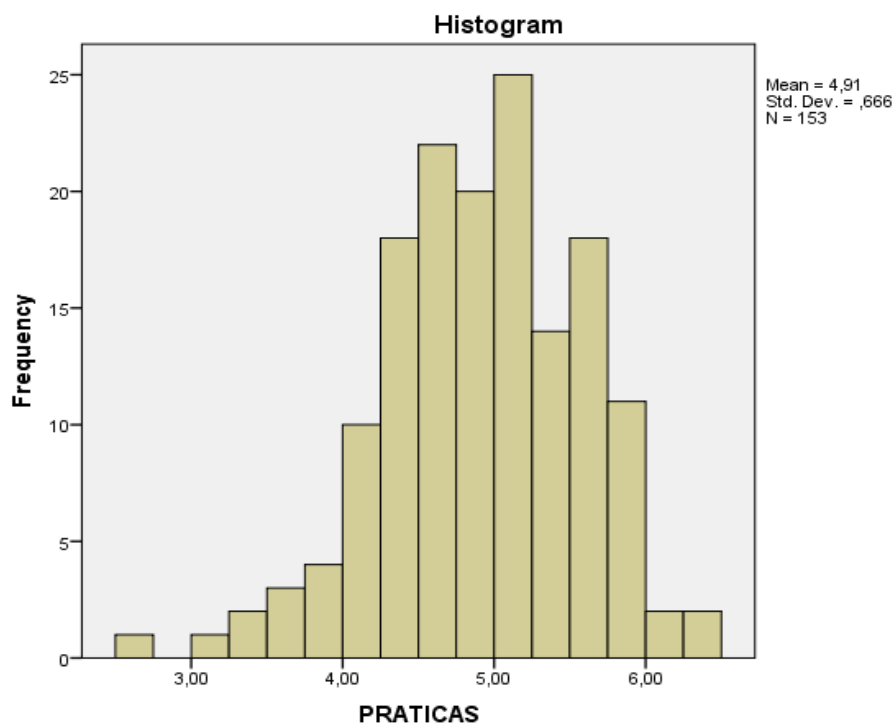
Tests of Normality

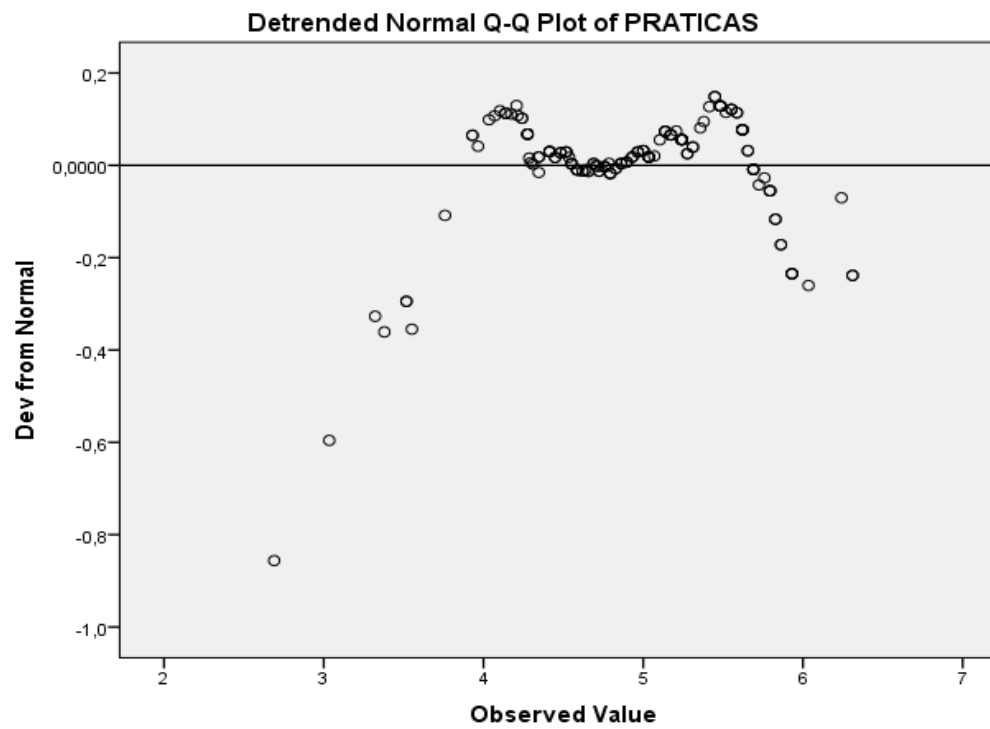
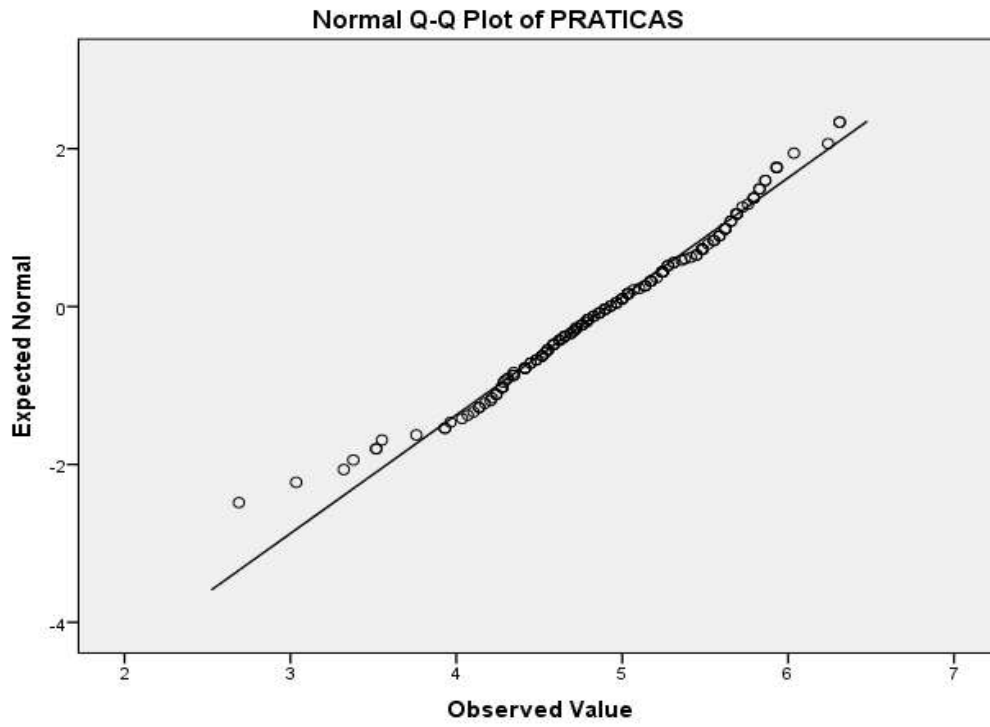
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PRATICAS	,052	153	,200*	,983	153	,057
AEI	,099	153	,001	,982	153	,047
ATD	,131	153	,000	,967	153	,001
ACE	,104	153	,000	,969	153	,001
AMD	,137	153	,000	,952	153	,000

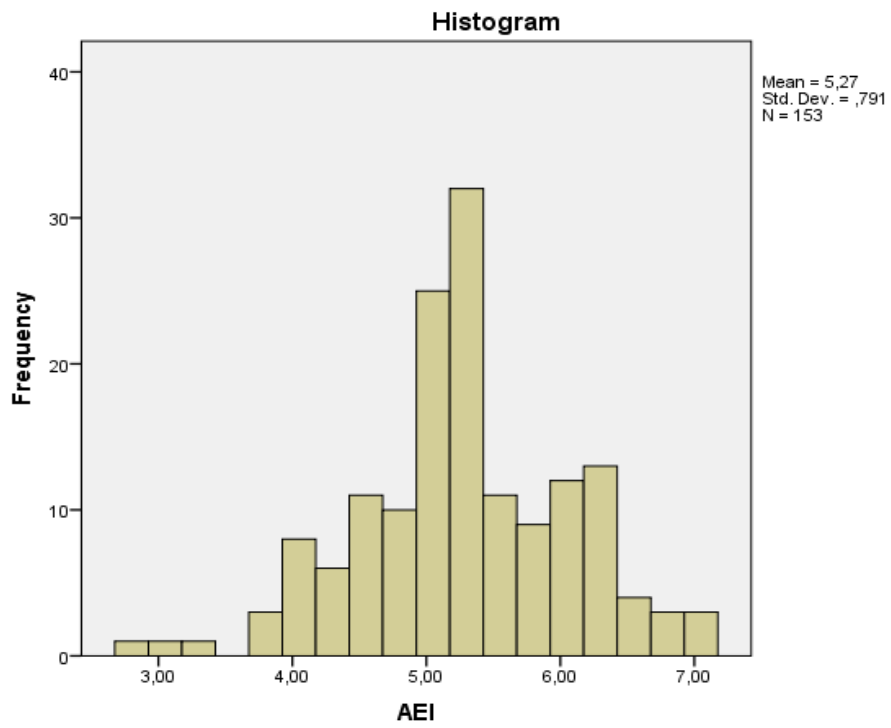
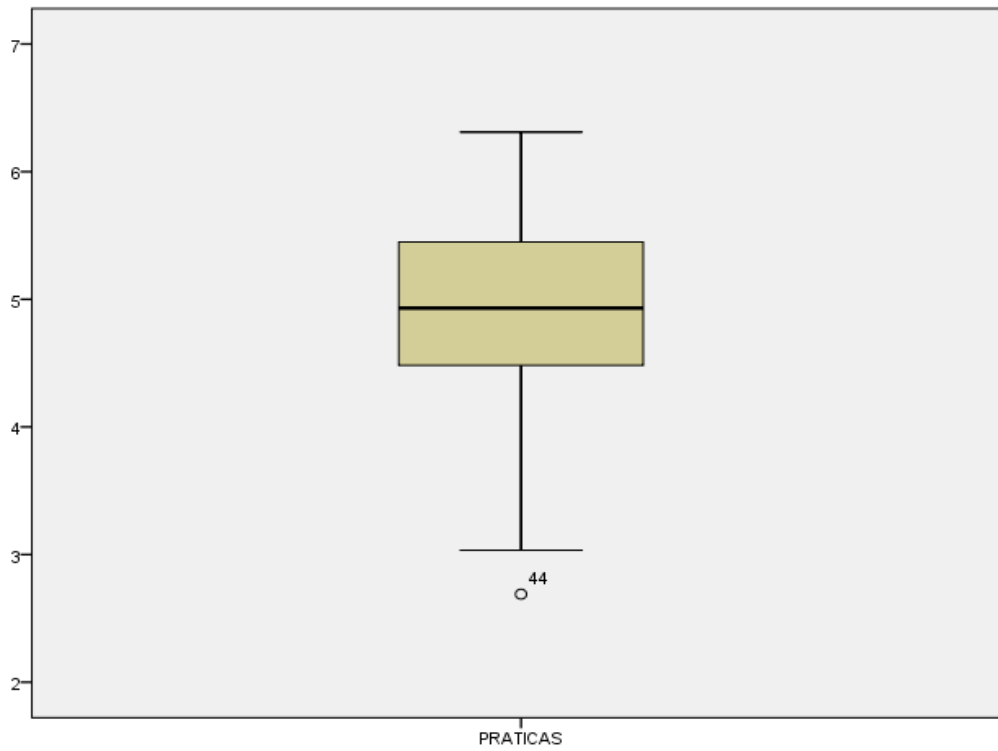
*. This is a lower bound of the true significance.

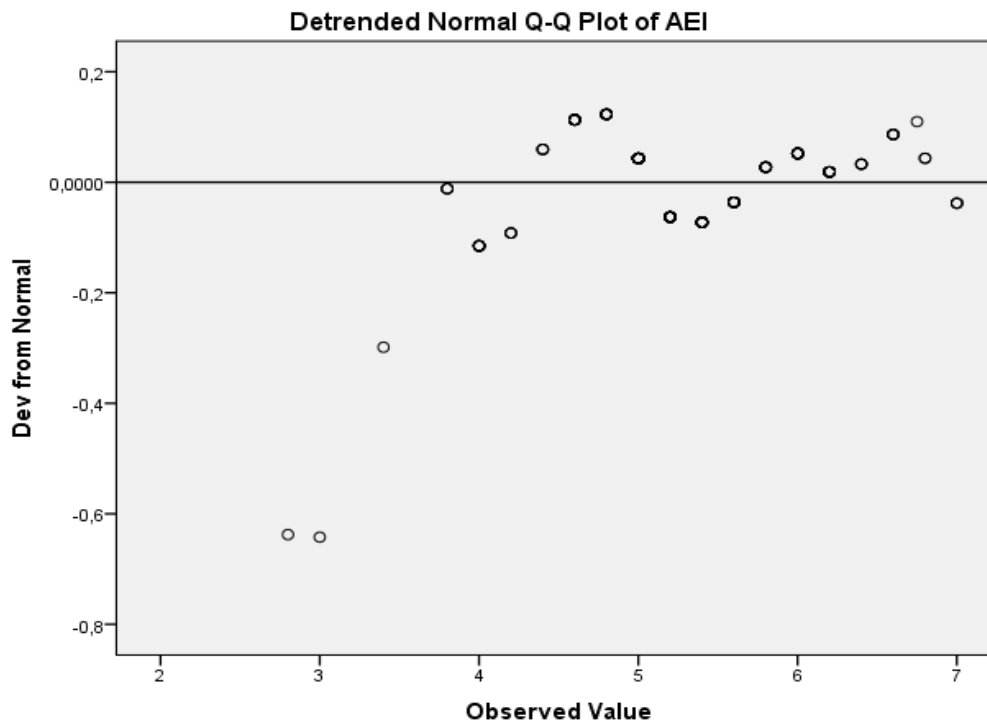
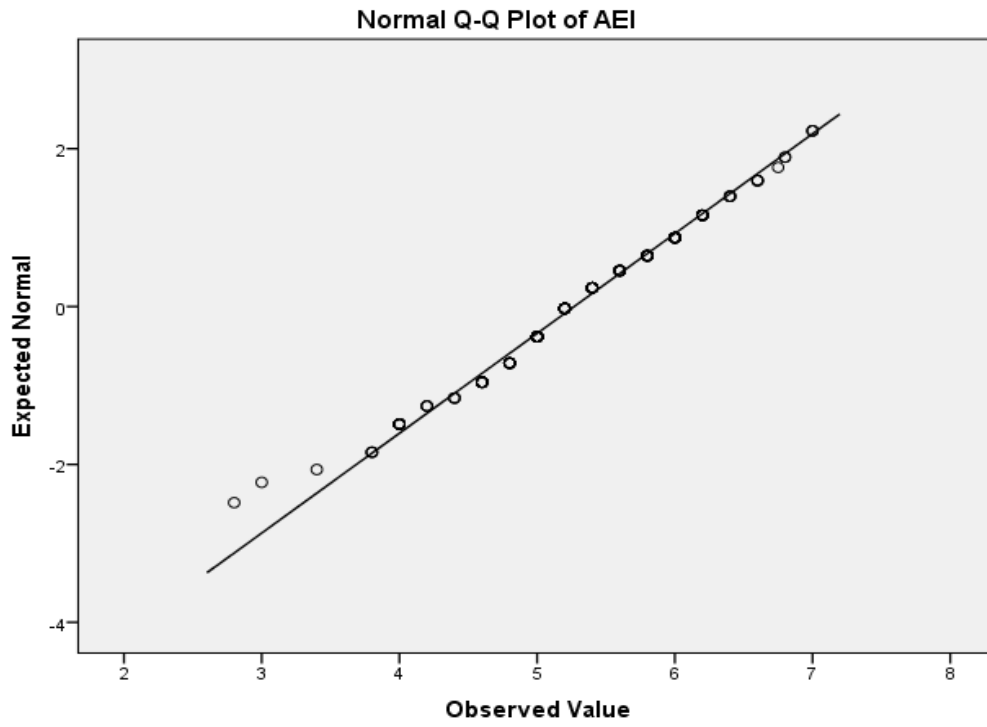
a. Lilliefors Significance Correction

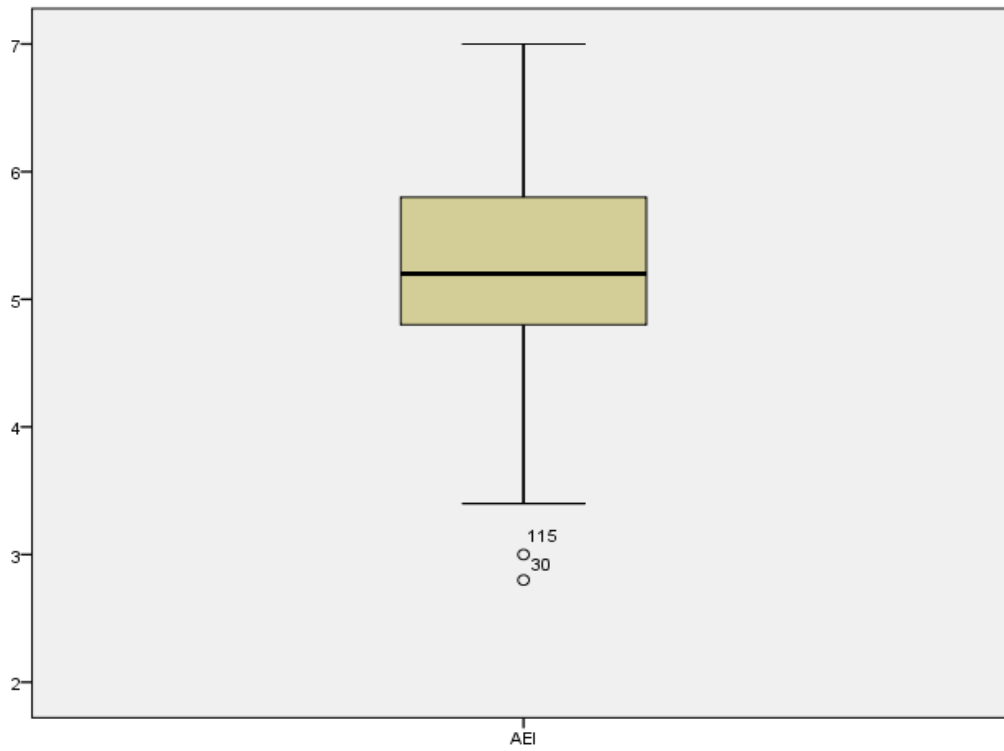
PRATICAS



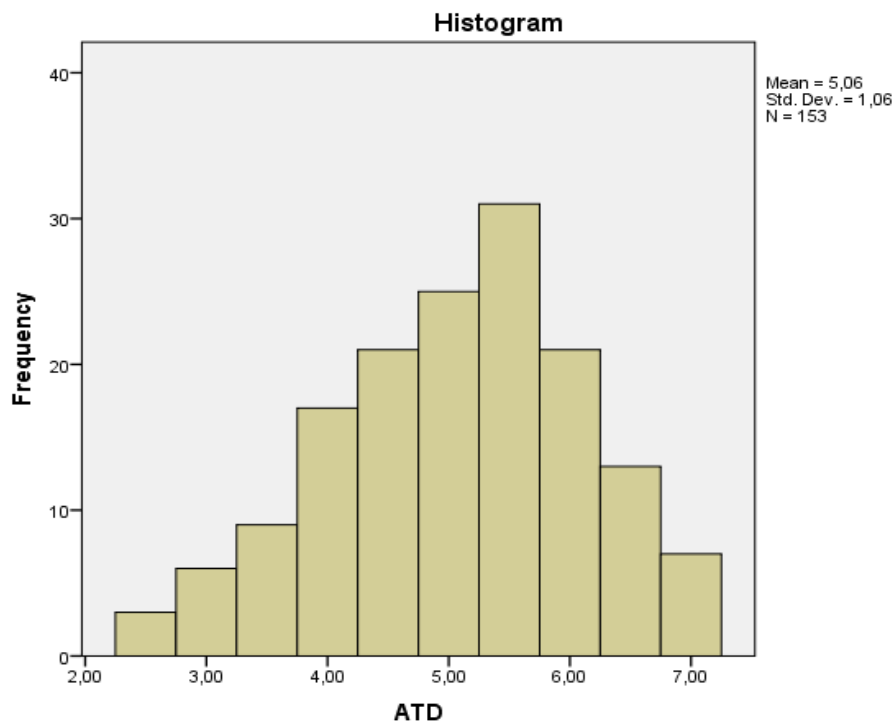


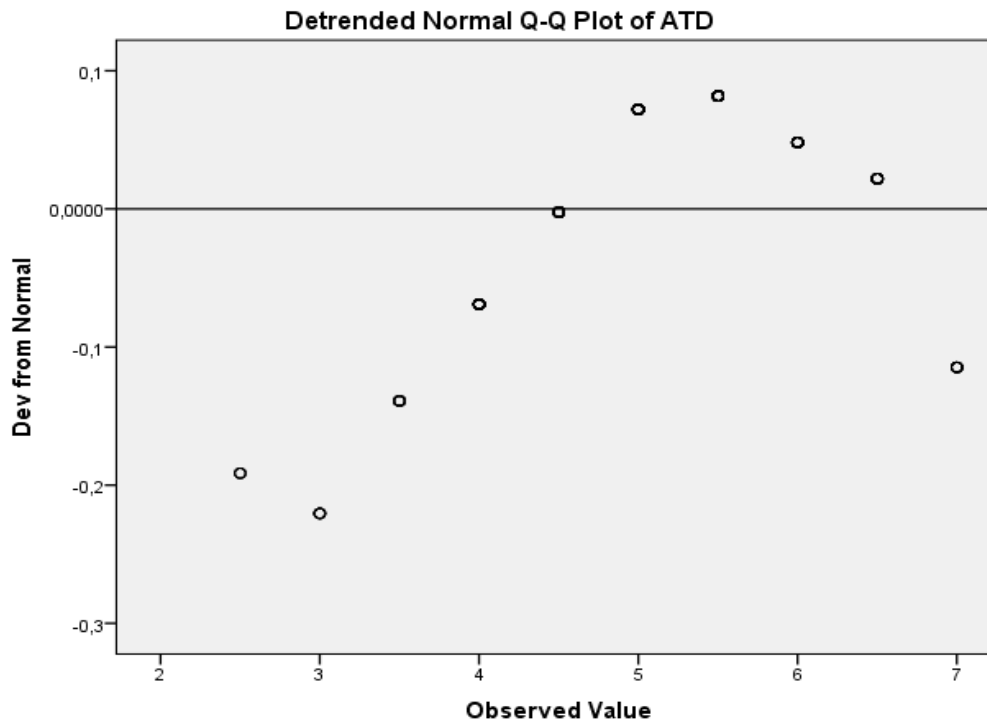
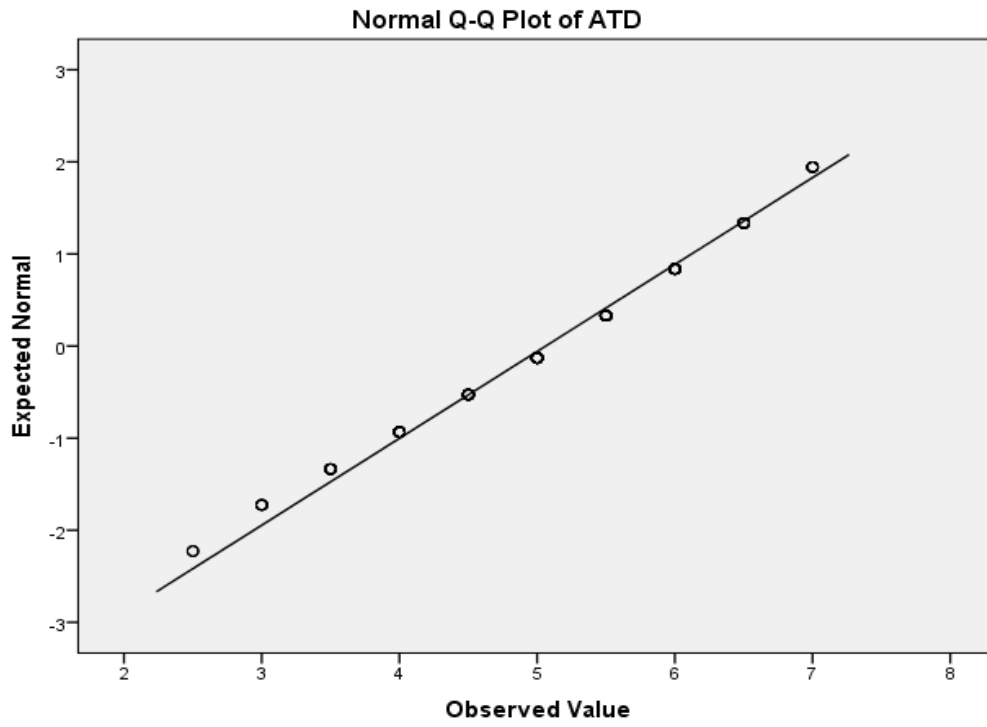


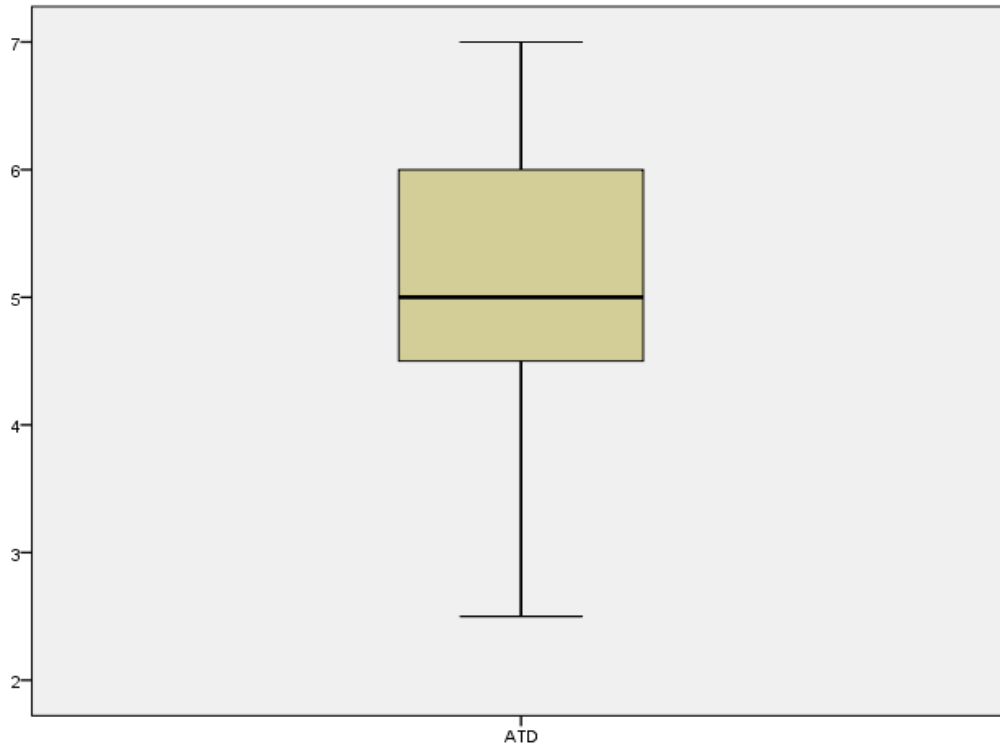




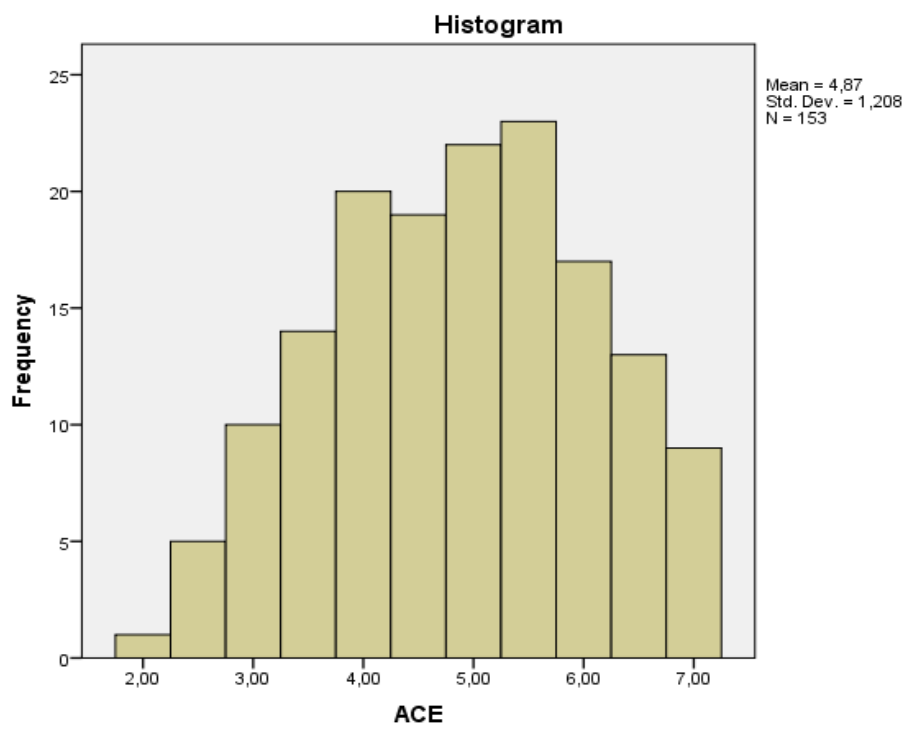
ATD

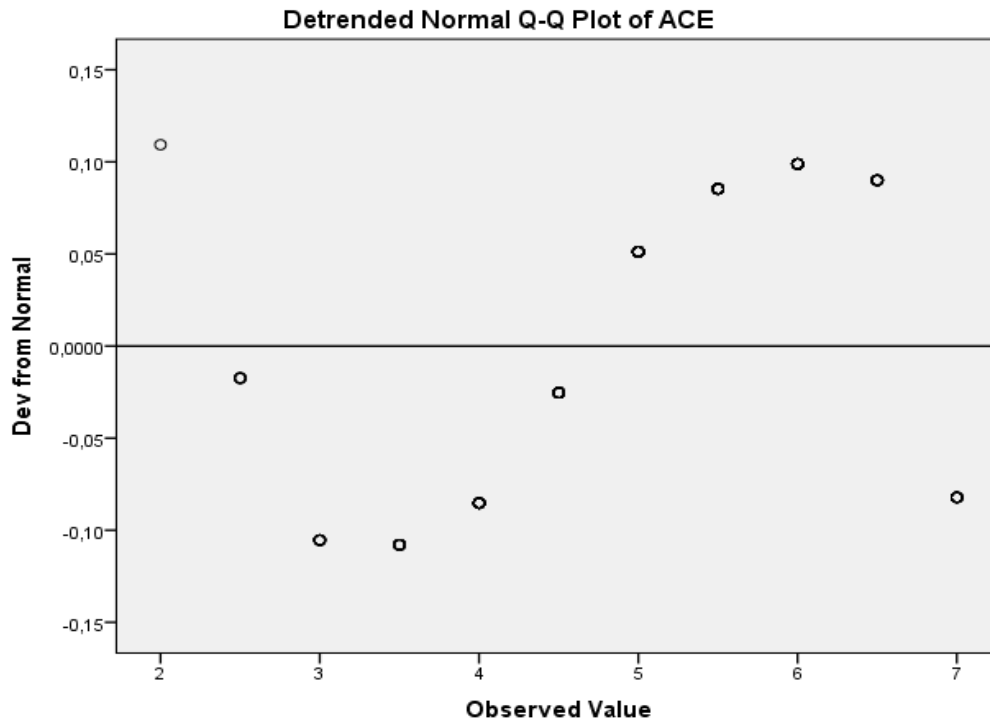
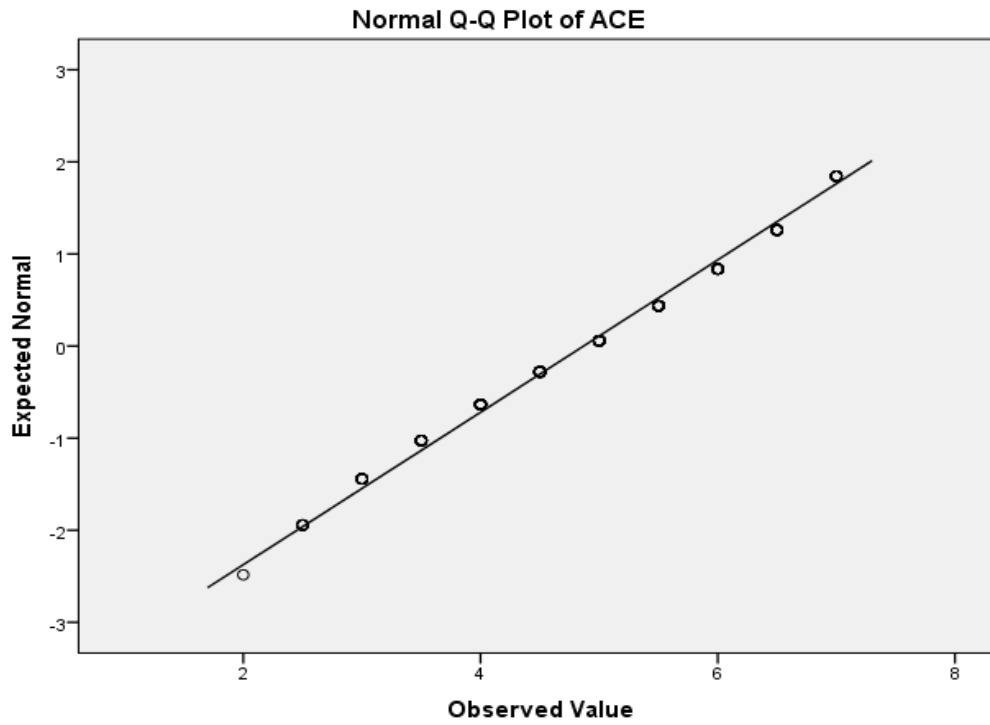


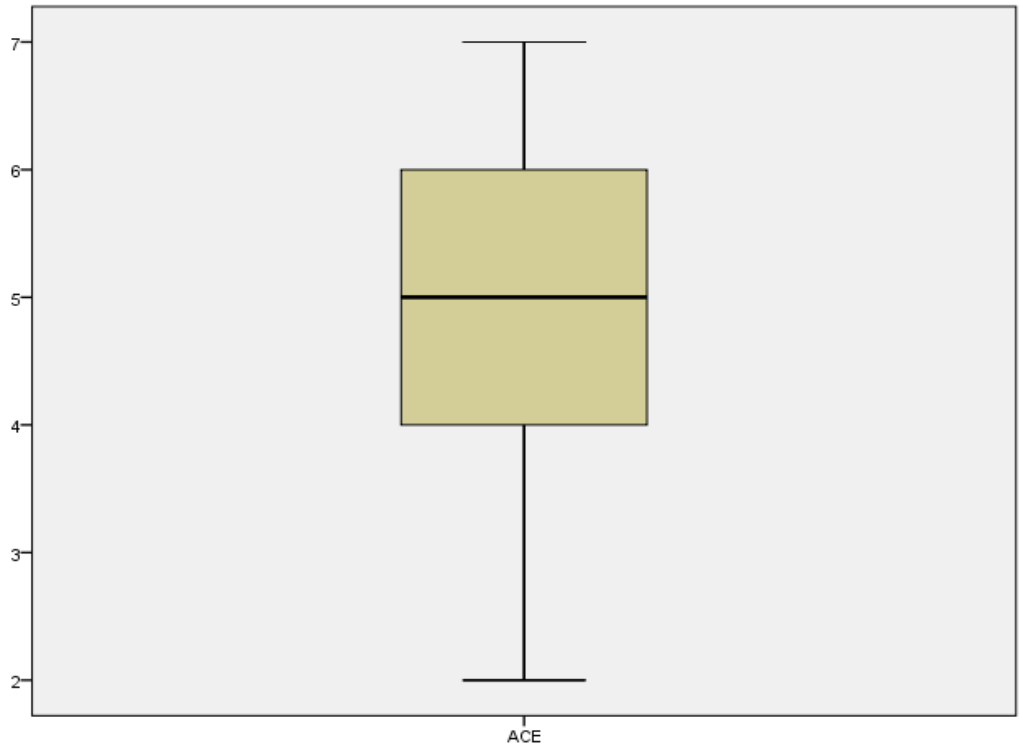




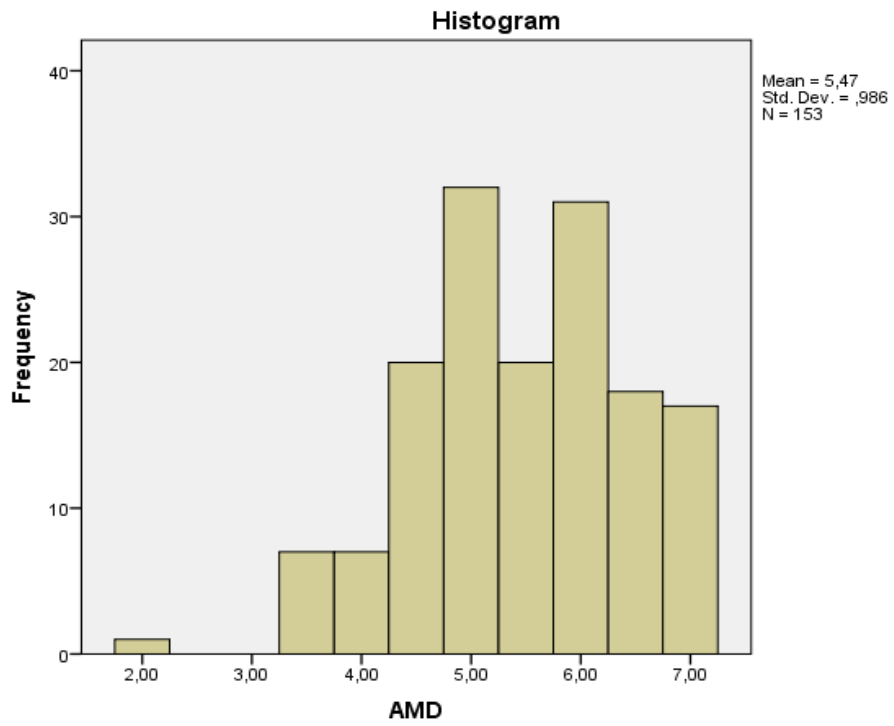
ACE

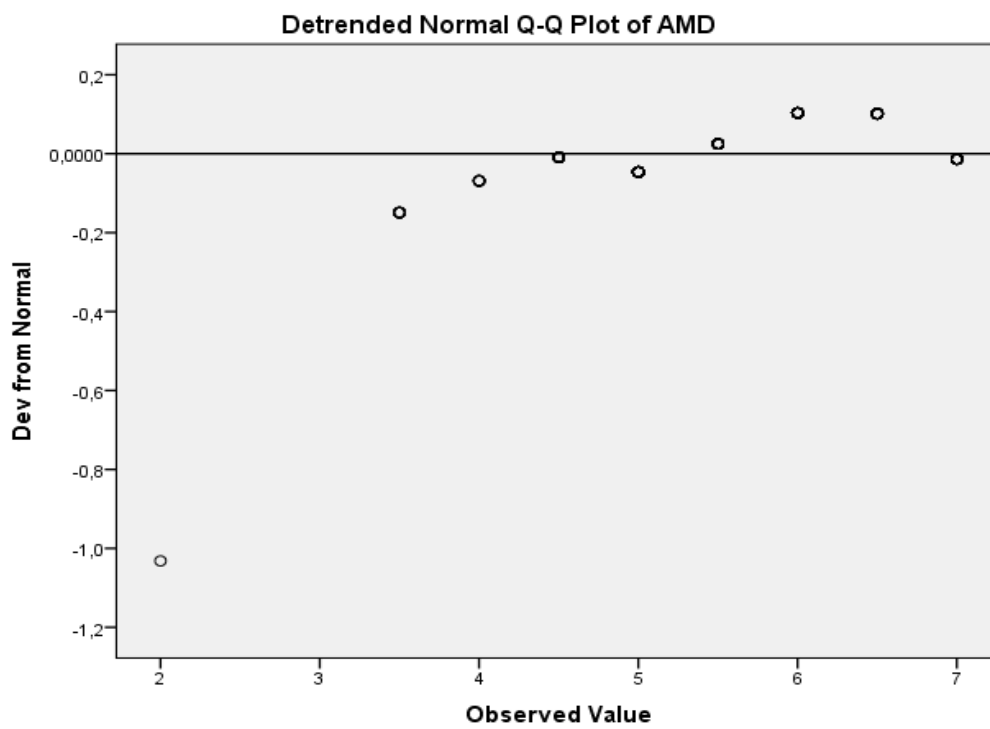
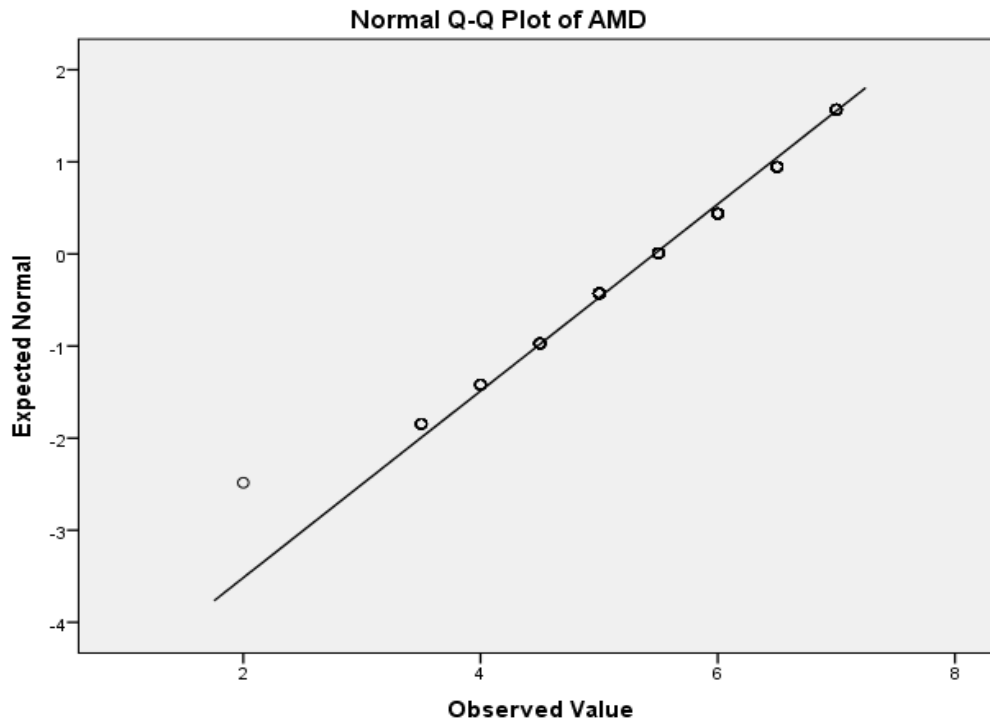


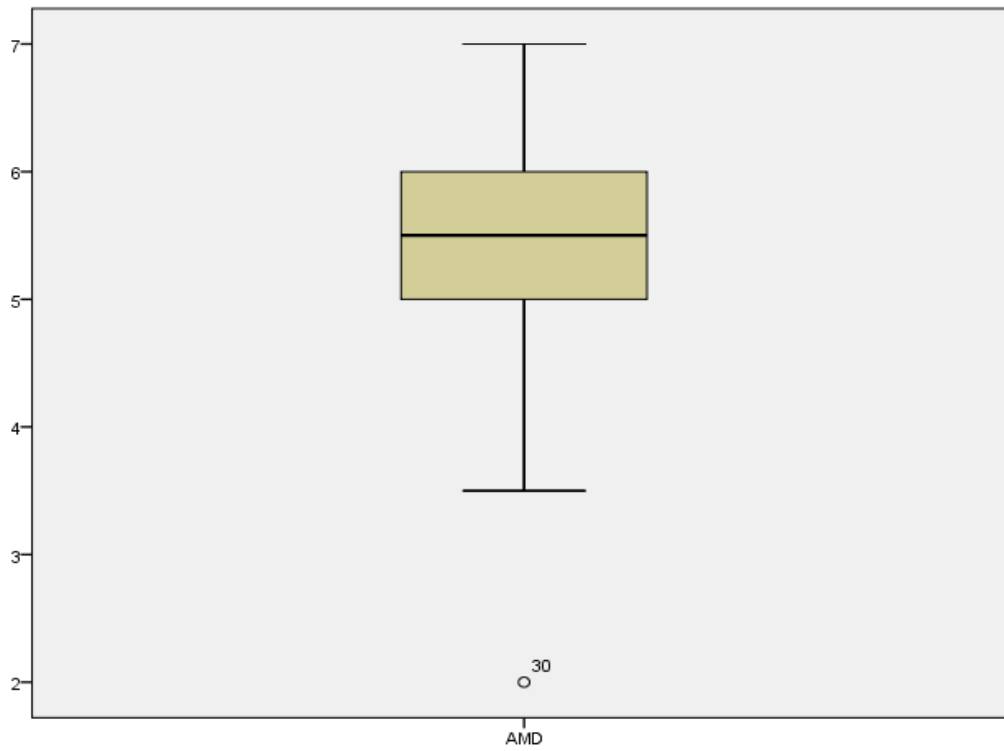




AMD







Scale: Fiabilidade IBMAS global

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	142	92,8
	Excluded ^a	11	7,2
	Total	153	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,864	29

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1_2 prestar assistencia	138,44	343,554	,518	,857
1_3 sinais nao verbais	138,51	353,698	,297	,863
1_4 informacao diaria	138,37	348,675	,424	,859
1_5 consequencias	138,89	362,512	,153	,866
1_6 ignorar seletivamente	139,10	367,522	,029	,873
1_7 planos de apoio	138,22	342,640	,518	,857
1_8 avaliar conduta	137,96	347,530	,574	,856
1_9 controlar proximidade	137,54	356,747	,392	,860
1_10 atencao positiva	137,82	345,451	,546	,856
1_12 ensinar o comportamento	138,04	353,729	,364	,861
1_13 comunicar c pais	138,06	343,529	,586	,855
1_15 gestao de conduta	139,04	345,977	,407	,860
2_1 modificar linguagem	138,21	349,076	,520	,857
2_2 fornecer sinais e material	138,80	345,384	,422	,859
2_3 tarefas simples	138,44	352,603	,425	,859
2_4 contrato comportamental	138,96	337,941	,554	,855
2_5 dividir tarefas	138,37	348,560	,528	,857
2_6 escolher	139,38	351,769	,291	,863
2_7 feedback imediato	138,20	342,613	,618	,855
2_8 simplificar instrucoes	137,85	351,366	,537	,858
2_9 estabelecer metas	138,48	340,209	,569	,855
2_10 programa recompensas	138,91	338,850	,541	,856
2_11 reduzir expectativas	140,14	359,838	,171	,867
2_12 ensinar organizar-se	138,37	335,326	,645	,853
2_13 tecnicas de resposta	139,28	333,282	,586	,854
2_14 evidenciar potos-chave	138,01	338,191	,690	,853
gc11inv_corr	138,76	364,680	,099	,868
gc111inv_corr	137,77	368,658	,028	,871
gc114inv_corr	139,70	369,515	,018	,871

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
143,49	373,244	19,320	29

Scale: Fiabilidade autoeficácia instrucional

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	151	98,7
	Excluded ^a	2	1,3
	Total	153	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,778	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
3_6 atividades planeadas	21,54	10,116	,453	,782
3_5 aprendizagens anteriores	20,92	10,674	,587	,728
3_1 promover aprendizagens	21,03	11,112	,537	,744
3_10 realizar tarefas difíceis	21,08	9,994	,650	,705
3_9 trabalhar em grupo	20,64	10,338	,574	,730

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
26,30	15,467	3,933	5

Fiabilidade autoeficácia criação de clima escolar positivo

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	151	98,7
	Excluded ^a	2	1,3
	Total	153	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	1,000
		N of Items	1 ^a
	Part 2	Value	1,000
		N of Items	1 ^b
Total N of Items			2
Correlation Between Forms			,365
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,535
	Unequal Length		,535
Guttman Split-Half Coefficient			,474

a. The items are: 3_2 valorizar

b. The items are: 3_8 escola lugar seguro

Fiabilidade: autoeficácia manutenção da disciplina

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	151	98,7
	Excluded ^a	2	1,3
	Total	153	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	1,000
		N of Items	1 ^a
	Part 2	Value	1,000
		N of Items	1 ^b
Total N of Items			2
Correlation Between Forms			,541
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,702
	Unequal Length		,702
Guttman Split-Half Coefficient			,701

a. The items are: 3_11 prevenir recreio

b. The items are: 3_3 consigo controlar comportamentos

Scale: Fiabilidade autoeficacia tomada de decisão

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	153	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	153	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	1,000
		N of Items	1 ^a
	Part 2	Value	1,000
		N of Items	1 ^b
	Total N of Items		2
Correlation Between Forms			,133
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,235
	Unequal Length		,235
Guttman Split-Half Coefficient			,229

a. The items are: 3_7 decisoes na escola

b. The items are: 3_4 acesso a recursos

Anexo B3 – Análise Correlacional

Correlations

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PRATICAS	4,9136	,66580	153
AEI	5,2690	,79088	153
ATD	5,0621	1,05961	153
ACE	4,8693	1,20821	153
AMD	5,4673	,98621	153
temEI	10,38	8,765	153

Correlations

		PRATICAS	AEI	ATD	ACE	AMD	temEI
PRATICAS	Pearson Correlation	1	,467**	,323**	,480**	,467**	-,007
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,932
	N	153	153	153	153	153	153
AEI	Pearson Correlation	,467**	1	,549**	,490**	,636**	,158
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,052
	N	153	153	153	153	153	153
ATD	Pearson Correlation	,323**	,549**	1	,392**	,315**	,147
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,071
	N	153	153	153	153	153	153
ACE	Pearson Correlation	,480**	,490**	,392**	1	,497**	,107
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,190
	N	153	153	153	153	153	153
AMD	Pearson Correlation	,467**	,636**	,315**	,497**	1	,197*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,015
	N	153	153	153	153	153	153
temEI	Pearson Correlation	-,007	,158	,147	,107	,197*	1
	Sig. (2-tailed)	,932	,052	,071	,190	,015	
	N	153	153	153	153	153	153

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo B4 – Regressão Linear

Regressão linear

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	temEI ^b	.	Enter
2	ACE, AEI, AMD ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: PRATICAS

b. All requested variables entered.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,003	1	,003	,007	,932 ^b
	Residual	67,376	151	,446		
	Total	67,379	152			
2	Regression	22,571	4	5,643	18,638	,000 ^c
	Residual	44,808	148	,303		
	Total	67,379	152			

a. Dependent Variable: PRATICAS

b. Predictors: (Constant), temEI

c. Predictors: (Constant), temEI, ACE, AEI, AMD

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Partial	Tolerance	VIF	
1 (Constant)	4,919	,084		58,664	,000	4,753	5,085						
temEI	-,001	,006	-,007	-,086	,932	-,013	,012	-,007			-,007	1,000	1,000
2 (Constant)	2,520	,311		8,113	,000	1,906	3,134						

temEI	-	,005	-,113	-	,10	-,019	,002	-	-,134	,11	-,960	1,04
	,009		1,645	2				,007		0		2
AEI	,176	,076	,209	2,325	,02	,026	,326	,467	,188	,15	,555	1,80
				1						6		3
ACE	,156	,044	,283	3,533	,00	,069	,243	,480	,279	,23	,702	1,42
				1						7		4
AMD	,146	,061	,216	2,367	,01	,024	,267	,467	,191	,15	,542	1,84
				9						9		6

a. Dependent Variable: PRATICAS

Excluded Variables^a

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
1	AEI	,480 ^b	6,595	,000	,474	,975	1,026	,975
	ACE	,487 ^b	6,771	,000	,484	,989	1,011	,989
	AMD	,487 ^b	6,663	,000	,478	,961	1,040	,961

a. Dependent Variable: PRATICAS

b. Predictors in the Model: (Constant), temEI

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions				
				(Constant)	temEI	AEI	ACE	AMD
1	1	1,765	1,000	,12	,12			
	2	,235	2,741	,88	,88			
2	1	4,599	1,000	,00	,01	,00	,00	,00
	2	,345	3,651	,00	,98	,00	,01	,00
	3	,032	11,952	,13	,00	,02	,90	,01
	4	,015	17,531	,57	,01	,01	,09	,61
	5	,009	23,128	,29	,00	,97	,01	,37

a. Dependent Variable: PRATICAS

Casewise Diagnostics^a

Case Number	Std. Residual	PRATICAS	Predicted Value	Residual
23	-3,418	3,52	5,3982	-1,88091

a. Dependent Variable: PRATICAS

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3,5731	5,7597	4,9136	,38535	153
Std. Predicted Value	-3,479	2,195	,000	1,000	153
Standard Error of Predicted Value	,051	,172	,096	,026	153
Adjusted Predicted Value	3,5941	5,8064	4,9117	,38702	153
Residual	-1,88091	1,16173	,00000	,54295	153
Std. Residual	-3,418	2,111	,000	,987	153
Stud. Residual	-3,505	2,208	,002	1,005	153
Deleted Residual	-1,97744	1,27008	,00193	,56358	153
Stud. Deleted Residual	-3,648	2,237	,000	1,014	153
Mahal. Distance	,309	13,887	3,974	2,674	153
Cook's Distance	,000	,126	,008	,016	153
Centered Leverage Value	,002	,091	,026	,018	153

a. Dependent Variable: PRATICAS

Anexo B5 – Comparação entre médias dos grupos com e sem mestrado

Comparação entre grupos, com e sem mestrado, quanto às práticas pedagógicas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PRATICAS	153	100,0%	0	0,0%	153	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
PRATICAS	Mean	4,9136	,05383
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	4,8073	
	Upper Bound	5,0200	
	5% Trimmed Mean	4,9371	
	Median	4,9310	
	Variance	,443	
	Std. Deviation	,66580	
	Minimum	2,69	
	Maximum	6,31	
	Range	3,62	
	Interquartile Range	,98	
	Skewness	-,426	,196
	Kurtosis	,303	,390

Extreme Values

		Case Number	Value
PRATICAS	Highest	1	16
		2	59
		3	110
		4	12
		5	19
	Lowest	1	44
		2	43
		3	54

	4	30	3,38
	5	45	3,52 ^b

a. Only a partial list of cases with the value 5,93 are shown in the table of upper extremes.

b. Only a partial list of cases with the value 3,52 are shown in the table of lower extremes.

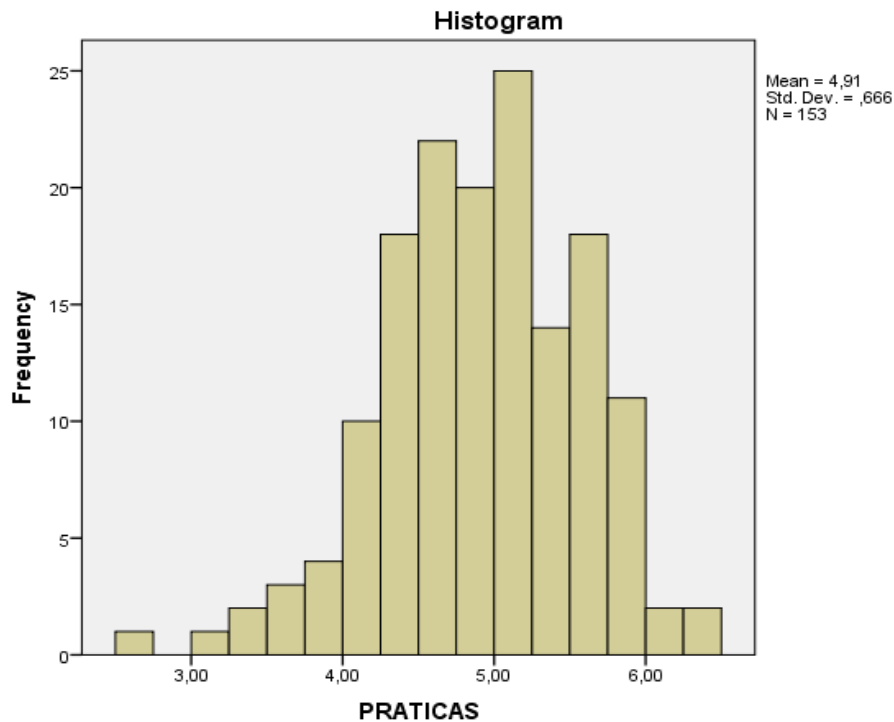
Tests of Normality

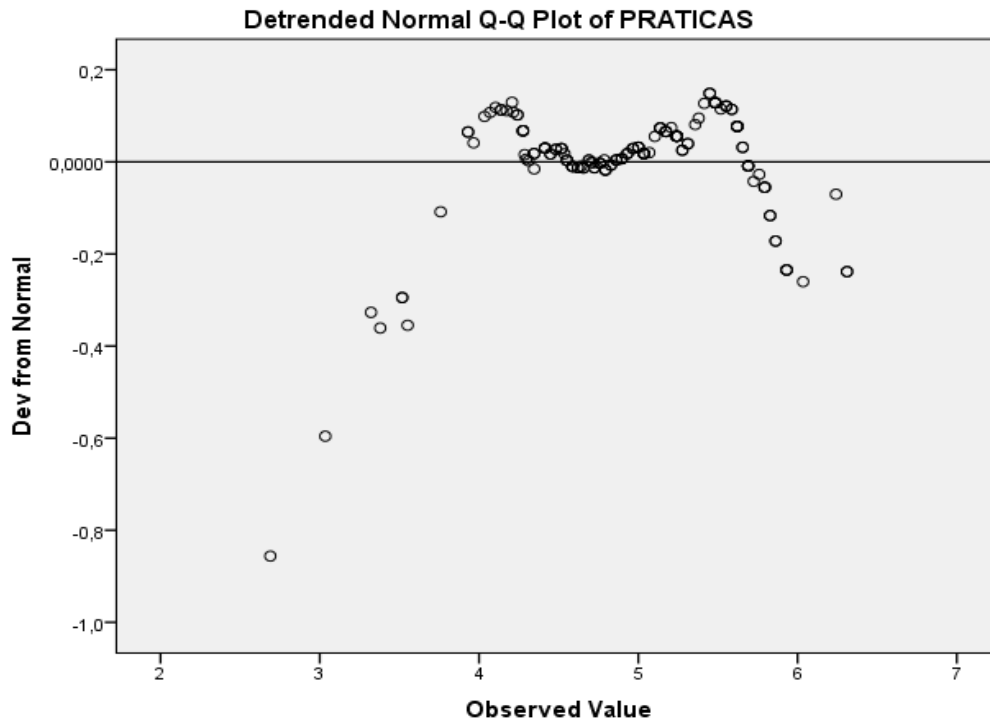
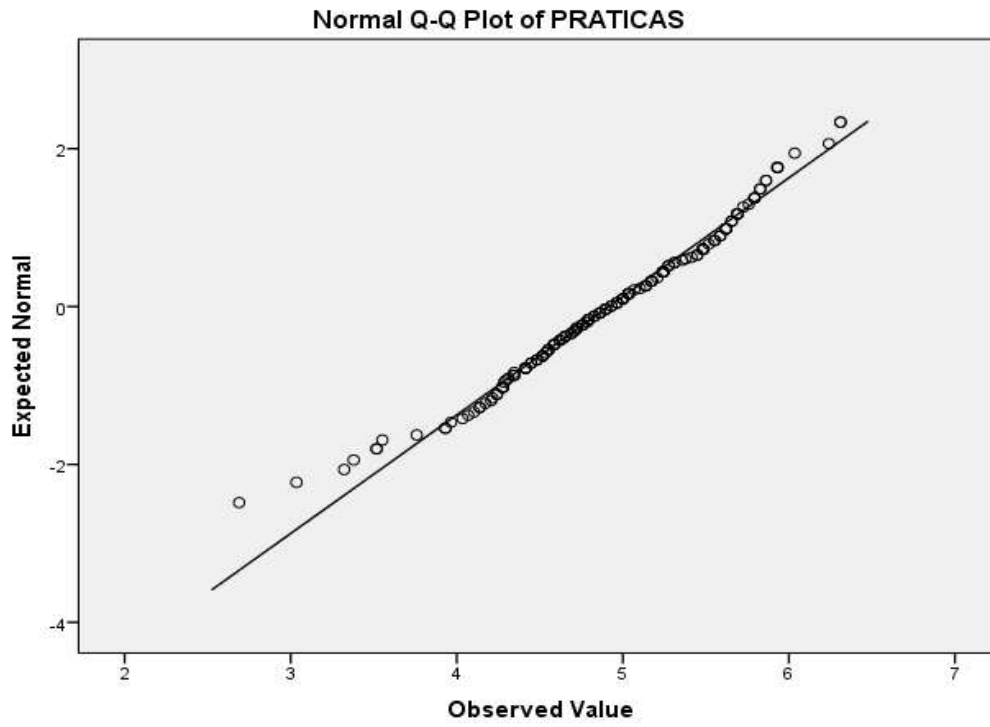
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PRATICAS	,052	153	,200 [*]	,983	153	,057

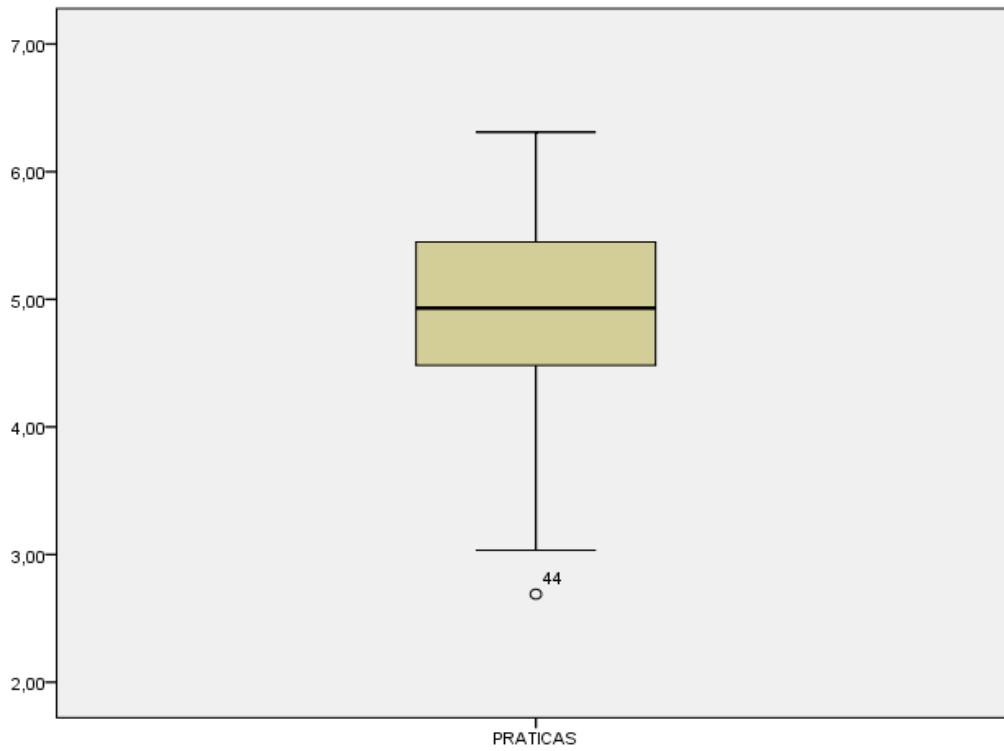
*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

PRATICAS







T-Test

Group Statistics

	habilita_2grupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PRATICAS	0	69	4,8703	,76490	,09208
	1	84	4,9492	,57413	,06264

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
PRATICAS Equal variances assumed	2,909	,090	-,729	151	,467	-,07894	,10834	-,29300	,13512
PRATICAS Equal variances not assumed			-,709	123,783	,480	-,07894	,11137	-,29938	,14150