



# LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PERCEÇÃO DOS PROFESSORES DO 1º E 2º CICLOS  
DO ENSINO BÁSICO SOBRE A PERTURBAÇÃO DE  
HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO  
(PHDA)

CATARINA VALIDO MOREIRA

Orientador de Dissertação

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MORGADO

Professora de Seminário de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA VERA MONTEIRO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Educacional

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do  
Professor Doutor José Morgado, apresentada no ISPA –  
Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre  
na especialidade de Psicologia da Educação

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais o apoio incondicional ao longo do desenvolvimento deste projeto. Abdicaram de muitas coisas para que pudesse chegar até aqui e sou-vos muito grata por isso.

À Sofia e ao Paulo, que me querem tão bem. Obrigada por cada gesto.

Às minhas irmãs agradeço por, mesmo sem saberem, me contagiarem com a vossa energia e me inspirarem mais que tudo e todos nesta jornada. Acompanhar o vosso desenvolvimento e ver-vos crescer marcou muitos momentos do meu percurso académico e pessoal.

Aos meus quatro avós, um enorme agradecimento. É graças a vocês que sei definir e exemplificar o que é a sabedoria, calma e conforto.

Para ti avô Domingos, as palavras nunca serão suficientes. Acompanhaste o meu percurso, ouviste-me, leste e releste inúmeros trabalhos, foste crítico e deste-me sempre os melhores conselhos que te foram possíveis. Ao longo da realização deste trabalho o teu apoio foi incondicional e decisivo em muitos momentos. Por isso e por tudo o resto, dirijo-te o meu maior agradecimento.

Aos meus tios, Andreia, Cristina e Pedro, obrigada pelo carinho, incentivo e compreensão constantes.

À Tatiana, companheira e amiga desde o primeiro momento – partilhámos momentos duros em que achámos não ser capazes, mas aqui estamos. Foi um privilégio conhecer-te, contar com o teu apoio e partilhar contigo todos os momentos que caracterizaram este longo percurso.

Adriana e Sofia, ter-vos conhecido e partilhar convosco todos os desgostos, mas também todos os momentos felizes e de ânimo, foi das maiores conquistas deste ano. Obrigada por estarem sempre desse lado. Levo-vos comigo.

Ao professor José Morgado, agradeço o estímulo e motivação constantes. Os seus ensinamentos marcaram-me e foi uma honra tê-lo como orientador.

À professora Vera Monteiro, coordenadora do seminário de dissertação, agradeço a confiança depositada desde o início, o rigor e o profissionalismo demonstrado ao longo de todas as aulas.

Por fim, um especial agradecimento dirigido aos professores que aceitaram participar neste estudo e aos diretores das diferentes escolas, pela disponibilidade e colaboração.

## RESUMO

O presente estudo tem como principal objetivo caracterizar as percepções de professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), relacionando essas percepções com o conhecimento que os mesmos detêm sobre a patologia. Além deste objetivo, foram incluídas ainda algumas variáveis sociodemográficas, como o *Tempo de Serviço Docente*, *Experiência Prévia no Trabalho com Alunos com Diagnósticos de PHDA*, *Formação em PHDA* e *Ciclo de Ensino Lecionado*, comparando-as com as três dimensões (*Falta de Controle*, *Percepção de Competência* e *Influências na Gestão*) da escala de percepção.

A amostra que constitui a presente investigação é composta por 109 sujeitos, que responderam ao Questionário de Avaliação do Conhecimento sobre a PHDA (QACP) (Oliveira, 2017) e ao questionário traduzido e adaptado do *Beliefs regarding ADHD* (Kos, 2004), por Alvarez (2014).

Os principais resultados obtidos sugerem que os professores com maiores níveis de conhecimento percebem uma maior *Falta de Controle* e uma menor *Competência*, quando comparados com os professores com menores níveis de conhecimento.

Relativamente às restantes variáveis, os resultados indicam a não existência de diferenças significativas entre as três dimensões da percepção e o *Tempo de Serviço* dos professores, sendo os resultados semelhantes na variável *Formação em PHDA*. Por outro lado, na variável *Experiência Prévia no Trabalho com Crianças com PHDA* verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Percepção de Competência*, indicando que os professores que referiram ter essa experiência, percebem ter uma maior *Competência*.

Por fim, os professores que lecionam alunos do 2º Ciclo do Ensino Básico percebem uma maior *Falta de Controle* do que os professores que lecionam alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico.

**Palavras-chave:** PHDA; professores; percepção; conhecimento.

## ABSTRACT

The main objective of the present study is to characterize the perceptions of elementary and middle school teachers about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), relating these perceptions to the knowledge they have about the pathology. Besides this objective, some socio-demographic variables will also be included, such as *Time of Teaching Service*, *Previous Experience in Working with Students with ADHD diagnoses*, *ADHD Training* and the *Teaching Course Taught*, comparing them with the three dimensions (*Lack of Control*, *Perception of Competence* and *Influences in Management*) of the perception scale.

The sample constituting this research consists of 109 participants, who answered the *Questionnaire to Evaluate Knowledge of ADHD – QEKA (Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA – QACP* (Oliveira, 2017) and the adapted questionnaire of *Beliefs regarding ADHD* (Kos, 2004).

The main results obtained suggest that teachers with higher levels of knowledge perceive a greater *Lack of Control* and a lower *Competence*, when compared with teachers with lower levels of knowledge.

For the remaining variables, the results indicate that there are no significant differences between the three dimensions of perception and teachers' length of service, with similar results for the variable *ADHD Training*. On the other hand, in the variable *Prior Experience in Working with Children with ADHD*, there were statistically significant differences in the *Perception of Competence* dimension, indicating that teachers who reported having such prior experience perceived greater *Competence*.

Finally, middle school teachers perceive a greater *Lack of Control* than elementary school teachers.

**Key-words:** ADHD; teachers; perception; knowledge

## ÍNDICE

Introdução .....	8
CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico.....	9
Definição e caracterização da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) ..	9
Epidemiologia.....	11
Etiologia .....	13
Comorbilidades e problemas associados .....	14
Avaliação e diagnóstico.....	15
Intervenção .....	16
Conceptualização da variável dependente Perceção.....	18
<i>Perceção de Competência</i> .....	19
<i>Falta de Controlo</i> .....	19
Perceção dos professores sobre a problemática da PHDA .....	20
Relação entre a Perceção dos professores e <i>Formação em PHDA</i> .....	25
Relação entre a Perceção dos professores e a <i>Experiência Prévia com Alunos com PHDA</i> .....	25
Conhecimento dos professores sobre a PHDA .....	26
Relação entre os Conhecimentos dos professores sobre a PHDA e Perceções dos professores sobre a patologia.....	29
CAPÍTULO II – Problemática.....	32
Questão de Investigação e Hipóteses .....	33
CAPÍTULO III – Método .....	36
<i>Design</i> do estudo .....	36
Participantes .....	36
Instrumentos .....	37
a) Questionário Sociodemográfico .....	37
b) <i>Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA (QACP)</i> .....	37
c) <i>Questionário de Perceções sobre a PHDA</i> .....	39
Análise de conteúdo e das propriedades psicométricas do instrumento .....	41
Procedimentos de recolha de dados.....	43

Procedimentos estatísticos.....	44
CAPÍTULO IV – Resultados.....	46
Outros resultados complementares ao estudo.....	48
CAPÍTULO V – Discussão dos Resultados .....	52
Referências.....	61
Anexos .....	71
Anexo 1 – Critérios segundo o DSM-5 (APA, 2014) para o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção.....	71
Anexo 2 – Pedido de autorização entregue à direção das escolas .....	74
Anexo 3 – Formulário de consentimento .....	75
Anexo 4 – Questionário Sociodemográfico .....	76
Anexo 5 – Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA (QACP), adaptado de Oliveira (2017) .....	77
Anexo 6 – Questionário de concepções sobre a PHDA, adaptado de Alvarez (2014).....	79
Anexo 7 – Outputs estatísticos (SPSS).....	83

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b>	<i>Descrição de cada uma das dimensões do Questionário de percepções sobre a PHDA, retirado e adaptado de Kos (2004).....</i>	<i>32</i>
<b>Tabela 2</b>	<i>Itens de cada dimensão.....</i>	<i>33</i>
<b>Tabela 3</b>	<i>Matriz fatorial dos itens da escala de percepção.....</i>	<i>35</i>
<b>Tabela 4</b>	<i>Distribuição de itens por dimensão e coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) para as três dimensões.....</i>	<i>35</i>
<b>Tabela 5</b>	<i>Frequência de respostas na questão relativa à percepção dos professores sobre quem deve ser responsável pelo diagnóstico de PHDA.....</i>	<i>41</i>
<b>Tabela 6</b>	<i>Frequência de respostas à questão 32.....</i>	<i>43</i>

## Introdução

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações mais comuns em crianças em idade escolar e é geralmente diagnosticada nos primeiros anos de escolaridade (Barkley, 2006; Neto, 2014). No entanto, para autores como Neto (2014) e Strecht (2018) esta é uma perturbação facilmente confundida com comportamentos considerados normais no desenvolvimento saudável das crianças.

Por esse motivo, são inúmeros os estudos que tentam clarificar qual a origem da PHDA, quais os comportamentos e sintomas que caracterizam esta perturbação e qual tem sido a relação dos professores com as crianças com diagnósticos de PHDA (Zee, Bree, Hakvoort & Koomen, 2020).

Nesse sentido, a ideia de que são os professores que costumam referenciar as crianças com PHDA surge também na literatura, uma vez que estes profissionais são dos agentes que mais tempo passam com as crianças e podem ter um papel preponderante nas formas de intervenção em contexto escolar (Flanigan & Climie, 2018; Kos, 2004; Mulholland, Cumming & Jung, 2015).

Por consequência, é ainda referido que uma sinalização eficaz, associada a estratégias educativas adequadas, pode trazer benefícios a nível escolar e social às crianças com diagnósticos de PHDA (DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011), sendo que se assume que a escola e os professores podem ter um papel fundamental nesses domínios (Oliveira, 2017).

Por seu turno, o estudo sobre o que sabem os professores sobre a perturbação tem sido alvo de interesse por parte de inúmeros investigadores (Alkahtani, 2013; Alvarez, 2014; Fernández, Mínguez & Casas, 2007; Frigero, Montali & Marzocchi, 2014; Mulholland, Cumming & Jung, 2015; Oliveira, 2017), bem como as perceções destes sobre a patologia (Alvarez, 2014; Kos, 2004; Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008). No entanto, o estudo da relação entre os conhecimentos e as perceções é uma sugestão em alguns estudos, nomeadamente no realizado por Kos (2004).

Deste modo, a presente análise tem como objetivo avaliar as perceções dos professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico sobre a perturbação e sobre os alunos com PHDA, relacionando-as com o nível de *Conhecimento* que detém sobre a mesma. A par disso, serão ainda incluídas variáveis como o *Tempo de Serviço*, a *Experiência Prévia com Alunos com PHDA*, a *Formação em PHDA* e o *Ciclo de Ensino* que os professores lecionam.

## **CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico**

### **Definição e caracterização da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)**

Uma vez que o presente trabalho de investigação se debruçará sobre as perceções que professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico têm sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), no primeiro subcapítulo do enquadramento teórico encontra-se a definição e caracterização desta perturbação, bem como a descrição dos critérios de diagnóstico, tendo em conta cada subtipo: apresentação combinada, apresentação predominantemente desatenta ou apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A PHDA é uma das perturbações neurocomportamentais mais frequente em crianças em idade escolar (Cordinhã & Boavida, 2008; Danielson et al., 2016; Huss, Holling, Kurth & Schlack, 2008; Luo, Weibman, Halperin & Li, 2019; Neto, 2014).

Foi considerada uma patologia na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM], em 1968, como sendo um distúrbio hipercinético da infância, sendo que ao longo do tempo tem sofrido diversas alterações, uma vez que se trata de uma patologia “complexa, heterogénea, multifatorial” e com impactos aos níveis “individual, familiar, social, académico e ocupacional” (Cruz & Brito, 2016; Luo, Weibman, Halperin & Li, 2019; Marques et al., 2018; Oliveira, Pereira, Medeiros & Serrano, 2015).

Já na terceira versão do DSM, foi dada ênfase à perturbação de atenção, mais do que à hiperatividade, denominando-se, nessa altura, “Perturbação de Défice de Atenção: Com e Sem Hiperatividade” (Ferreira, 2014).

Atualmente, a PHDA surge no DSM-5 na secção das Perturbações do Neurodesenvolvimento, é manifestada por padrões (mais ou menos) persistentes de inatenção e/ou hiperatividade-impulsividade e “é caracterizada como sendo um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento do indivíduo” (APA, 2014, p.59).

O diagnóstico é definido segundo uma lista de dezoito sintomas (ver Anexo 1), subdivididos em dois domínios – hiperatividade/impulsividade e inatenção, sendo que estes dois domínios podem ser classificados de acordo com três apresentações:

predominantemente hiperativo/impulsivo, predominantemente desatento ou do tipo misto (APA, 2014).

De referir ainda que os critérios de diagnóstico têm de ser manifestados em dois ou mais contextos (e.g. casa, escola ou trabalho, com amigos e noutras atividades de lazer) e em todas as formas clínicas há desatenção, em maior ou menor grau (Afonso, 2014; APA, 2014).

De um modo geral, o diagnóstico baseia-se exclusivamente nos critérios descritos no DSM-5, de acordo com informação recolhida junto do doente, da família, de professores e de outras fontes que detenham informação sobre o comportamento do doente (APA, 2014).

Segundo Russell Barkley (2004), autor norte-americano que se tem dedicado ao estudo da PHDA, esta é uma perturbação com níveis de desatenção e hiperatividade-impulsividade inadequados, sendo que os sintomas surgem na infância e perpetuam-se com maior ou menor intensidade na adolescência e idade adulta.

Relativamente a cada uma das apresentações, expõe-se de seguida uma descrição de situações do contexto escolar que podem predizer o aumento das dificuldades dos alunos com PHDA.

As crianças e jovens com sintomas de **inatencção** têm dificuldades, sobretudo, de concentração, em seguir instruções, resistir a distrações e/ou em acabar as tarefas propostas no contexto de sala de aula, sendo que os sintomas de desatenção surgem ainda associados à dificuldade na organização do material (Antunes, 2014; Flanigan & Climie, 2018). No que aos sintomas de **hiperatividade** diz respeito, estes são geralmente manifestados pela excessiva atividade motora em momentos inapropriados e, em sala de aula, os comportamentos das crianças com predominância de sintomas deste subtipo são associados a uma inquietação constante (e.g. levantarem-se da secretária quando é expectável que estejam sentados, correrem na sala de aula e/ou conversarem de forma excessiva com os colegas) (APA, 2014).

Por último, os sintomas de **impulsividade** envolvem ações sem premeditação que podem prejudicar a criança ou os colegas, sendo manifestados comportamentos de intrusão social ou uma ação motora inapropriada. Na sala de aula, estes sintomas manifestam-se, por exemplo, pela intrusão nas conversas dos colegas, em usar ou brincar com objetos dos outros sem permissão e pela impulsividade das respostas, antes da pergunta concluída (Antunes, 2014; Flanigan & Climie, 2018).

Em suma, os três grupos de sintomas – défice de atenção, hiperatividade e impulsividade caracterizam-se, respetivamente pela “dificuldade em dirigir e manter a

atenção e pouca persistência para a realização das tarefas”, “agitação motora excessiva e desadequada” e “dificuldade em gerir os impulsos e em protelar a recompensa”, sendo que estas dificuldades devem persistir em dois ou mais contextos, durante pelo menos seis meses (APA, 2014; Marques et al., 2018).

Embora os sintomas e as características da PHDA estejam descritos detalhadamente no DSM-5, existem ainda aspetos relacionados com esta perturbação que estão pouco evidenciados, nomeadamente os tratamentos existentes e as práticas parentais geralmente adotadas pelos pais das crianças com esta perturbação (Flanigan & Climie, 2018). Face a este último aspeto, Selekman (2002, cit. por Flanigan & Climie, 2018) afirma que algumas práticas parentais podem ser um fator de risco ou de proteção para o agravamento dos sintomas desta perturbação, consoante a atitude mais ou menos rigorosa dos pais para com os filhos.

No mesmo sentido, Antunes, Silva e Afonso (2014) defendem que os estilos parentais exercem uma enorme influência sobre a autorregulação e o desenvolvimento de competências das crianças, referindo que o estilo parental democrático é aquele que “traz maiores benefícios ao longo do desenvolvimento psicossocioeducativo da criança” (p.54).

Sobre as crianças com PHDA, os estilos comunicacionais entre pais e filhos assumem-se como estruturantes, nomeadamente ao nível da gestão de emoções e na descodificação e compreensão de algumas situações (Antunes, Silva & Afonso, 2014).

## **Epidemiologia**

Neste subcapítulo, surge a apresentação das taxas de prevalência da PHDA em Portugal e noutros países europeus, bem como do predomínio desta perturbação nos Estados Unidos da América (EUA), em África e em países como a Índia e a Austrália. Torna-se relevante apresentar estes dados para, por um lado, percebermos qual o posicionamento de Portugal nesta matéria e, por outro, para analisarmos a incidência desta perturbação no panorama internacional.

Na segunda parte do capítulo surge ainda a explanação das diferenças nas taxas de prevalência por género.

Assim sendo, no que à epidemiologia diz respeito, de acordo com o DSM-5, cerca de 5 a 8% das crianças em idade escolar têm um diagnóstico de PHDA (APA, 2014).

Em Portugal, apesar de ainda não terem sido conduzidos verdadeiros estudos epidemiológicos, alguns estudos da Universidade de Coimbra (1990) e da Universidade de

Lisboa (2000), citados por Oliveira, Pereira, Medeiros e Serrano (2015), apontam para uma prevalência entre os 4 e os 5% em crianças de idade escolar. Já Neto (2014) estima ainda que existam pelo menos 80 mil crianças portuguesas com PHDA, referindo que estes valores são bastante demonstrativos do peso que esta perturbação tem vindo a ganhar.

No que respeita à taxa de prevalência a nível mundial, Luo, Weibman, Halperin e Li (2019) estimam que este indicador oscile entre 8 a 12%. Já autores como Coelho et al. (2014), Marques, et al. (2018) e Oliveira, Pereira, Medeiros e Serrano (2015) relativamente ao mesmo indicador, referem que este se situa entre os 2 e os 18%, justificando esta significativa variabilidade pelas características metodológicas adotadas nos diferentes estudos.

Concretamente, estas variações podem depender do tipo de amostra (clínica ou normativa), do manual de diagnóstico e pontos de recorte utilizados, bem como das fontes informativas (e.g. pais, professores) (Flanigan & Climie, 2018; Nigg & Barkley, 2014, cit. por Marques et al., 2018; Oliveira, Pereira, Medeiros & Serrano, 2015; Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling & Rohde, 2014; Thomas, Sanders, Doust, Beller & Glasziou, 2015).

Por outro lado, Ullebo, Posserud, Heiervang, Obel e Gillberg (2012), referem que as diferenças culturais e sociais entre os diferentes países podem explicar a variabilidade da taxa de prevalência, referindo que estas diferenças podem ser a justificação para o facto de as taxas de prevalência serem mais baixas nos países escandinavos.

No mesmo sentido, Barkley (2006) refere que o fator cultural pode ter um impacto significativo nas taxas de prevalência dos países, uma vez que os comportamentos associados à PHDA podem ser tolerados e considerados normativos com mais facilidade em culturas mais permissivas, e considerados mais desviantes e preocupantes em culturas mais rígidas/ conservadoras.

Noutros países da Europa como França, a taxa de prevalência varia entre 3.5 e 5.6% (Lecendreux, Konofal & Faraone, 2011). Já na Escócia, o mesmo indicador apresenta uma diferença substancialmente inferior, situando-se nos 0.7% (Sayal, Prasad, Daley, Ford & Coghill, 2017).

Quanto à prevalência desta perturbação nos Estados Unidos da América (EUA), estima-se que, em 2016, 6.1 milhões de crianças norte-americanas com idades compreendidas entre os dois e os dezassete anos tenham sido diagnosticadas com PHDA (Danielson et al., 2016). Em África, o mesmo indicador varia entre os 5.4 e os 8.7% (Bakare, 2012) e no Canadá, um valor semelhante, de 5.4% (Hunt, 2018).

Em países como a Índia, a taxa de prevalência varia entre os 2 e os 17%, sendo o subtipo desatento predominante num rácio de 6.4:1 (rapaz: rapariga) (Catherine, Robert,

Mala, Kanniammal & Arullapan, 2019). Já na Austrália, a mesma taxa varia entre os 2.4 e os 7.5%, também com maior prevalência no sexo masculino (Graetz, Sawyer & Baghurst, 2005).

Quanto à prevalência desta perturbação no sexo masculino e feminino, as evidências apresentadas por Xu, Stratheam, Liu, Yang e Bao (2018), sugerem que os rapazes são mais propensos ao diagnóstico de PHDA do que as raparigas, com uma estimativa de 12% e 4.7%, respetivamente. Por outro lado, o perfil de sintomas também difere consoante o género, sendo que os sintomas de desatenção são mais prevalentes no sexo feminino e os de inquietude e impulsividade mais prevalentes no sexo masculino (Kos, 2004; Oliveira, Pereira, Serrano & Medeiros, 2017).

Estudos de carácter longitudinal sugerem ainda que os sintomas de hiperatividade e impulsividade tendem a decrescer com a idade, enquanto os sintomas de inatenção são mais persistentes e tendem a manter-se ao longo da vida (Afonso, 2014; Faraone et al., 2000; Molina et al., 2009 cit. por Luo, Weibman, Halperin & Li, 2019).

## **Etiologia**

“A PHDA é uma doença de base neurológica, com forte influência genética e modulada pelo meio ambiente”  
(Nascimento & Ferreira, 2014, p. 29)

Para Oliveira (2017), a PHDA é considerada uma *lifespan disorder*, ou seja, é uma perturbação de causa multifatorial, cujo carácter é ininterrupto, existindo uma acentuada predisposição genética associada, em alguns casos, a uma desregulação neurobiológica.

As justificações apontadas por Luo, Weibman, Halperin e Li (2019) para a causa multifatorial da PHDA centram-se na diversidade de comorbilidades, na variedade de perfis clínicos, padrões de comprometimento neurocognitivos e a existência de anomalias cerebrais, estruturais e funcionais variadas.

Já Sciberras, Mulraney, Silva e Coghill (2017) corroboram a ideia enunciada por Oliveira (2017), ao referirem que a PHDA é uma perturbação cuja carga genética tem enorme expressão, sendo que Faraone et al., 2005 cit. por Luo, Weibman, Halperin e Li (2019) estima uma heritabilidade de 60% a 80%. No entanto, os mesmos autores estimam que cerca de 10 a 40% das causas que originam a PHDA estão relacionadas com fatores contextuais e ambientais.

Nesse sentido, existem fatores de risco pré-natais que parecem estar associados ao aparecimento da PHDA, dos quais: consumo de substâncias e stress no período de gravidez, prematuridade e baixo peso à nascença (Sciberras, Mulraney, Silva & Coghill, 2017). No mesmo sentido, Novais (2014) afirma que, embora não sejam apontados como causa, os fatores sociais, familiares e escolares podem influenciar, ou mesmo agravar os sintomas e dificultar o diagnóstico.

Relativamente aos fatores genéticos, Nascimento e Ferreira (2014) afirmam que cerca de 25% das crianças com PHDA têm um elemento familiar chegado com a mesma patologia, existindo um maior risco entre irmãos, especialmente em gémeos monozigóticos.

Luo, Weibman, Halperin e Li (2019), por seu turno, afirmam que, embora nenhum fator de risco *per se* possa ser suficiente para causar PHDA, o diagnóstico de PHDA aumenta significativamente o risco de surgimento de outras perturbações psiquiátricas, a ocorrência de falhas educacionais e ocupacionais e também as dependências.

Por outro lado, existem autores que defendem que a origem da PHDA pode estar relacionada com a ingestão excessiva de açúcar ou de corantes alimentares e, por esse motivo, simples alterações na dieta dessas crianças podem aliviar os problemas associados à perturbação (Bekle, 2004, cit. por Fanigan & Climie, 2018; Nascimento & Ferreira, 2014; Sciutto, Terjesen & Frank, 2000).

### **Comorbilidades e problemas associados**

Reale et al., 2017 cit por. Luo, Weibman, Halperin e Li (2019) definem as dificuldades de aprendizagem, distúrbios de linguagem, oscilações de humor, ansiedade e a Perturbação de Oposição e Desafio como sendo as mais frequentes comorbilidades associadas à PHDA, sendo que essas condições comportamentais e psiquiátricas podem dificultar o diagnóstico e a intervenção com as crianças com diagnósticos de PHDA.

No mesmo sentido, Oliveira, Pereira, Serrano e Medeiros (2017) referem que em 80% dos casos de PHDA existem outras condições clínicas que lhes estão associadas, nomeadamente a Perturbação de Oposição e Desafio, Perturbação de Comportamento, Perturbação de Ansiedade e Perturbação Depressiva. Além destes quadros clínicos, os autores referem que existem outros problemas associados a esta perturbação, entre os quais académicos, comportamentais e sociais, geralmente responsáveis pelo agravamento do desenvolvimento e da própria trajetória da perturbação nos diferentes contextos, particularmente na escola.

Já Mulholland, Cumming e Jung (2015), referem que aproximadamente 31 a 45% das crianças com PHDA têm associada uma dificuldade de aprendizagem. Nesse sentido, a comorbilidade diagnóstica de PHDA com Perturbações de Aprendizagem Específica na leitura, escrita e matemática sugerem que as aquisições académicas podem ficar comprometidas, sendo que os adolescentes com estes diagnósticos apresentam uma maior taxa de retenção escolar e, simultaneamente aspirações académicas mais baixas (Taanila et al., 2014).

### **Avaliação e diagnóstico**

Como referido no primeiro subcapítulo, a maior parte dos diagnósticos de PHDA é feita em crianças em idade escolar e, de acordo com os critérios de diagnóstico definidos no DSM-5, os sintomas devem ser manifestados em pelo menos dois contextos, durante pelo menos seis meses e até aos 12 anos de idade (APA, 2014; Luo, Weibman, Halperin & Li, 2019).

Segundo Novais (2014), em Portugal, o diagnóstico é geralmente efetuado por neuropediatras, psicólogos clínicos, pedopsiquiatras e pediatras do desenvolvimento.

A mesma autora salienta que o processo de avaliação deve incluir a recolha de informação junto de pais e professores, de modo a avaliar como é percebido o comportamento da criança ou jovem, junto dos agentes que mais tempo passam com a mesma.

Segundo Flanigan & Climie (2018) e Kos, Richdale & Hay (2006), as crianças com PHDA são facilmente identificáveis em contexto de sala de aula, uma vez que neste contexto são manifestados comportamentos geralmente percecionados como violadores das regras de sala de aula e que se enquadram nos critérios de diagnóstico desta perturbação, nomeadamente: erros nos trabalhos escolares, falhas na perceção das instruções, dificuldade em completar a tarefa até ao fim e impulsividade nas respostas às perguntas dos professores. Nesta matéria, Tegtmejer (2019) afirma, metaforicamente, que a sala de aula é o cenário que melhor permite definir o comportamento das crianças com PHDA.

Por esse motivo, é frequente que o processo de diagnóstico se inicie com uma referência por parte do professor (Flanigan & Climie, 2018; Kos, 2004; Mulholland, Cumming & Jung, 2015). Posteriormente, os pais e professores preenchem questionários/escalas, geralmente acompanhadas de descrições escritas do comportamento das crianças – descrições essas incluídas nas avaliações psicológicas a fim de determinar se esses

comportamentos são desajustados relativamente ao padrão normativo (Mulholland, Cumming & Jung, 2015).

Segundo Kos (2004), são utilizadas entrevistas, escalas comportamentais e de inteligência e/ou avaliações médicas para a realização de um despiste, devendo os diferentes instrumentos ser utilizados conjuntamente, para uma avaliação mais precisa e com vários elementos de avaliação (Barkley, 2006).

Neste sentido, Luo, Weibman, Halperin & Li (2019) afirmam que esta perturbação é geralmente detetada quando a criança frequenta os primeiros anos de escolaridade, uma vez que as mesmas exigem a manutenção do nível de atenção/ concentração. Ainda assim, também em idade pré-escolar podem surgir dificuldades no controlo da atenção e autorregulação do comportamento.

Como já referido, embora os professores não sejam os responsáveis pelo diagnóstico desta perturbação, assumem um papel preponderante na sinalização de eventuais casos. Autores como Flanigan & Climie (2018) referem mesmo que os professores são os agentes que mais sugerem uma avaliação para despiste de PHDA.

Assim, uma vez que os professores são os agentes de primeira linha na sinalização das crianças com PHDA, os seus níveis de conhecimento e as suas perceções sobre a perturbação são de extrema importância (Mulholland, Cumming & Jung, 2015).

## **Intervenção**

Neste capítulo, surge a descrição das formas de tratamento e intervenção mais utilizadas com as crianças com PHDA.

Para Barkley (2006) e Sargento (2016), as intervenções mais comuns utilizadas com os alunos com PHDA incluem a medicação psicotrópica e estratégias comportamentais implementadas no contexto familiar e escolar.

No entanto, Sargento (2016) e Strecht (2018) referem que os efeitos destas intervenções tendem a desvanecer-se a longo-prazo, apresentando a intervenção psicoterapêutica de orientação dinâmica como sendo aquela que trará mais vantagens à criança com PHDA e às pessoas com quem a mesma se relaciona.

Por outro lado, uma abordagem multimodal é apresentada na literatura como sendo benéfica para a intervenção com crianças com PHDA, combinando diferentes opções de tratamento que se podem agrupar em três categorias: psicológica, biológica e alternativa (Kos, 2004).

No domínio psicológico, é integrado o trabalho feito com pais e professores, no sentido de adaptarem estratégias para gerir o comportamento das crianças com PHDA e, por outro lado, o treino de competências para resolução de problemas por recurso a sessões de tutoria, por exemplo, apontadas como formas de intervenção eficazes para as crianças com PHDA (Kos, 2004).

No domínio biológico é incluída a intervenção por recuso à prescrição de medicação psicoestimulante (Kos, 2004).

Quanto a este tópico, autores como Ferreira (2014) e Strecht (2018) referem que a prescrição de medicação como forma de tratamento da PHDA é um assunto controverso na comunidade científica.

Nos últimos 30 anos, nos Estados Unidos da América, o número de diagnósticos de PHDA aumentou, bem como a prescrição de medicação para atenuar os sintomas que caracterizam esta perturbação. Deste modo, existem sociólogos americanos que consideram a PHDA uma perturbação *medicalizada* (Graham et al., 2011).

O mesmo se verificou na Islândia, sendo um dos países com maior número de prescrições de medicação à base de metilfenidato (Einarsdottir, 2008).

Assim, o tratamento com recurso a medicação (metilfenidato, dexamfetamina e a atomoxetina) é frequentemente utilizado nos países europeus e na América do Norte, sendo que nas diretrizes europeias sobre esta temática, é recomendado o uso de medicação, como parte integrante de um programa de tratamento multidimensional (Graham et al., 2011).

Nesse sentido, embora o recurso à prescrição de medicação seja frequente para minimizar a sintomatologia associada à PHDA, o tratamento farmacológico é reconhecido como insuficiente para dar resposta às múltiplas e crónicas dificuldades sentidas pelos alunos com PHDA (DuPaul & Stoner, 2003).

Por esse motivo, os mesmos autores referem que o modo de intervenção baseado na consultoria colaborativa pode trazer benefícios para as crianças com PHDA e para os agentes que com elas trabalham (DuPaul & Stoner, 2003).

Por último, no domínio alternativo, são incluídas alterações dietéticas e nutricionais, apontadas como benéficas para o desenvolvimento neuronal (Baumgaertel, 1999). Por exemplo, Kosub (2003) demonstrou que o comportamento das crianças com PHDA melhora quando o *fast food* é eliminado da sua dieta. Já Baumgaertel (1999) e Kidd (2000) sugerem que o mesmo acontece quando são introduzidos suplementos vitamínicos na alimentação das crianças com PHDA.

## Conceptualização da variável dependente Percepção

Carita (1992) refere que as percepções são parte integrante do sujeito e que é através delas que é possível confrontarmo-nos com o mundo e com os outros, uma vez que estamos “munidos de um sistema de expectativas e antecipações que, *à priori*, condicionam o que vai acontecer” (p.39). Significa isto que a interpretação e construção da realidade é mediada pelo significado atribuído pelo sujeito e pela representação feita através de um sistema cognitivo já estabelecido.

Já o autor Verdugo (1995), cit. por Camisão (2005) conceptualiza que as percepções são parte integrante da componente cognitiva das atitudes. Nesse sentido, esta componente “refere-se ao conjunto de pensamentos, ideias, crenças, opiniões ou percepções acerca do objeto, que se encontra representado na memória dos indivíduos e onde é possível distinguir antecedentes e consequentes cognitivos” (p.59).

Por outro lado, Malouf e Schiller (1995) consideram que a expressão “atitudes e crenças” é frequente na literatura, integrando em si mesma termos específicos como valores, julgamentos, opiniões, ideologias, orientações ou mesmo percepções.

Ainda assim, os autores defendem a distinção entre os constructos, afirmando que as atitudes e crenças são a base (e moldam) a percepção e o pensamento, funcionando como filtros na interpretação da realidade, exercendo influencia sob o comportamento (Malouf & Schiller, 1995).

Assim, conclui-se que o estudo das percepções dos professores em geral é considerado importante e, em particular, a percepção dos mesmos sobre as crianças que têm diagnósticos associados a diversas problemáticas como é exemplo a PHDA (Camição, 2005).

Neste aspeto, Camisão (2005) afirma que, apesar de os professores reconhecerem as necessidades e apoios dos alunos, percecionam-se incapazes de lidar com problemáticas que lhes são incompreensíveis do ponto de vista do diagnóstico.

Assim, a percepção destes profissionais condiciona a forma como lidam com os seus alunos e constitui-se uma variável com bastante influencia em aspetos relacionados com a organização e gestão da sala de aula, por exemplo (Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008).

De referir ainda que na literatura surgem evidências de que os fatores contextuais como a idade, a experiência e a cultura influenciam as percepções dos professores (Mullholland, Cumming & Jung, 2015).

No mesmo sentido, Einarsdottir (2008) refere que os professores primários têm uma noção clara de que a compreensão dos comportamentos das crianças não pode ser feita excluindo os contextos social, cultural e histórico.

### ***Percepção de Competência***

Para Baillauquès (2001, cit. por Nassif, Hanashiro & Torres, 2010) a noção de competência está relacionada com “a capacidade de reflexão, de avaliação e autoavaliação, com a adoção de uma atitude crítica e a uma aprendizagem constante” (p. 368).

No que respeita aos professores, a *Percepção de Competência* dos mesmos é reconhecida como sendo uma componente com relevância para os estudos realizados em contextos educativos, uma vez que a percepção dos professores sobre si próprios e sobre a sua própria eficácia, condicionará, por um lado, a implementação de novas práticas e, por outro, a aceitação dos alunos com problemas de aprendizagem e comportamento no ensino regular (Mullholland, Cumming & Jung, 2015; Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008).

Numa abordagem integrativa, os autores Nassif, Hanashiro e Torres (2010) consideram que a noção de competência dos professores é influenciada pelas suas características pessoais, pelo contexto e pelo conhecimento detido sobre determinado assunto. Mais, concluíram no seu estudo que fatores como a capacidade de liderança, a organização e preparação dos materiais para as aulas e a procura e investimento em novos conhecimentos exercem influência na *Percepção de Competência* dos professores.

Já para Kos (2004), a dimensão *Percepção de Competência* remete para a percepção dos professores sobre as competências e instrumentos que detêm para gerir os comportamentos dos alunos com diagnósticos de PHDA.

### ***Falta de Controlo***

Neste domínio importa explicar algumas noções sobre a forma como os professores gerem os comportamentos dos alunos com PHDA.

A gestão de sala de aula e, por sua vez, o controlo sobre o comportamento das crianças, tem como pressuposto a obtenção de condições favoráveis no processo de ensino-aprendizagem. Assim, existem algumas estratégias que podem prevenir comportamentos

desajustados, facilitando a gestão de sala de aula e, conseqüentemente, conduzindo a uma percepção de maior controlo (Veiga, 2013).

Kos (2004) conceptualiza que a *Falta de Controlo* diz respeito, por um lado, à forma como os professores percecionam ter controlo sobre a gestão comportamental das crianças com PHDA e, por outro, à percepção sobre a autorregulação comportamental dos alunos.

Alvarez (2014), por seu turno, refere que as respostas da dimensão *Falta de Controlo* podem ser condicionadas pela desejabilidade social, refletida pela dificuldade dos professores em referir que sentem ter pouco controlo sobre as crianças com PHDA, ou mesmo pela dificuldade em autorreconhecer o seu controlo da sala de aula.

### **Percepção dos professores sobre a problemática da PHDA**

De um modo geral, os estudos que se debruçaram sobre o estudo das percepções dos professores sobre as crianças com PHDA, concluíram que existe uma tendência para que os professores percecionem que uma criança com PHDA tem comprometimentos ao nível cognitivo e comportamental (DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011).

Por outro lado, num estudo realizado por Zee, Bree, Hakvoort & Koomen (2020), cujo objetivo foi explorar as relações entre professores e alunos com diagnósticos de PHDA, Perturbação do Espectro do Autismo e Dislexia, os autores concluíram que os “rótulos” associados aos diagnósticos destas perturbações têm um impacto negativo nas percepções que professores e alunos têm da sua relação mútua.

Lawrence, Estrada & McCormick (2017) realizaram um estudo qualitativo com dois grandes objetivos: i. perceber como são descritas as experiências dos professores do ensino elementar e médio com os alunos com PHDA e ii. que estratégias são mobilizadas pelos professores para facilitar as interações em sala de aula com os alunos com esta perturbação. Para tal, foram incluídas questões sobre o conhecimento sobre a PHDA, passando ainda pela inclusão de questões sobre as experiências pessoais dos professores com os alunos com PHDA – neste ponto, foi solicitado aos professores que descrevessem os comportamentos considerados problemáticos e as interações sociais dos alunos com esta perturbação. Foram ainda incluídas questões relativas às diferenças de género, bem como influências familiares, sociais e económicas e relações com os pares. Relativamente ao conhecimento dos professores sobre a problemática, os mesmos reportaram que o que sabem sobre a patologia foi adquirido de forma informal, através do contacto com outros professores e através da

experiência no contacto com estes alunos – descrevendo esse conhecimento como insuficiente.

No mesmo estudo, os autores concluíram ainda que, de um modo geral, todos os professores percecionam que esta perturbação é mais prevalente no sexo masculino e que a perceção dos professores sobre o ambiente familiar é negativa, acreditando que o ambiente familiar das crianças com PHDA é caracterizado por falhas na disciplina, fraco envolvimento parental ou mesmo uma fraca estimulação por parte dos pais no que diz respeito à promoção de autonomia (Lawrence, Estrada & McCormick, 2017).

Na investigação levada a cabo por Kos (2004), a autora procurou descrever as perceções dos professores sobre a PHDA, operacionalizando-as em sete dimensões – *Falta de Controlo* (FC), *Efeitos Negativos em Sala de Aula* (EN), *Legitimação do Diagnóstico* (LD), *Perceção de Competência* (PC), *Influências na Gestão* (IG), *Expectativas* (E) e *Controlo Externo* (CE).

No seu estudo, a autora procurou avaliar o conhecimento de 120 professores do ensino primário sobre a PHDA, bem como as atitudes dos mesmos perante as crianças com diagnósticos desta perturbação, incluindo, para tal, itens que avaliassem a perceção dos professores sobre: (a) políticas e recursos escolares, (b) perceções sobre normas subjetivas e de controlo, (c) habilidade dos professores para distinguirem crianças com e sem PHDA, (d) perceção dos professores sobre os benefícios de utilizar determinadas técnicas de modificação comportamental em sala de aula e (e) a intenção dos professores em participarem em programas de treino de competências em PHDA.

Relativamente aos procedimentos estatísticos utilizados, a autora calculou a média e o desvio-padrão de cada um dos 31 itens da escala, relacionando o *score* médio de cada um dos itens com o nível de concordância dos professores com a afirmação.

Os principais resultados demonstram que, genericamente, os professores percecionam a PHDA como um problema educacionalmente legítimo e como sendo um diagnóstico válido – resultados corroborados por Jerome, Gordon & Hustler (1994). Por outro lado, os professores acreditam ainda que esta perturbação é sobrediagnosticada e que as crianças com PHDA devem ser integradas no sistema de ensino regular.

No mesmo estudo, a autora concluiu que existe uma correlação positiva entre a *Perceção de Competência* e os anos de experiência. Por outro lado, também os professores que tiveram contacto prévio com alunos com PHDA se sentem mais confiantes em relação

à sua habilidade para ensinar esses alunos, quando comparados com aqueles que não tiveram essa experiência (Kos, 2004).

No que respeita ao comportamento das crianças com PHDA, os professores percebem que a gestão do mesmo não é fácil, mas que geralmente estas crianças exigem um tempo extra para o reforço das aprendizagens (Kos, 2004).

Nesse sentido, a autora refere que é recorrente que os professores tenham crenças e percepções *negativas* relativamente aos comportamentos exibidos pelas crianças com PHDA, levando a que se sintam pessimistas em relação ao trabalho com estes alunos (Kos, 2008).

Em suma, os principais resultados deste estudo demonstram que a *Percepção de Competência* é influenciada pelo *Tempo de Serviço* e pela *Experiência Prévia com Alunos com PHDA*.

Em relação ao *Conhecimento*, à *Formação* e à *Experiência Prévia com Crianças com diagnósticos de PHDA*, a autora concluiu que estas são variáveis significativamente relacionadas com o *Conhecimento* dos professores acerca da perturbação (Kos, 2004).

Num estudo português realizado com professores de todos os ciclos de ensino (pré-escolar, 1º, 2º e 3º Ciclos e Secundário), onde foi traduzida e adaptada a escala de Kos (2004), os principais objetivos foram: relacionar o nível de conhecimento com os “sentimentos, concepções, crenças e atitudes” dos professores e com o tipo de formação dos professores em PHDA (Alvarez, 2014).

Relativamente às mesmas dimensões da percepção, Alvarez (2014) concluiu que a dimensão *Legitimação do Diagnóstico* foi a dimensão com maior nível de concordância, seguindo-se a dimensão *Falta de Controlo*. Para a autora, estes resultados vão no mesmo sentido dos apresentados por Kos (2004), demonstrando que os professores consideram o diagnóstico de PHDA válido e que a gestão dos comportamentos das crianças com PHDA é considerada difícil.

Os resultados deste estudo demonstram ainda que os professores com formação académica em PHDA têm uma percepção da sua autocompetência diferente, quando comparados com os professores sem formação – sentindo-se, os primeiros, com maior capacidade para lidarem eficazmente com os alunos com diagnósticos de PHDA (Alvarez, 2014).

Outro dos objetivos propostos por Alvarez (2014) foi averiguar se o *Tempo de Serviço* influenciaria as percepções dos professores. Para tal, a autora definiu três intervalos temporais – [0-10 anos], [11-20 anos] e [21-40 anos] e concluiu que existem diferenças nas dimensões *Efeitos Negativos em Sala de Aula*, *Percepção de Competência* e *Influências na*

*Gestão*, em função de algumas classes temporais. Pela comparação de médias, os resultados demonstram que na dimensão *Efeitos Negativos em Sala de Aula*, os professores com um *Tempo de Serviço* entre 0 e 10 anos percebem que o ambiente de sala de aula não é negativamente influenciado quando a presença de um aluno com PHDA, quando comparados com os professores com um *Tempo de Serviço* entre 21 e 40 anos. Relativamente à dimensão *Percepção de Competência*, os professores pertencentes à classe entre os 11 e 20 anos de serviço, percebem ter mais competências e instrumentos para gerir o comportamento dos alunos com PHDA, quando comparados com os professores que têm entre 0-10 e 21-40 anos. Finalmente, no que à dimensão *Influências na Gestão* diz respeito, os professores com menos *Tempo de Serviço* perceberam que os familiares e a comunidade exercem maior influência no modo como os professores lidam com as crianças com PHDA, quando comparadas com as outras duas classes temporais.

Já Mulholland, Cumming & Jung (2015) efetuaram um estudo com o objetivo de caracterizar o conhecimento dos professores sobre a PHDA e compreender quais as atitudes perante os alunos com dificuldades comportamentais associadas à patologia. A par destes dois objetivos, os autores procuraram ainda perceber qual o impacto das variáveis demográficas nas opiniões e atitudes dos professores.

Os principais resultados demonstram que a percepção dos professores pode ser influenciada por diversos fatores, dos quais: idade, anos de experiência e cultura – sendo a percepção dos professores sobre a gestão dos comportamentos dos alunos com PHDA geralmente associada a sentimentos negativos descritos pelos professores como experiências stressantes. Neste sentido, os autores concluem que existe também uma relação entre os anos de serviço e os sentimentos dos professores relativamente à lecionação destes alunos. Neste ponto, à medida que os anos de serviço aumentam, menor a tolerância perante comportamentos disruptivos associados à PHDA. Contrariamente, a experiência com alunos com PHDA e o nível de conhecimento sobre a perturbação são variáveis positivamente relacionadas com a percepção sobre a perturbação, traduzindo-se numa maior tolerância para com estes alunos.

Por outro lado, relativamente às conceções dos professores sobre os apoios que recebem por parte de outros profissionais para gerir os comportamentos das crianças com PHDA, os mesmos referem que não sentem que esses apoios sejam adequados, sentindo uma necessidade de maior acompanhamento e informação sobre a forma como podem adaptar as intervenções em sala de aula (Mulholland, Cumming & Jung, 2015).

A *Legitimação do Diagnóstico* de PHDA é uma das dimensões contempladas na operacionalização da percepção dos professores sobre esta perturbação nos estudos realizados por Kos (2004) e Alvarez (2014). Nos seus estudos, as autoras concluem que os itens que correspondem à dimensão *Legitimação do Diagnóstico* são os itens com maiores níveis de concordância, significando que os professores consideram o diagnóstico de PHDA um diagnóstico válido.

No mesmo sentido, outros estudos realizados por Mulholand Cumming e Jung (2015) e Jerome, Gordon e Hustler (1994) que incluíram questões relativas à percepção dos professores sobre o diagnóstico de PHDA, concluíram, de um modo geral, que todos os profissionais o consideram válido e legítimo.

No que se refere à percepção dos professores sobre que profissionais devem ser responsáveis pelo diagnóstico, Santos (2012), no seu estudo, constatou que 20% dos participantes consideraram que o diagnóstico de PHDA deve ser feito por um Psicólogo e 16,7% consideram que deve ser o Psicólogo e o Professor de Educação Especial.

Lourenço (2009), numa questão da mesma natureza, concluiu que a maior parte dos professores (87%) considera que deve ser o Psicólogo a realizar o diagnóstico, seguindo-se o Médico, apontado por 61% dos participantes como sendo o responsável. A terceira e quarta opções de resposta com maior percentagem de respostas foram o Professor de Ensino Especial (50,9%) e o Pedopsiquiatra (2,7%), respetivamente.

Já Simão (2013), nos resultados do seu estudo, concluiu que existem diferenças entre os professores que lecionam o 1º e o 3º Ciclos do Ensino Básico no que diz respeito ao profissional responsável pelo diagnóstico, sendo que os primeiros consideram que deve ser o Psicólogo e os professores do 3º ciclo consideram que deve ser o Médico.

Por fim, Lopes (2016) num estudo realizado com professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico, a autora concluiu que 81% dos participantes indicaram que é o “Médico” o responsável pelo diagnóstico, seguindo-se o “Professor de Educação Especial” (75,2%) e o “Professor”, como a terceira opção com maior percentagem de respostas (71,4%).

Por último, referir que, entre diversos fatores contextuais que, na percepção dos professores, podem condicionar o trabalho com os alunos com PHDA, encontram-se o tamanho das turmas, o tempo extra requerido pelos alunos com esta problemática e a falta de flexibilidade nos currículos. Já Alvarez (2014), concluiu que a experiência prévia com alunos com PHDA, o tempo de serviço e a família são fatores contextuais apontados pelos

professores como tendo influência na qualidade do trabalho realizado com alunos com estes diagnósticos.

### **Relação entre a Percepção dos professores e *Formação em PHDA***

Relativamente à variável *Formação* (que indica se os professores têm ou não formação em PHDA), Simão (2013), no seu estudo, concluiu que 39,9% dos professores referiu não ter nenhum tipo de formação sobre a problemática.

Não obstante Alvarez (2014) reitera que, na amostra do seu estudo, cerca de 61% dos participantes não realizaram qualquer tipo de formação em PHDA, sendo que apenas 31% dos professores efetuaram algum tipo de formação na área (durante ou após o período académico).

Na relação desta variável com as dimensões da percepção, a autora considera que os professores com formação em PHDA experimentam uma maior capacidade para gerir corretamente a problemática da PHDA, quando comparados com os professores sem formação.

Fernández, Mínguez e Casas (2007) concluíram que existe uma correlação significativa entre o conhecimento dos professores sobre a PHDA e a percepção de autoeficácia. De igual modo, existe também uma correlação positiva entre o número de horas de formação específica em PHDA e a percepção de autoeficácia.

Já Frigerio, Montali e Marzocchi (2014) consideram que informação especializada sobre PHDA obtida em formações sobre a problemática tem pouca influência na percepção dos professores sobre a patologia.

### **Relação entre a Percepção dos professores e a *Experiência Prévia com Alunos com PHDA***

No que concerne à *Experiência Prévia com Alunos com PHDA*, no estudo de Alvarez (2014), a autora concluiu que 81,6% dos professores referiu já ter contactado com pelo menos uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Lourenço (2009) encontrou resultados semelhantes, sendo que 75,5% dos professores referiu ter experiência com crianças com PHDA e apenas 25,5% referiu não ter.

Sobre a mesma variável, Cariano (2010) concluiu que 63,4% dos professores já lecionaram alunos com PHDA e 33,1% indicou nunca ter lecionado estes alunos, sendo que os primeiros obtiveram mais conhecimento sobre a perturbação, quando comparados com o segundo grupo de professores. Relativamente à percepção dos mesmos sobre a característica que conduz à suspeita de PHDA, a autora concluiu que tanto os professores com experiência com alunos com PHDA, como os professores sem essa experiência, indicaram que a Hiperatividade é a característica mais importante para a sinalização de eventuais diagnósticos.

### **Conhecimento dos professores sobre a PHDA**

Uma vez que o conhecimento dos professores sobre a PHDA será uma das variáveis incluídas na presente investigação, este subcapítulo surge para explicar as evidências científicas sobre o que sabem os professores acerca desta perturbação.

Deste modo, estudos que incluíram o conhecimento dos professores sobre esta problemática, concluíram, de um modo geral, que os professores reportam ter pouco conhecimento sobre esta perturbação e referem que se sentem pouco preparados para lidar com alunos com diagnósticos de PHDA (Flanigan & Climie, 2018; Eva, cit. por Tegtmejer, 2019).

Kos, no seu estudo realizado em 2008, refuta esta premissa ao concluir que apenas em dois dos 27 itens que medem o conhecimento dos professores sobre a PHDA a percentagem de respostas corretas foi superior a 90%.

Já num estudo realizado por Padilla, Cuartas, Henao, Arroyo & Flórez (2018), onde foi utilizado o mesmo instrumento do estudo de Kos (2008), os resultados demonstram que os professores do ensino primário responderam corretamente a pouco menos de metade dos itens (48.52%), sendo que a subescala com maior percentagem de respostas corretas foi a de *Sintomas/ Diagnóstico* (69%), seguindo-se a subescala do *Tratamento* (45%) e por último a relativa às *Informações Gerais* (38%).

Resultados semelhantes foram corroborados por Sciutto, Terjesen & Frank (2000), sendo a subescala com maior percentagem de respostas corretas a relativa aos *Sintomas/ Diagnóstico*. No mesmo sentido, Sciutto et al. (2015) concluíram que os professores têm mais conhecimento sobre os *Sintomas básicos e Diagnóstico de PHDA* do que sobre o *Tratamento e Etiologia* da perturbação.

Existe, no entanto, um outro estudo que concluiu que o conhecimento dos professores sobre a PHDA é, genericamente, adequado, com uma percentagem de respostas corretas a rondar os 61.6% (Mulholland, Cumming & Jung, 2015) e ainda um outro que concluiu que o conhecimento dos professores italianos sobre a PHDA é, do ponto de vista dos autores, moderado (Frigerio, Montali & Marzocchi, 2014).

Por outro lado, estudos que procuraram relacionar o conhecimento dos professores sobre a perturbação com variáveis sociodemográficas, concluíram que o *Tempo de Serviço Docente* e a *Experiência Prévia com Alunos com PHDA* foram as únicas variáveis significativamente associadas ao conhecimento geral dos professores sobre esta patologia, sendo que os professores que reportaram ter tido *Experiência Prévia com Crianças com PHDA* obtiveram níveis altos nas diferentes dimensões do conhecimento sobre a perturbação (Al-Moghamsi & Aljohani, 2018). Os resultados do estudo de Mulholland, Cumming & Jung (2015) foram no mesmo sentido, sendo o *Tempo de Serviço* apontado pelos autores como um forte preditor do conhecimento dos professores.

Contrariamente, Kos (2004), no seu estudo concluiu que os anos de experiência não estavam significativamente associados a *scores* mais altos de conhecimento atual sobre a perturbação. No mesmo estudo, a autora concluiu ainda que a probabilidade de professores mais velhos procurarem saber mais sobre a perturbação é superior, quando comparados com professores mais novos. Assim, a procura de formações complementares sobre a PHDA é mais comum em professores com carreiras de ensino mais longas e para o grupo de professores que já havia ensinado um aluno com PHDA, embora essa premissa não se verifique em relação ao número de alunos com PHDA que já lecionaram até então.

No que à *Experiência Prévia com Alunos com PHDA* diz respeito, Sciuto et al. (2015) referem que uma interação direta com as crianças com PHDA permite ao professor deter informações importantes sobre a perturbação, incluindo os sintomas, diagnóstico e intervenções – existindo uma relação positiva entre o contacto com crianças com PHDA e os níveis de conhecimento dos professores sobre a patologia. Esta relação positiva pode, assim, contribuir para sentimentos de maior confiança na implementação de estratégias pedagógicas e/ou de gestão de comportamento.

Flanigan e Climie (2018), por seu turno, referem que existe ainda alguma inconsistência em relação ao conhecimento geral sobre a PHDA, sendo que pode ser particularmente importante que os professores tenham uma compreensão mais precisa da etiologia, aspetos comportamentais e estratégias eficazes de tratamento e intervenção para

crianças com PHDA, tornando-se capazes de discernir os factos das crenças, a fim de garantir que os alunos com PHDA sejam melhor compreendidos.

Snider, Busch e Arrowood (2003) concluíram que os professores têm um conhecimento limitado sobre a PHDA no geral, e sobre a prescrição de medicação psicostimulante em particular. Ainda assim, as opiniões dos professores sobre o efeito da medicação na regulação comportamental das crianças com PHDA são, genericamente, positivas – sendo que 83% dos professores concordam que quando os alunos com PHDA estão medicados, a gestão da sala de aula é facilitada. No mesmo estudo, 45% dos professores dizem participar na avaliação que é feita pelas equipas multidisciplinares aos alunos com PHDA.

Em suma, potenciar um conhecimento sólido sobre os principais aspetos desta perturbação junto dos professores (e.g. sintomas, incidência, tratamentos considerados eficazes), pode promover sentimentos de maior confiança no trabalho com os alunos com esta problemática. Por outro lado, incrementar o conhecimento dos professores sobre a PHDA pode ainda contribuir para controlar a perpetuação de mitos e estigmas geralmente associados a esta patologia, criando assim um ambiente de aprendizagem mais positivo para esses alunos (Flanigan & Climie, 2018; Sciutto et al., 2015).

No mesmo sentido, Alkahtani (2013) refere que os professores têm um conhecimento mais sólido sobre a PHDA estão melhor preparados para conseguir apoiar e adotar estratégias de ensino compatíveis com os diagnósticos de PHDA.

## **Relação entre os *Conhecimentos* dos professores sobre a PHDA e *Percepções* dos professores sobre a patologia**

Uma vez que um dos objetivos da presente investigação é perceber qual a relação entre o conhecimento dos professores sobre a PHDA e a percepção dos mesmos sobre a patologia, este capítulo surge para explicar as evidências que relacionam estes dois constructos.

Neste âmbito, os autores Malouf e Schiller (1995) reportam que o conhecimento dos professores está intrinsecamente associado às atitudes e crenças dos mesmos.

Sciutto et al. (2015), num estudo realizado com o objetivo de comparar o conhecimento e conceções que os professores têm sobre a PHDA em nove países (República Checa, Alemanha, Grécia, Iraque, Coreia, Arábia Saudita, África do Sul, Estados Unidos da América e Vietnam), os resultados demonstram que a correlação entre conhecimento e conceções é fraca a moderada em sete dos nove países.

Segundo os autores, a variável *Anos de Experiência* é particularmente importante para ser correlacionada com o conhecimento porque nos pode dar informações sobre como é percecionado o comportamento das crianças com PHDA no contexto escolar. Relativamente à relação entre estas variáveis, os resultados demonstraram que os *Anos de Experiência* estão positivamente relacionados com o conhecimento em três países e negativamente apenas num (Sciutto et al., 2015).

Por outro lado, também a *Experiência Prévia com Alunos com PHDA* foi incluída como variável do estudo, estando associada a níveis de conhecimento altos em cinco dos nove países (Sciutto et al., 2015).

Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain (2008) realizaram um estudo com a finalidade de perceber se o conhecimento dos professores sobre a PHDA teria impacto nos comportamentos relatados e nas percepções dos mesmos sobre as crianças com esta patologia. Os resultados indicam que os professores que manifestam ter conhecimento sobre a perturbação, reportam ter comportamentos de ajuda e suporte para com esses alunos e percepções positivas relativamente aos benefícios de intervenções com recurso a medicação, modificações em sala de aula e em casa. No entanto, o grupo de professores com elevado nível de conhecimento perceciona também que as crianças com PHDA têm comportamentos disruptivos em sala de aula e reportam ainda ter uma baixa *Percepção de Competência* na gestão do comportamento destas crianças.

Adicionalmente, os professores com baixo nível de conhecimento referem que conseguem gerir os problemas dos alunos com PHDA sem recorrer a outros apoios, quando comparados com o grupo de professores com níveis de conhecimento mais altos, sendo que este último grupo tem tendência a procurar explicações e ajuda de outros profissionais para gerir eficazmente os comportamentos dos alunos com PHDA. Além disso, os autores concluíram que os professores com mais conhecimento se sentem menos confiantes do que os professores com menos conhecimento (Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008).

Também Alkahtani (2013) conduziu um estudo com o objetivo de caracterizar o nível de conhecimento dos professores sobre a patologia e com um segundo objetivo de analisar a relação (1) entre o nível de conhecimento e a experiência com diagnósticos de PHDA e a relação (2) entre o nível de conhecimento e o nível de confiança sentido pelos professores na leção de alunos com PHDA. Os principais resultados sugerem que existe uma correlação positiva entre o nível de conhecimento sobre a PHDA e a experiência e, relativamente ao objetivo (2), o autor concluiu que o nível de conhecimento sobre a PHDA está positivamente correlacionado com o nível de confiança sentido pelos professores na leção de alunos com diagnósticos desta natureza.

Frigerio, Montali & Marzocchi (2014), por seu turno, realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar as relações entre percepções, conhecimento, anos de experiência e recursos de informação de professores primários. Os resultados demonstram que o nível de conhecimento está positivamente correlacionado com algumas dimensões da percepção, nomeadamente a *disciplina* (que diz respeito à gestão do comportamento das crianças com PHDA), *epidemiologia* (que demonstra se os professores consideram que a PHDA é sob ou sobre diagnosticada) e as *consequências* da PHDA (a médio e longo prazo). Significa isto que os professores com mais conhecimento sobre a PHDA tendem a colocar menos ênfase na disciplina como parte da intervenção, a acreditar que a PHDA é subdiagnosticada e a pensar que as consequências a longo prazo serão evidentes em todos os estágios de desenvolvimento da criança com PHDA.

Relativamente ao *Tempo de Serviço*, os resultados deste estudo sugerem que os professores com mais experiência de leção têm tendência para considerar a PHDA uma patologia subdiagnosticada. Já no que diz respeito à informação detida pelos professores, segundo Frigerio, Montali & Marzocchi (2014), os professores que não têm informação, tendem a perceber a disciplina um fator importante na gestão do comportamento das

crianças com PHDA, quando comparados com os professores que têm informação especializada. Por outro lado, os professores que receberam informação especializada percebem que a PHDA é uma perturbação que não desaparece com o tempo, quando comparados com os professores que não têm informação ou cuja informação advém de programas televisivos ou da comunicação social.

Por último, ainda no âmbito da relação entre os conhecimentos dos professores sobre a patologia e a percepção que têm sobre a mesma, torna-se relevante descrever o estudo realizado por Mulholland, Cumming e Jung (2015), onde os autores procuraram caracterizar o conhecimento dos professores, relacionando-o com as atitudes que os mesmos têm perante os alunos com PHDA. Os principais resultados sugerem que os professores com *Experiência Prévia no Trabalho com Alunos com PHDA* e com maiores níveis de *Conhecimento* tendem a ser mais tolerantes com os alunos. Por outro lado, os autores concluíram ainda que à medida que os anos de serviço aumentam, menor a tolerância perante os comportamentos disruptivos associados à PHDA.

## CAPÍTULO II – Problemática

Os autores Ohan, Cormier, Hepp, Visser e Strain (2008) referem que, por existirem inúmeros estudos relacionados com a PHDA, existem premissas relacionadas com o conhecimento e com a perceção dos professores que parecem ser intuitivas. No entanto, a relação entre estes dois constructos, na ótica dos autores, é ainda pouco explorada na literatura sobre o tema.

No mesmo sentido, Kos (2004) e Mulholland, Cumming e Jung (2015), embora refiram que existem vários estudos sobre o conhecimento e sobre as atitudes dos professores acerca da patologia e perante as crianças com PHDA, é escassa a literatura que procura integrar e compreender a relação entre estas variáveis.

Uma vez que são geralmente os professores os profissionais que se apercebem dos problemas comportamentais das crianças com PHDA em contexto de sala de aula e que, por esse motivo, sugerem uma avaliação, os conhecimentos e perceções que têm sobre a perturbação, têm um impacto na forma como vão gerir os comportamentos dessas crianças (Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008).

Deste modo, o principal objetivo deste trabalho recai sobre o estudo da perceção dos professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico sobre a PHDA, na tentativa de clarificar e operacionalizar as perceções dos professores em três das sete dimensões definidas por Julie Kos (2004) e utilizadas também por Alvarez (2014) – permitindo, deste modo, averiguar quais as perceções dos professores relativamente: à *Falta de Controlo* (FC), *Perceção de Competência* (PC) e *Influências na Gestão* (IG).

A par disso, caracterizar o nível de conhecimento dos professores sobre a PHDA é também um dos objetivos do presente estudo, bem como verificar a relação entre os níveis de conhecimento e as diferentes dimensões da perceção.

O terceiro e último objetivo do estudo consiste em averiguar a influência das variáveis sociodemográficas na perceção dos professores, nomeadamente: o *Tempo de Serviço Docente*, a *Formação em PHDA* e a *Experiência Prévia no Trabalho com Alunos com PHDA*.

Face ao problema descrito, apresentam-se de seguida as hipóteses que explanam as relações entre as variáveis e que darão resposta aos objetivos definidos.

## Questão de Investigação e Hipóteses

**H1:** Espera-se que existam diferenças entre o nível de *Conhecimento* dos professores sobre a perturbação e as dimensões da perceção (*Falta de Controlo, Perceção de Competência e Influências na Gestão*).

Os autores Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain (2008) optaram por uma análise entre grupos, comparando as perceções dos professores com maiores níveis de conhecimento com as perceções dos professores com menores níveis de conhecimento.

Os principais resultados demonstram que os professores com baixo nível de conhecimento referem que conseguem gerir os problemas dos alunos com PHDA sem recorrer a outros apoios, quando comparados com o grupo de professores com níveis de conhecimento mais altos – grupo este que tem tendência a procurar explicações e ajuda de outros profissionais para gerir eficazmente os comportamentos dos alunos com PHDA.

Por outro lado, os autores concluíram que a perceção dos professores sobre o ambiente de sala de aula difere consoante o nível de conhecimento sobre a perturbação – referindo que o grupo de professores com maiores níveis de conhecimento percebe que as crianças com PHDA têm comportamentos disruptivos em sala de aula.

Já o estudo avançado por Mulholland, Cumming e Jung (2015) esclarece que professores com um elevado nível de conhecimento, tendem a ser mais tolerantes relativamente aos alunos com PHDA.

Por outro lado, os autores concluíram ainda que os professores com mais conhecimento percebem ser auto-eficazes, considerando ter mais habilidades para apoiar os alunos com PHDA (Mulholland, Cumming & Jung, 2015).

Num estudo de natureza correlacional, o autor concluiu que o nível de conhecimento dos professores estaria positivamente correlacionado com o nível de confiança sentido pelos professores na leção de alunos com PHDA (Alkahtani, 2013).

**H2:** Espera-se que existam diferenças entre a *Perceção de Competência* dos professores e o *Tempo de Serviço Docente*.

Alvarez (2014), no seu estudo, incluiu como variável independente o *Tempo de Serviço*, tendo concluído que esta variável influencia a perceção dos professores relativamente à dimensão *Perceção de Competência*.

A autora concluiu que os professores com um *Tempo de Serviço* entre 0 e 10 anos se sentem mais competentes para lidar com a problemática, quando comparados com os professores que têm entre 21 e 40 anos de serviço.

Num outro estudo realizado por Mulholland, Cumming e Jung (2015), os autores concluíram que à medida que a experiência dos professores aumenta (medida através do *Tempo de Serviço*), menor a tolerância relativamente aos comportamentos disruptivos das crianças com PHDA.

**H3:** Espera-se que existam diferenças entre a *Percepção de Competência* dos professores e a *Experiência Prévia dos Professores com Alunos com PHDA*.

Relativamente à relação entre as variáveis da H3, Baptista (2010) refere que os professores com experiência com alunos com PHDA sentem mais confiança e uma maior capacidade de adaptação às necessidades dos alunos com diagnósticos desta natureza, quando comparados com os professores sem essa experiência.

No mesmo sentido, os professores que tiveram *Experiência Prévia com Alunos com PHDA* são mais tolerantes com os alunos com diagnósticos desta natureza (Mullholland, Cumming & Jung, 2015).

Os resultados do estudo de Kos (2004) vão no mesmo sentido, uma vez que a autora concluiu que os professores que tiveram contacto prévio com alunos com PHDA se sentem mais confiantes no trabalho com esses alunos, quando comparados com professores que não tiveram essa experiência.

Por outro lado, os professores com experiência no trabalho com alunos com PHDA manifestam ter maior conhecimento sobre a perturbação, quando comparados com os professores sem experiência (Cariano, 2010).

Relativamente às mesmas variáveis, Alvarez (2014) concluiu que não existem diferenças entre o nível de conhecimento e a experiência com alunos com PHDA.

No mesmo sentido, os autores Alkahtani (2013) e Sciutto et al. (2015) referiram que há uma correlação positiva entre o contacto com crianças com PHDA e os níveis de conhecimento dos professores sobre a patologia, referindo que essa relação pode contribuir para sentimentos de maior confiança por parte dos professores no trabalho realizado com alunos com PHDA.

**H4:** Espera-se que existam diferenças entre os professores com e sem *Formação em PHDA* relativamente à *Percepção de Competência*.

Os resultados do estudo de Alvarez (2014) demonstram que os professores com formação em PHDA têm uma percepção da sua autocompetência diferente, quando comparados com os professores sem formação – sentindo-se, os primeiros, com maior capacidade para lidarem eficazmente com os alunos com diagnósticos de PHDA.

Já Fernández, Mínguez e Casas (2007) concluíram que existe uma correlação positiva entre o número de horas de formação específica em PHDA e a percepção de autoeficácia.

### **Questão de Investigação 1 (Q1)**

Será que existem diferenças entre os professores que lecionam alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico e os professores que lecionam alunos do 2º Ciclo do Ensino Básico, relativamente às três dimensões da percepção (*Falta de Controlo, Percepção de Competência e Influências na Gestão*)?

## CAPÍTULO III – Método

### **Design do estudo**

O presente estudo assume-se como sendo **comparativo**, uma vez que se pretende caracterizar as percepções que professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico têm sobre a PHDA, através da análise da comparação entre grupos de professores com maior ou menor *Tempo de Serviço Docente*, com ou sem *Formação em PHDA*, com ou sem *Experiência Prévia no Trabalho com Alunos com PHDA* e com maiores ou menores níveis de *Conhecimento* sobre a perturbação. Para Coutinho (2008) e Almeida e Freire (2008) este tipo de investigação baseia-se na comparação de dois ou mais grupos, utilizando a média das pontuações de cada um dos grupos.

### **Participantes**

Atendendo à problemática em estudo, a amostra é constituída por professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico e caracteriza-se por ser não probabilística, por conveniência.

Participaram neste estudo 109 professores, 88 do sexo feminino e 21 do sexo masculino, sendo que as idades dos participantes variam entre os 23 e os 65 anos (M=43,99; DP=9,48). Relativamente ao *Tempo de Serviço Docente* (em anos), este indicador oscila entre os 0 e os 41 anos (M=18,14; DP=10,014).

Relativamente ao Ciclo de Ensino lecionado, dos 109 professores, 73 lecionam alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico (67%), 25 professores lecionam alunos do 2º Ciclo do Ensino Básico (22,9%) e 11 professores lecionam ambos os Ciclos de Ensino (10,1%). Já no que respeita ao tipo de estabelecimento de ensino, 54 professores selecionaram a opção “Estabelecimento de Ensino Público” e 55 a opção “Estabelecimento de Ensino Privado”.

No que diz respeito às habilitações académicas dos participantes, 76 professores são licenciados (69,7%), 32 professores referiram ter mestrado (29,4%) e apenas 1 referiu ser doutorado (0,9%). Ainda no âmbito formativo, importa evidenciar que 34 professores reportaram ter *Formação em PHDA* (68,8%) e 75 mencionaram não ter (31,2%).

Por fim, fazer notar ainda que cerca de 82,6% dos professores referiram ter *Experiência no Trabalho com Alunos com PHDA* e apenas 17,4% referiram não ter essa experiência.

## **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados na recolha de dados foram três e encontram-se descritos de seguida.

### **a) Questionário Sociodemográfico**

Este questionário foi elaborado com o objetivo de caracterizar os participantes deste estudo. Para a elaboração do mesmo foram tidos em conta estudos anteriores sobre o *Conhecimento* e a *Perceção* dos professores acerca da PHDA (Alvarez, 2014; Lourenço, 2009; Oliveira, 2017; Sciutto et al., 2015) que incluíram variáveis sociodemográficas como o género, a idade, o *Tempo de Serviço Docente* (em anos), as habilitações académicas e as funções desempenhadas atualmente. Além das variáveis mencionadas, uma vez que a amostra do presente estudo será composta por professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico, foi incluída uma questão relativa ao ciclo(s) de ensino que o participante leciona, bem como uma outra questão relativamente à tipologia do estabelecimento de ensino onde leciona (público/privado).

### **b) Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA (QACP)**

O Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA (QACP) foi construído e validado por Oliveira (2017), no âmbito da sua tese de doutoramento subjacente à temática do conhecimento dos professores sobre a PHDA.

Para a presente investigação, foi utilizada a Parte II do referido questionário, parte essa composta por quinze questões acerca do conhecimento **geral** dos professores sobre diferentes aspetos da PHDA como a epidemiologia/etiologia; comorbilidades/problemas associados; sinalização, diagnóstico, encaminhamento; e intervenção.

Às quinze questões foram acrescentadas duas relativas à prevalência da PHDA por género – “16. A PHDA é mais comum nos rapazes do que nas raparigas” e “17. A PHDA é igualmente comum nos rapazes e nas raparigas”. Estas questões foram incluídas no questionário para que fosse utilizada apenas uma escala de resposta e para que fossem exploradas de forma mais detalhada as questões relativas às diferenças de género, no que à prevalência diz respeito.

Foi ainda integrada uma questão de escolha múltipla relativa à percepção dos professores sobre quem deve ser responsável pela realização do diagnóstico de PHDA, com cinco opções de resposta (“Professor”, “Psicólogo”, “Professor de Ensino Especial”, “Médico” ou “Outro”). Esta questão foi uma questão contemplada noutros estudos (e.g. Lourenço, 2009; Oliveira, 2017; Simão, 2013) e, por ser uma das variáveis da presente investigação, foi integrada neste questionário.

Assim, o questionário adaptado para a presente investigação ficou com um total de 18 itens, 17 dos quais com uma escala de resposta tipo *likert* e um item com uma escala de resposta de escolha múltipla.

Relativamente à escala original, foi feita uma adaptação na escala de resposta, de modo a obter uma análise mais precisa e detalhada do grau de concordância com cada afirmação. Assim, ao invés da escala de resposta ser composta por itens com formato “Verdadeiro”, “Falso” e “Não sei”, optou-se pela utilização de uma escala tipo *likert* com quatro categorias de classificação, de acordo com o grau de concordância – em que 1 corresponde a “Discordo Totalmente”, 2 a “Discordo”, 3 a “Concordo” e 4 a “Concordo Totalmente”. A utilização desta escala de resposta permitirá evitar a tendência para a escolha de uma categoria central (Marôco, 2017).

Relativamente às propriedades psicométricas deste instrumento, a consistência interna desta medida, para este estudo, foi avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach*, verificando-se uma fraca fiabilidade ( $\alpha=.38$ ) (Marôco, 2017). Destaca-se, no entanto, que para Davis (1994, cit. por Daniel, Silva & Ferreira, 2015), para amostras acima de 50 participantes, podem ser aceites valores do alfa de *Cronbach* abaixo de .5.

A consistência interna do mesmo poderia ser aumentada ( $\alpha=.59$ ) excluindo os itens 2, 16 e 13. No entanto, optou-se pela manutenção dos 17 itens, uma vez que a alteração da escala de resposta pode estar na origem da fraca confiabilidade deste instrumento e, uma vez retirados esses itens, o valor do alfa de *Chronbach* continuaria a sugerir que o instrumento apresenta fragilidades, aproximando-se do nível considerado “aceitável” ( $\alpha=.60$ ) por Marôco (2017).

De referir ainda que no estudo de Oliveira (2017), a medida de consistência interna, avaliada pelo cálculo do alfa de *Chonbach*, na Parte II do questionário (conhecimento acerca da informação geral/mitos) apresentou um valor de  $\alpha=.61$ .

### c) Questionário de *Percepções sobre a PHDA*

O questionário escolhido para avaliar as percepções dos professores acerca da PHDA foi originalmente elaborado por Kos (2004) e adaptado para a população portuguesa por Alvarez (2014).

Este instrumento é composto por 31 itens, que se organizam em 7 dimensões – *Falta de Controlo* (FC), *Efeitos Negativos em Sala de Aula* (EM), *Legitimação do Diagnóstico* (LD), *Percepção de Competência* (PC), *Influências na Gestão* (IG), *Expectativas* (E) e *Controlo Externo* (CE), sendo que a descrição de cada uma das dimensões consta na Tabela 1.

Tabela 1

*Descrição de cada uma das dimensões do Questionário de Percepções sobre a PHDA, retirado e adaptado de Kos (2004)*

Dimensões	Descrição
<i>Falta de Controlo</i>	Indica se os professores percecionam ter pouco controlo sobre a gestão comportamental das crianças com PHDA e se consideram que as crianças com esta perturbação conseguem controlar o seu próprio comportamento
<i>Efeitos Negativos em Sala de Aula</i>	Percepção dos professores sobre a forma como o comportamento das crianças com PHDA afeta o ambiente de sala de aula
<i>Legitimação do Diagnóstico</i>	Indica se os professores aceitam os diagnósticos de PHDA
<i>Percepção de Competência</i>	Demonstra se os professores percecionam ter competências e instrumentos para gerir os comportamentos dos alunos com diagnósticos de PHDA

*continuação...*

...continuação

<i>Influências na Gestão</i>	Indica se os professores consideram que as suas práticas podem ser influenciadas por crenças/diretrizes por parte dos pais ou de outros elementos da comunidade
<i>Expectativas</i>	Indica as expetativas dos professores relativamente aos alunos com PHDA
<i>Controlo Externo</i>	Indica a forma como os professores percecionam que os agentes externos (e.g. medicação e políticas) podem facilitar a intervenção com os alunos com PHDA

---

Já as informações sobre a que dimensão pertence cada um dos itens e o exemplo de um dos itens de cada dimensão são informações que constam na Tabela 2.

Tabela 2

*Itens de cada dimensão*

Dimensão	Itens	Exemplo de um item
<i>Falta de Controlo</i>	11, 14, 18, 19, 20, 21, 23, 24 e 25	18. “As crianças com PHDA poderiam controlar o seu comportamento se realmente o desejassem”
<i>Efeitos Negativos em Sala de Aula</i>	8, 13, 15 e 16	8. “Ter uma criança com PHDA na minha sala de aula interfere negativamente com o meu ensino”
<i>Legitimação do Diagnóstico</i>	1, 2, 4 e 7	1. “A PHDA é um diagnóstico válido”
<i>Perceção de Competência</i>	9, 26, 27 e 28	26. “Tenho os instrumentos necessários para lidar com crianças com PHDA na sala de aula”

*continuação...*

...continuação

<i>Influências na Gestão</i>	29, 30 e 31	29. “A minha escola deve ter diretrizes que regulem a forma como lidar com crianças com PHDA”
<i>Expectativas</i>	6, 10 e 17	6. “As crianças pequenas com diagnóstico de PHDA devem ser educadas de forma mais permissiva do que as mais velhas”
<i>Controlo Externo</i>	5 e 22	5. “Todas as crianças com PHDA deveriam ser sujeitas a tratamento farmacológico”

---

Os itens organizam-se numa escala de resposta tipo *likert*, com 11 opções de resposta, de 0 a 10 pontos, sendo que o 0 corresponde a “Discordo Totalmente” e o 10 a “Concordo Plenamente”.

Através de um procedimento qualitativo, Alvarez (2014) reagrupou os itens de cada dimensão de uma forma diferente do agrupamento feito por Kos (2004) e inverteu a pontuação dos itens 2, 4, 9, 13, 18, 19, 21, 23, 24, 25 e 28.

A cotação da escala é obtida através do cálculo da média e do desvio padrão para cada um dos 32 itens e, posteriormente, para cada uma das dimensões. Assim, um *score* médio entre 4.5 e 5.5 pontos indica que os professores têm uma posição neutra relativamente a determinado item, um *score* entre 0 e 4.4 indica um grau de concordância baixo e um *score* que varie entre 5.6 e 10 sugere um valor alto relativamente à concordância dos participantes com as afirmações (Alvarez, 2014).

### **Análise de conteúdo e das propriedades psicométricas do instrumento**

Inicialmente, foi feita a análise fatorial exploratória desta escala, por recurso à análise das componentes principais e à rotação *varimax*, por recurso ao software estatístico SPSS (Statistical Program for Social Sciences).

Com base nos resultados desta primeira análise, verificou-se que seria necessária uma análise de conteúdo dos itens, a fim de verificar se os itens pertencentes a cada dimensão eram congruentes com a descrição apresentada por Kos (2004). Assim, conclui-se que na dimensão *Perceção de Competência* (PC) seriam mantidos os itens 26, 27 e 28; na dimensão *Falta de Controlo* (FC), os itens 14, 18, 21 e 23 foram incluídos, tal como proposto por Kos

(2004) e foi acrescentado o item 19, ficando esta dimensão com a mesma disposição apresentada na adaptação portuguesa da escala, realizada por Alvarez (2014). Por último, a dimensão *Influências na Gestão* [IG] integra os itens 24, 30 e 31, tal como proposto em ambos os estudos (Alvarez, 2014; Kos, 2004).

Seguidamente, ainda por recurso à análise de conteúdo, concluiu-se que a pontuação do item 28 deveria ser invertida, de modo a ficar escrita no mesmo sentido dos restantes itens pertencentes à dimensão PC.

Assim, obteve-se a seguinte matriz fatorial:

Tabela 3

*Matriz fatorial dos itens da escala de percepção*

Itens	Fatores		
	Falta de Controlo (FC)	Perceção de Competência (PC)	Influências na Gestão (IG)
FC_14	.557		
FC_18	.823		
FC_19	.703		
FC_21	.661		
FC_23	.808		
PC_26		.828	
PC_27		.845	
PC_28		.706	
IG_29			.648
IG_30			.767
IG_31			.744

Concluída a reagrupação dos itens, procedeu-se à análise da medida de consistência interna por recurso à utilização do alfa de *Cronbach* (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Feita a análise fatorial e calculados os alfas de *Cronbach*, o questionário ficou com um total de 11 itens, distribuídos em três dimensões, como podemos observar pela análise da Tabela 4.

Tabela 4

*Distribuição de itens por dimensão e coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) para as três dimensões*

Dimensão	Itens	Alfa de Cronbach
<i>Falta de Controlo</i> (FC)	14, 18, 19, 21 e 23	.755
<i>Perceção de Competência</i> (PC)	26, 27 e 28	.748
<i>Influências na Gestão</i> (IG)	29, 30 e 31	.597

Através da análise dos valores dos alfas de *Cronbach*, é possível concluir que as dimensões *Falta de Controlo* e *Perceção de Competência* apresentam uma boa consistência interna (Marôco, 2017). Por sua vez, a dimensão *Influências na Gestão* apresenta uma fraca consistência interna, segundo Marôco (2017).

Existem, no entanto, outros autores que consideram que este indicador só é considerado inaceitável abaixo de .5 (Frías-Navarro, 2019; Pestana & Gageiro, 2008). Por esse motivo, a dimensão IG foi integrada na análise dos resultados, embora a mesma deva ser realizada com alguma prudência.

### **Procedimentos de recolha de dados**

Em dezembro de 2019 foi submetido o requerimento para a Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, no site da Direção-Geral da Educação (DGE).

Uma vez aprovado, foram contactadas as direções de agrupamentos de escolas públicas e privadas dos distritos de Lisboa e Guarda. Estabelecido esse contacto, foram entregues os questionários aos diretores das escolas em questão, acompanhados do pedido de autorização para o preenchimento de questionários pelos docentes das escolas (ver Anexo 2) e do formulário de consentimento (ver Anexo 3).

Num segundo momento, os membros responsáveis de cada escola distribuíram os inquéritos pelos professores, tendo ficado estipulado que passadas duas a três semanas os inquéritos seriam recolhidos.

Através do contacto estabelecido com a direção das diferentes escolas, de um total de 251 questionários entregues, foram devolvidos 53. Por esse motivo e de modo a recolher o máximo de respostas possível, houve a necessidade de converter os questionários para um

formato digital, sendo as restantes 56 respostas obtidas após a divulgação dos inquéritos via *Google Forms*.

### **Procedimentos estatísticos**

Primeiramente, de forma a ser testada a primeira hipótese em estudo, ou seja, analisar possíveis diferenças significativas entre as perceções dos professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico nas dimensões *Falta de Controlo*, *Perceção de Competência* e *Influências na Gestão* e os diferentes níveis do *Conhecimento sobre a PHDA* deve recorrer-se a um teste paramétrico para duas ou mais amostras independentes, mais especificamente, o teste *Anova One-Way*, para cada uma das dimensões (*Falta de Controlo*, *Perceção de Competência* e, *Influências na Gestão*).

Caso algum dos seus pressupostos seja violado, irá ser utilizado o seu teste alternativo, neste caso, o teste não paramétrico para duas ou mais amostras independentes, o *Kruskal-Wallis*, para cada uma das três dimensões da perceção.

De forma a distinguir os diferentes níveis de conhecimento dos professores, foram calculados os quartis desta variável, a partir do *score* total da escala: Q1= até 38 pontos; Q2= 38 a 41 pontos; Q3= 41 a 43 pontos; Q4= acima dos 43 pontos, tendo-se considerado, para a análise dos resultados, os extremos (o Q1, que corresponde a um baixo nível de conhecimento sobre a perturbação e o Q4, que corresponde a um alto nível de conhecimento sobre a perturbação).

Para a segunda hipótese em estudo, ou seja, analisar possíveis desconformidades significativas nos diferentes *Tempos de Serviço* dos professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico, ao nível da dimensão *Perceção de Competência*, deve, também, recorrer-se ao teste *Anova One-Way*. À semelhança do já referido, este teste estatístico só é o mais adequado para testar esta hipótese caso os seus pressupostos sejam validados. Caso algum destes falhar, será utilizado o teste *Kruskal-Wallis*, para testar esta hipótese.

À semelhança do procedimento utilizado para a variável conhecimento, também para a estratificação desta variável foram calculados os quartis: Q1= até 11 anos de serviço; Q2= de 11 a 17 anos de serviço; Q3= 17 a 23 anos de serviço; Q4= acima dos 23 anos de serviço.

A *Anova One-Way* é um teste paramétrico que compara duas ou mais médias populacionais a partir de duas ou mais amostras independentes e é considerado válido

quando os seus pressupostos (variável dependente quantitativa; amostras independentes; variável dependente com distribuição normal; existência de homogeneidade de variâncias) são previamente cumpridos (Marôco, 2017).

Em seguida, de maneira a ser testada a terceira hipótese em estudo, ou seja, verificar possíveis diferenças significativas na dimensão *Perceção de Competência* relativamente à *Experiência Prévia dos Professores* do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico com alunos com esta perturbação, deve-se recorrer a um teste paramétrico para apenas duas amostras independentes, mais especificamente, o teste *T-Student* para amostras independentes. Se algum dos seus diversos pressupostos for violado, recorrer-se-á ao teste não paramétrico para apenas duas amostras independentes, o teste *Wilcoxon Mann-Whitney*.

De maneira a testar a quarta hipótese em estudo, ou seja, testar possíveis diferenças significativas entre os professores com ou sem formação em PHDA, ao nível da *Perceção de Competência* dos mesmos, deve ser utilizado, também, o teste *T-Student* para amostras independentes, isto caso todos os seus pressupostos sejam validados. Caso contrário, o seu teste alternativo, *Wilcoxon Mann-Whitney*, será o teste mais adequado para verificar esta hipótese.

Por fim, de forma a testar-se a última hipótese em estudo, ou seja, as possíveis diferenças significativas entre os professores do 1º Ciclo e professores do 2º Ciclo, ao nível das dimensões *Perceção de Competência*, *Falta de Controlo* e *Influências na Gestão*, deve ser utilizado o teste *T-Student* para amostras independentes, para cada dimensão, caso todos os seus pressupostos sejam validados, se não, o seu teste alternativo, *Wilcoxon Mann-Whitney*, será o teste mais adequado para verificar esta hipótese.

O *T-Student* é um teste paramétrico destinado à comparação de médias populacionais através de uma ou duas amostras independentes e é utilizado (adequadamente) quando os seus pressupostos (variável dependente quantitativa; amostras independentes; variável dependente com distribuição normal; existência de homogeneidade de variâncias) são validados *à priori* (Marôco, 2017).

Por fim, fazer notar que todas as análises serão realizadas através do software *IBM SPSS - Statistical Program for Social Sciences v.26*, utilizando níveis de significância de  $\leq 0,05$ .

## CAPÍTULO IV – Resultados

Com o objetivo de aferir diferenças ao nível da percepção dos professores nas dimensões *Falta de Controlo*, *Percepção de Competência* e *Influências na Gestão*, de acordo com os diferentes níveis de *Conhecimento* dos professores sobre a PHDA, compararam-se, primeiramente, estes últimos, relativamente à *Falta de Controlo*, posteriormente à *Percepção de Competência* e, por fim, às *Influências na Gestão*, através do teste paramétrico *Anova One-Way*, uma vez que todos os seus pressupostos foram validados, em cada uma das dimensões da escala de percepção.

Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas nos diferentes níveis de *Conhecimento* dos professores sobre a PHDA relativamente à dimensão *Falta de Controlo* ( $F(3,105)=6.249$ ;  $p=.001$ ;  $\eta^2_p=0.151$ ), sugerindo que os professores com maior nível de *Conhecimento* sobre a PHDA, percecionam uma maior *Falta de Controlo* ( $M=2.56$ ,  $DP=1.44$ ), quando comparados com os professores com um menor nível de *Conhecimento* da PHDA ( $M= 1.50$ ;  $DP=1.12$ ).

De igual modo, os resultados indicam um efeito significativo dos diferentes níveis de *Conhecimento* dos professores sobre a PHDA relativamente à *Percepção de Competência* ( $F(3,105)=3.136$ ;  $p=.029$ ;  $\eta^2_p=0.082$ ), o que sugere que os professores com um maior nível de conhecimento sobre a PHDA, percecionam uma menor *Competência* ( $M= 4.40$ ;  $DP=2.23$ ) comparativamente com os professores com um menor nível de *Conhecimento* ( $M= 5.76$ ;  $DP=1.66$ ).

Por fim, os resultados sugerem ainda os valores da dimensão *Influências na Gestão* foram ligeiramente superiores nos professores com um maior nível de *Conhecimento* ( $M= 5.54$ ;  $DP=2.35$ ) em comparação com os professores com um menor nível de *Conhecimento* ( $M= 4.91$ ;  $DP=2.07$ ), contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Com o objetivo de testar possíveis diferenças estatisticamente significativas ao nível da *Percepção de Competência* nos diferentes quartis definidos para a variável *Tempo de Serviço Docente*, foi realizado um teste paramétrico *Anova One-Way*, visto que todos os seus pressupostos foram validados.

Os resultados indicam a não existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente ao *Tempo de Serviço Docente*.

Seguidamente, com o intuito de verificar possíveis diferenças ao nível da *Percepção de Competência* entre professores com ou sem *Experiência Prévia com Alunos com PHDA*,

foi realizado um teste paramétrico *T-Student*, uma vez que todos os seus pressupostos foram validados.

Os resultados demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da *Percepção de Competência* entre os dois grupos de professores ( $t(107)=2.031$ ;  $p=.045$ ;  $d=0.51$ ), o que sugere que os professores que referiram ter *Experiência Prévia com Alunos com PHDA* percebem uma maior *Competência* ( $M= 5.24$ ;  $DP=2.02$ ), em comparação com os professores sem *Experiência Prévia com Alunos com PHDA* ( $M=4.23$ ;  $DP=1.75$ ).

Relativamente à Hipótese 4, com o propósito de testar diferenças estatisticamente significativas ao nível da *Percepção de Competência* entre professores com ou sem *Formação em PHDA*, recorreu-se ao teste paramétrico *T-Student*, visto que todos os seus pressupostos foram confirmados.

Os resultados sugerem que os professores com *Formação em PHDA* percebem ligeiramente uma maior *Competência* ( $M=5.43$ ;  $DP=2.30$ ) em comparação com os professores sem *Formação em PHDA* ( $M=4.90$ ;  $DP=1.86$ ). Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Com o objetivo final de testar diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões *Falta de Controlo*, *Percepção de Competência* e *Influências na Gestão*, nos professores que lecionam diferentes ciclos (1º Ciclo vs. 2º Ciclo), compararam-se, primeiramente, estes últimos relativamente à *Falta de Controlo*, posteriormente à *Percepção de Competência* e, por fim, às *Influências na Gestão*, por recurso ao teste paramétrico *T-Student*, visto todos os seus pressupostos foram validados, em cada uma dessas dimensões.

Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos de professores que lecionam diferentes ciclos (1º Ciclo vs. 2º Ciclo), sobre a dimensão *Falta de Controlo* ( $t(96)=-2.971$ ;  $p=.004$ ;  $d=0.67$ ), sugerindo que os professores que lecionam o 2º Ciclo percebem uma maior *Falta de Controlo* ( $M=2.60$ ,  $DP=1.41$ ) do que os professores que lecionam o 1º Ciclo ( $M= 1.70$ ;  $DP=1.27$ ).

Por sua vez, os resultados apontam para a não existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos de professores que lecionam diferentes ciclos (1º Ciclo vs. 2º Ciclo), relativamente à dimensão *Percepção de Competência*.

Por fim, os resultados sugerem ainda que o valor obtido na dimensão *Influências na Gestão* foi ligeiramente superior no grupo de professores que lecionam o 2º Ciclo ( $M= 5.80$ ;  $DP=1.89$ ), quando comparado com o grupo de professores que leciona o 1º Ciclo ( $M= 5.18$ ;  $DP=2.16$ ), contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

### Outros resultados complementares ao estudo

Relativamente à percepção dos professores sobre quem deve ser responsável pelo diagnóstico de PHDA, pela análise das respostas dos participantes do presente estudo conclui-se que a maior percentagem de respostas recai sobre a opção “Psicólogo e Médico” (22,9%), seguindo-se a opção “Professor, Psicólogo, Professor de Ensino Especial e Médico” com 17,5% das respostas e a opção “Psicólogo” como a terceira opção de resposta mais frequente, representando 13,8% do total de respostas.

Um último dado a que importa fazer referência diz respeito ao facto de a opção “Psicólogo” ter sido escolhida por 90 professores (82,6%), *per si* (13,8%) ou combinada com outras opções de resposta (65,1%), tal como é possível constatar pela análise da Tabela 5.

Tabela 5

*Frequência de respostas na questão relativa à percepção dos professores sobre quem deve ser responsável pelo diagnóstico de PHDA*

Percepção dos professores sobre quem deve ser responsável pelo diagnóstico de PHDA	Frequência	Percentagem
Psicólogo e Médico	25	22,9%
Professor, Psicólogo, Professor de Ensino Especial e Médico	19	17,5%
Psicólogo	15	13,8%
Médico	9	8,3%
Psicólogo, Professor de Ensino Especial e Médico	8	7,3%
Psicólogo e Professor de Ensino Especial	7	6,4%
Professor e Psicólogo	5	4,6%

*continuação...*

...continuação

Professor, Psicólogo e Professor de Ensino Especial	5	4,6%
Professor, Psicólogo, Professor de Ensino Especial e Outro (Pais)	4	3,7%
Professor	3	2,8%
Professor de Ensino Especial	2	1,8%
Professor, Professor de Ensino Especial e Médico	2	1,8%
Professor e Médico	1	0,9%
Professor, Psicólogo e Médico	1	0,9%
Professor e Professor de Ensino Especial	1	0,9%
Médico e Outro (Neuropediatra)	1	0,9%
Professor e Outro (Neuropediatra)	1	0,9%
Total	109	100%

Relativamente à questão referente aos fatores que, na percepção dos professores, podem influenciar a melhoria do trabalho realizado com os alunos com PHDA, conclui-se que 9 participantes consideraram que não existem outros fatores que condicionam a qualidade do trabalho realizado com alunos com PHDA (8,6%). Os restantes 100 participantes (91,4%) consideraram que existem outros fatores, com as combinações de respostas apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6

*Frequência de respostas à questão 33*

Fatores que condicionam a qualidade do trabalho com os alunos com PHDA	Frequência	Porcentagem
Experiência com alunos com PHDA e Família	23	23%
Experiência com alunos com PHDA	22	22%
Tempo de Serviço, Experiência com alunos com PHDA e Família	15	15%
Experiência com alunos com PHDA, Família e Outros	13	13%
Tempo de Serviço e Experiência com alunos com PHDA	9	9%
Outros	5	5%
Tempo de Serviço, Experiência com alunos com PHDA, Família e Outros	5	5%
Experiência com alunos com PHDA	4	4%

*continuação...*

*...continuação*

Família	3	3%
Tempo de Serviço, Família e Outros	1	1%
Total	100	100%

## CAPÍTULO V – Discussão dos Resultados

Nesta secção apresenta-se a análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos na presente investigação.

Primeiramente, realça-se o contributo da presente investigação para o estudo da percepção dos professores sobre a PHDA, considerando-se uma mais valia o facto de ter sido utilizado um *design* comparativo – elemento diferenciador face aos restantes estudos que, na sua generalidade, utilizaram uma metodologia de carácter correlacional (Alkahtani, 2013; Fernández, Mínguez & Casas, 2007; Mulholland, Cumming & Jung, 2015).

Relativamente às hipóteses em estudo, surge agora a apresentação das mesmas, seguida dos aspetos mais significativos dos resultados obtidos, interpretados à luz dos estudos existentes sobre cada uma das variáveis.

Como referido na secção dos instrumentos do Capítulo III (Método), a medida de consistência interna do *Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA* (QACP) (Oliveira, 2017), avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach*, apresenta um valor de  $\alpha=.38$ . Pelo facto desta medida apresentar uma fraca fiabilidade, os resultados relativos à primeira hipótese (**H1**) devem ser analisados com prudência, evitando generalizações. Como tal, a interpretação e análise dos resultados da H1 tem por detrás este pressuposto.

Assim, concretamente sobre a HI, “Espera-se que existam diferenças entre o nível de conhecimento dos professores sobre a perturbação e as dimensões da percepção – *Falta de Controlo, Percepção de Competência e Influências na Gestão*”, dos resultados obtidos conclui-se que os professores com mais conhecimento sobre a PHDA percebem ter menos controlo sobre o comportamento das crianças, quando comparados com os professores com menos conhecimento.

Por terem conhecimento sobre a patologia, os professores reconhecem que existem vários fatores que podem condicionar a gestão comportamental dos alunos com PHDA. Como tal, podem atribuir maior importância a fatores externos, percebendo que, eles próprios, têm menos controlo sobre os comportamentos das crianças com PHDA, fazendo depender essa percepção de controlo de fatores como a medicação, por exemplo (Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strai, 2008). Por outro lado, segundo Ohan, Cormier, Hepp, Visser e Strai (2008), os professores com mais conhecimento têm tendência a procurar ajuda de outros profissionais para gerir os comportamentos das crianças com PHDA, reconhecendo a articulação com outros profissionais como um fator importante na procura de respostas que podem contribuir para o aumento da sua confiança no trabalho desenvolvido com estes

alunos. Da interpretação dos resultados do presente estudo, concluímos que a percepção de controlo pode também ser sentida pelos professores como dependente de orientações de profissionais externos.

Os resultados aqui obtidos vão então de encontro às evidências encontradas por Ohan, Cormier, Hepp, Visser e Strai (2008), uma vez que os autores sugerem que os professores com conhecimento sobre a patologia percebem que as crianças com PHDA têm comportamentos disruptivos em sala de aula, reconhecendo os benefícios de intervenções com recurso a medicação e de estratégias a adotar em sala de aula e em casa.

Assim, a percepção dos professores sobre a *Falta de Controlo* pode resultar, por um lado, do conhecimento dos mesmos sobre a perturbação, mas, por outro, de aspetos relacionados com formas de intervenção. Nesse sentido, os autores Snider, Busch e Arrowood (2003) referem que os professores consideram que quando os alunos com PHDA estão medicados, a gestão de sala de aula é mais fácil.

De ressaltar ainda que a autora Alvarez (2014) refere, no seu estudo, que os resultados que integram a dimensão *Falta de Controlo* podem ser fortemente condicionados pela desajustabilidade social, pela eventual dificuldade que os professores podem sentir ao reconhecerem que têm pouco controlo sobre as crianças com PHDA, ou até por não conseguirem autoavaliar o próprio controlo da sala de aula. Como tal, a percepção de menor controlo por parte dos professores com mais conhecimento sobre a patologia pode, eventualmente, dever-se a estes fatores.

Relativamente a esta dimensão, parece-nos seguro afirmar que o controlo percebido pelos professores relativamente à gestão do comportamento dos alunos em contexto de sala de aula tem uma importância considerável no que respeita à obtenção de condições favoráveis no processo de ensino-aprendizagem (Antunes, Silva & Afonso, 2014; Veiga, 2013). Por esse motivo, existem fatores que podem facilitar essa gestão, conduzindo a uma percepção de maior controlo, como, por exemplo, a organização e disposição da sala de aula ou o número de alunos por turma (Cebola, 2013).

Por outro lado, ainda pela análise dos resultados relativos à H1, concluímos que os professores com maior nível de conhecimento sobre a PHDA percebem ter uma menor competência, quando comparados com os professores com um menor nível de conhecimento. De acordo com a conceptualização de Kos (2004), tal pode ser sugerir que os professores com mais conhecimento têm uma menor *Percepção de Competência*, considerando terem poucos instrumentos para gerir os comportamentos dos alunos com diagnósticos de PHDA.

Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Ohan, Cormier, Hepp, Visser e Strain (2008), uma vez que os autores concluíram que os professores com mais conhecimento se sentem menos confiantes na leção de alunos com PHDA.

Analisados os resultados da presente investigação, julgamos poder afirmar que, tal como referido na discussão dos resultados relativos à dimensão *Falta de Controlo*, os professores com mais conhecimento podem considerar que a competência percebida sobre o seu trabalho não é exclusivamente da sua responsabilidade, existindo atribuições externas que nos levam a crer que a disponibilização de instrumentos é considerada, pelos professores, um fator externo que exerce influência sobre a forma como podem gerir os comportamentos dos alunos com PHDA. Assim sendo, o facto de os professores terem mais conhecimento sobre a patologia pode também ser indicador de que sabem que existem outros fatores e instrumentos que podem condicionar o trabalho realizado com os alunos. Esta ideia é evidenciada na literatura sobre o tema, nomeadamente por Barros (2014), onde a autora refere que o número de alunos por turma, a clarificação de regras de comportamento e a partilha de uma planificação das tarefas a realizar com os alunos com PHDA são exemplos de fatores que podem influenciar o trabalho dos professores com estas crianças.

Já Fernández, Mínguez e Casas (2007), num estudo sobre a relação entre as mesmas variáveis, concluíram que há uma correlação positiva entre o conhecimento dos professores sobre a PHDA e a perceção de autoeficácia. Conclui-se, então, que os resultados deste estudo não vão de encontro aos encontrados pelos autores, embora se deva ter alguma prudência na análise destes, uma vez que são estudos com *designs* de investigação distintos.

No que concerne à variável *Tempo de Serviço Docente*, contemplada na **H2**: “Espera-se que existam diferenças entre a *Perceção de Competência* dos professores e o *Tempo de Serviço Docente*”, os resultados obtidos neste estudo não foram corroborados pelos obtidos no estudo de Alvarez (2014), uma vez que, ao contrário do evidenciado pela autora, não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de professores com mais e menos *Tempo de Serviço* relativamente à *Perceção de Competência*.

Kos (2004) concluiu que existe uma correlação positiva entre a *Perceção de Competência* e os anos de experiência, inferência que também não foi confirmada pelos resultados do presente estudo.

Os mesmos também não vão de encontro aos obtidos por Mulholland, Cumming & Jung (2015), uma vez que os autores concluíram que à medida que os anos de serviço aumentam, menor a tolerância perante os comportamentos disruptivos associados à PHDA.

Embora autores como Arends (1995, cit. por Valente, 2015) refiram que os professores em início de carreira se sintam mais seguros na forma como gerem a sala de aula, existem outros que sugerem que o papel da experiência profissional não é relevante na forma como o professor atua em sala de aula (Shen, Zhang, Zhang, Caldarella, Richardson & Shatzer, 2009).

Assim, os resultados do presente estudo vão de encontro às evidências apresentadas por Shen, Zhang, Zhang, Caldarella, Richardson e Shatzer (2009), uma vez que não se verificou a existência de diferenças significativas entre o *Tempo de Serviço Docente* e a *Percepção de Competência* dos professores.

Sobre a H3, “Espera-se que existam diferenças entre a percepção dos professores na dimensão *Percepção de Competência* e a *Experiência Prévia com Alunos com PHDA*”, os resultados obtidos sugerem que os professores que referiram ter essa experiência percebem uma maior competência, quando comparados com o grupo de professores sem *Experiência Prévia no Trabalho com Alunos com PHDA*. Analisados os resultados, concluímos que são congruentes com os obtidos por Baptista (2010) e por Kos (2004), uma vez que em ambos os estudos as autoras referem que os professores com experiência com alunos com PHDA sentem mais confiança e uma maior capacidade de adaptação às necessidades dos alunos com diagnósticos desta natureza, quando comparados com os professores sem essa experiência.

Já Sciutto et al. (2015) concluíram que existe uma relação positiva entre o contacto com crianças com PHDA e os níveis de conhecimento dos professores sobre a PHDA, sugerindo que essa relação pode contribuir para sentimentos de maior confiança na gestão de comportamentos e na adaptação de estratégias educativas.

Relativamente à H4, “Espera-se que existam diferenças entre os professores com e sem *Formação em PHDA* relativamente à *Percepção de Competência*”, os resultados obtidos na presente investigação não foram de encontro aos apresentados nos estudos de Alvarez (2014) e Fernández, Mínguez e Casas (2007). Relativamente ao primeiro, a autora concluiu que os professores com formação em PHDA se sentem mais capacitados para lidar com alunos diagnosticados com esta perturbação, no entanto os resultados aqui obtidos sugerem a inexistência de diferenças significativas entre os dois grupos de professores (com e sem formação em PHDA). Relativamente ao segundo, os autores concluíram que existe uma correlação positiva entre a formação dos professores sobre PHDA e a autoeficácia percebida, o que significa que quanto mais horas de formação específica sobre a patologia, maior a percepção de autoeficácia. Estes resultados, embora advenham de estudo com um *design*

correlacional, também não confirmam os resultados obtidos nesta investigação, uma vez que, como já referido, não existiram diferenças entre os grupos de professores com e sem formação relativamente à *Perceção de Competência*. Tal pode justificar-se pelo facto de a amostra de professores sem formação ser substancialmente inferior à amostra de professores com formação.

Como última ideia relativa à relação existente entre as variáveis do presente estudo, gostaríamos de sublinhar a sua interdependência, ou seja, a complementaridade existente entre as diferentes variáveis, onde, por exemplo, as evidências sobre a relação entre o conhecimento e a dimensão *Falta de Controlo* ajudaram a compreender a relação entre o conhecimento e a *Perceção de Competência*, embora, na sua génese estas duas dimensões remetam para conceptualizações únicas, não podem ser indissociáveis. Por outro lado, essa interdependência verifica-se ainda pelo facto de a própria variável conhecimento poder ser modulada pelas variáveis sociodemográficas a que nos propusemos estudar, concretamente, por existirem evidências relativas ao facto de o conhecimento dos professores sobre a patologia advir do contacto e experiência com alunos com estes diagnósticos (Lawrence, Estrada & McCormick, 2017) ou, naturalmente, pela realização de formações sobre a PHDA, que fomentará o conhecimento dos mesmos sobre a patologia.

Atendendo agora à Questão de Investigação 1, não foram encontrados estudos que fundamentem os resultados obtidos na presente investigação. Ainda assim, existem inferências que julgamos poder fazer com base em estudos que avaliaram a relação entre o ciclo de ensino lecionado pelos professores e o conhecimento dos mesmos sobre a patologia. Cariano (2010), no seu estudo, concluiu que os professores do 1º Ciclo do Ensino Básico, em média, acertaram um maior número de respostas no questionário relativo ao conhecimento, quando comparados com os professores do 2º Ciclo. Já Lourenço (2009) refere os sintomas de desatenção são apontados pelos professores do 1º e do 2º Ciclos como sendo os mais problemáticos no quotidiano escolar.

Embora nenhum destes estudos tenha incluído a conceptualização da *perceção* da forma que a procuramos explorar na presente investigação, parece-nos pertinente refletir sobre a ideia enunciada por Cariano (2010) sobre as características que, do ponto de vista dos professores, mais contribuem para a suspeita de PHDA. Neste ponto, a autora concluiu que a Hiperatividade é a causa apontada pelos professores como sendo a com maior relevância para a sinalização de eventuais diagnósticos. Significa isto que, uma vez que a dimensão *Falta de Controlo* remete para a percepção dos professores sobre a gestão do

comportamento das crianças com PHDA, pode relacionar-se de forma mais estreita com a apresentação do tipo predominantemente hiperativo.

Relativamente a estes resultados, importa ainda referir que o facto de os professores que lecionam alunos do 2º Ciclo percecionarem uma maior *Falta de Controlo* do que os professores que lecionam alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico, pode dever-se às implicações dos regimes de mono e pluridocência. Neste âmbito, Magalhães (2007, cit. por Cebola, 2013) refere que o regime de monodocência permite melhorias no contexto pedagógico, ajustes de métodos de trabalho e um conhecimento mais aprofundado dos alunos. Por outro lado, as vantagens do regime de pluridocência assentam na partilha de experiências e saberes entre professores.

Assim sendo, seria expectável que os professores do 2º Ciclo percecionassem uma maior *Falta de Controlo*, quando comparados com os professores do 1º Ciclo, uma vez que o tempo que passam com os alunos é menor, sendo os tempos e as áreas de organização do trabalho curricular necessariamente diferentes.

No subcapítulo relativo aos resultados complementares ao estudo, no que respeita à perceção dos professores sobre que profissionais devem ser responsáveis pelo diagnóstico da PHDA, conclui-se que a maior percentagem de respostas recai sobre a opção “Psicólogo e Médico” (22,9%), seguindo-se a opção “Professor, Psicólogo, Professor de Ensino Especial e Médico” com uma percentagem de respostas correspondente a 17,5%. Não obstante, a opção “Psicólogo” foi selecionada por 82,6% dos participantes, com uma distribuição de 13,8% que a selecionaram exclusivamente e 65,1%, que selecionaram a opção “Psicólogo”, combinada com outras. Estes resultados são congruentes com os obtidos por Lourenço (2009), onde 87% dos participantes referiu ser o Psicólogo o profissional responsável pelo diagnóstico e 61% referiu ser o Médico. Resultados semelhantes foram obtidos por Santos (2012), com 20% dos professores do 1º e 2º Ciclos a selecionar a opção “Psicólogo” e 16,7% a selecionar a opção “Psicólogo e Professor de Ensino Especial”.

No presente estudo, a grande variabilidade de respostas a esta questão pode justificar-se pela perceção dos professores ir ao encontro do apresentado na literatura relativamente ao diagnóstico de PHDA, que preferencialmente deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar, contemplando os comportamentos da criança nos diferentes contextos relatados pelos pais, professores e psicólogos escolares (Cordinhã & Boavida, 2008). Ainda assim, parece existir alguma inconsistência sobre que profissionais integram essa equipa e alguma confusão sobre quem detém a responsabilidade de um diagnóstico.

Tratando-se de uma perturbação com base neurológica (Nascimento & Ferreira, 2014), embora os professores tenham um papel fundamental na sinalização e na avaliação de suspeitas diagnósticas de PHDA, não são os responsáveis pelo diagnóstico uma vez que o mesmo é, essencialmente, clínico, devendo ser realizado por médicos de diversas especialidades (psiquiatras, neurologistas, neuropediatras, pedopsiquiatras e pediatras) (Cordinhã & Boavida; Casteluber, 2018).

Nesse sentido, há autores que defendem que um diagnóstico eficaz deve ter em conta a avaliação psicológica, a avaliação neurológica e a avaliação escolar (Casteluber, 2018).

Relativamente à questão sobre a existência de outros fatores que condicionam a qualidade do trabalho realizado com os alunos com PHDA, dos 100 participantes que consideram existirem outros fatores, entre as opções com maior frequência de resposta destaca-se a seleção das opções “Experiência com alunos com PHDA” e “Família” (23%). Estes resultados são corroborados por Alvarez (2014), uma vez que na mesma questão a autora concluiu que a “Experiência com alunos com PHDA” e a “Família” foram os fatores com maiores percentagens de resposta por parte dos professores (49 e 21,6%, respetivamente).

## Limitações e sugestões para futuros estudos

Como principal limitação deste estudo, destaca-se a fraca confiabilidade da maior parte das dimensões da escala de percepção, que pode dever-se ao facto de a tradução e adaptação da escala para a população portuguesa apresentar algumas fragilidades. Este facto acabou por condicionar os resultados do presente estudo, uma vez que foram contempladas apenas três das sete dimensões, consideradas com uma consistência interna aceitável (pela análise do alfa de *Cronbach*), de acordo com Marôco (2017).

Por outro lado, também o questionário de conhecimento apresenta algumas limitações no que respeita à medida de consistência interna, levando a que os resultados da Hipótese 1 sejam pouco fiáveis e devam ser analisados com prudência, impedindo a generalização dos resultados a outras populações.

As limitações referidas podem dever-se, por um lado, à alteração da escala de resposta (de um formato de verdadeiro/falso/não sei, para uma escala de resposta do tipo *likert*, com 4 opções de resposta) e, por outro, à já fraca confiabilidade obtida na amostra do estudo de Oliveira (2017).

Uma outra limitação está relacionada com a formulação das questões de escolha múltipla, que poderá ter condicionado as respostas dos participantes e, por sua vez, a análise dos resultados, uma vez que tanto a questão 2 do *Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA*, como a questão 33 do Questionário de Percepção, foram formuladas no plural e deveriam ter sido formuladas, respetivamente, da seguinte forma: “Na sua opinião, que profissional(ais) deve(m) realizar o diagnóstico de PHDA?” e “Considera que existe(m) outro(s) fator(es) que condiciona(m) a qualidade do trabalho realizado com alunos com PHDA? Se respondeu sim, qual(ais)?”. Como referido, a formulação destas questões enviesou a resposta dos participantes, levando a que os mesmos assumissem que existiriam várias opções de resposta a assinalar, justificando a enorme variabilidade de combinações encontradas. Ainda assim, apesar de ser uma limitação, considerámos pertinente incluir as respostas a estas duas questões.

De fazer notar ainda que este estudo beneficiaria se a dimensão da amostra fosse maior. Por um lado, para garantir uma maior representatividade da população de professores e, por outro, para atenuar a discrepância populacional entre os grupos que, entre si, são díspares em termos amostrais (nomeadamente na variável *Experiência Prévia com Alunos com PHDA*, em que 90 participantes referiram ter experiência e apenas 19 referiram não ter), uma vez que este critério pode condicionar a existência de diferenças estatisticamente

significativas. Ainda assim, importa referir que seria expectável que o número de respostas relativas ao ter experiência com alunos com PHDA fosse superior ao número de respostas relativas a essa não experiência, uma vez que diagnósticos de PHDA são dos mais prevalentes em contexto educativo (Barkley, 2006; Cordinhã & Boavida, 2008; Neto, 2014).

De forma a enriquecer e complementar os resultados obtidos no presente estudo, seria interessante ter sido incluída uma questão relativa às funções desempenhadas por professores do ensino regular versus professores de ensino especial, no sentido de perceber quais as diferenças entre as perceções destes profissionais relativamente às crianças com PHDA.

Por outro lado, seria ainda pertinente se fossem realizados estudos com uma abordagem mista, com recurso a instrumentos quantitativos e qualitativos, no sentido de perceber, de forma mais detalhada, quais as conceptualizações dos professores sobre esta problemática.

Por fim, sugere-se ainda o estudo da perceção dos professores consoante a tipologia do diagnóstico (tipo misto, predominantemente hiperativo ou predominantemente desatento), na tentativa de averiguar quais os principais desafios sentidos pelos professores, de acordo com as características de cada uma das tipologias da perturbação.

## Referências

- Afonso, S. (2014). O que é a PHDA. In A. S. Neto (2ª ed.), *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 17-20). Lisboa: Verso de Kapa.
- Alkahtani, K. D. F. (2013). Teachers' knowledge and misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology*, 4(12), 963-969. doi: 10.4236/psych.2013.412139
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia da educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Al-Moghamsi, E., & Aljohani, A. (2018). Elementary school teachers' knowledge of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Medicine and Primary Care*, 7(5), 907-915. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe\_183\_18
- Alvarez, A. R. (2014). *Conhecimento, atitudes e crenças dos professores sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior João de Deus).
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, R. (2014). Implicações na escola. In A. S. Neto (2ª ed.), *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 49-52). Lisboa: Verso de Kapa.
- Antunes, R., Silva, F., & Afonso, S. (2014). In A. S. Neto (2ª ed.), *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 53-81). Lisboa: Verso de Kapa.
- Bakare, M. (2012). Attention deficit hyperactivity symptoms and disorder (ADHD) among African children: a review of epidemiology and co-morbidities. *African Journal of Psychiatry*, 15(5), 358-361. doi: 10.4314/ajpsy.v15i5.45

- Baptista, M. G. (2010). *Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto escolar: estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º Ciclo* (Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Motricidade Humana).
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3ª ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2004). Attention-Deficity/Hyperactivity Disorder and Self-Regulation Taking an evolutionary perspective on executive functioning. In Kathleen D. V. & Roy, F. B. (ed), *Handbook of Self-regulation: Research, Theory and Applications* (pp. 201-323). New York: Guilford Press.
- Baumgaertel, A. (1999). Alternative and controversial treatments for attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 977-992. doi: 10.1016/s0031-3955(05)70167-x
- Camisão, I. F. F. (2005). *Percepção dos professores do ensino básico acerca da inclusão educativa de alunos com necessidades educativas especiais*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/941>
- Cariano, A. M. A. (2010). *Conhecimentos, percepções e práticas dos professores de Ensino Básico face à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção* (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.6/2540>
- Carita, A. (1992). *Interação professor-aluno em situação de conflito. Representações mobilizadas pelo professor* (Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.12/390>
- Casteluber, M. A. (2018). *A gestão escolar na sinalização do aluno com suspeita de Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção (PHDA)* (Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10284/6847>

- Cebola, A. I. (2013). *O contributo do trabalho interdisciplinar na aprendizagem dos alunos do 3º ano: reflexão sobre a prática pedagógica no 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.8/1784>
- Catherine, T., Robert, N., Mala, K., Kanniammal, C., & Arullapan, J. (2019). Assessment of prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among schoolchildren in selected schools. *Indian Journal of Psychiatric*, 61, 232-237. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_333\_17
- Cruz, E., & Brito, C. (2016). Quais são as técnicas comportamentalistas que os docentes consideram mais eficazes nas crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção? *Revista Educação Especial*, 29(54), 13-26. doi: 10.5902/1984686X17523
- Coelho, J., Melo, C., Rocha, F., Santos, S., Barros, S., & Martins, C. (2014). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: casuística de um centro secundário. *Nascer e Crescer, Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 23(4), 195-200.
- Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(5), 577-589. doi: 10.32385/rpmgf.v24i5.10548
- Coutinho, C. P. (2008). Estudos correlacionais em educação: potencialidades e limitações. *Psicologia Educação e Cultura*, 7(1), 143-169. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/8549>
- Daniel, F., Silva, A., & Ferreira, P. (2015). Contributo para a discussão da avaliação da fiabilidade de um instrumento de medição, 7, 129-137. doi: 10.12707/RIV15003
- Danielson, M., Bitsko, R., Ghandour, R., Holbrook, J., Kogan, M., & Blumberg, S. (2016). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2). doi: 10.1080/15374416.2017.1417860

- DuPaul, G., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: The Guilford Press.
- Einarsdottir, J. (2008). Teaching children with ADHD: Icelandic early childhood teachers' perspectives. *Early Child Development and Care*, 178(4), 375-397. doi: 10.1080/03004430701321696
- Faraone, S., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L., Mick, E., & Doyle, A. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry*, 48(1), 9-20. doi: 10.1016/s0006-3223(00)00889-1
- Fernández, S., Mínguez, R., & Casas, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 19(4), 585-590.
- Ferreira, J. C. (2014). Perspetiva histórica da PHDA. In A. S. Neto (2ª ed.), *Hiperatividade e Défice de Atenção* (pp. 21-25). Lisboa: Verso de Kapa.
- Flanigan, L., & Climie, E. (2018). Teachers' knowledge of ADHD: review and recommendations. *Emerging Perspectives*, 2(1), 1-13.
- Frías-Navarro (2019). *Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia, Espanha. Recuperado de <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Frigerio, A., Montali, L., & Marzocchi, M. (2014). Italian teachers' knowledge and perception of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *International Journal of School & Educational Psychology*, 2, 126-136. doi: 10.1080/21683603.2013.878677
- Fonseca, C. E. (2015). *Perceções e práticas dos professores do ensino básico face aos alunos com PHDA* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Educativas do Douro). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/24962>
- Graetz, B., Sawyer, M., & Baghurst, P. (2005). Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *Journal of the American Academy of Child and*

*Adolescent Psychiatry*, 44(2), 159-168. doi: 10.1097/00004583-20050200000008

Graham, J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R., Dopfner, M., Hamilton, R., Hollis, C., Holtmann, M., Hulpke-Wette, M., Lecendreux, M., Rosental, E., Rothenberger, A., Santosh, P., Sergeant, J., Simonoff, E., Sonuga-Barke, E., Wong, I., Zuddas, A., Steinhausen, H., Taylor, E. (2011). European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 17-37. doi: 10.1007/s00787-0100140-6

Hepperlen, T. M., Clay, D. L., Henly, G. A., Barké, C. R., Hepperlen, T. M., & Clay, D. L. (2002). Measuring teacher attitudes and expectations toward students with ADHD: Development of the Test of Knowledge About ADHD (KADD). *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 133–142. doi:10.1177/108705470200500301

Huss, M., Holling, H., Kurth, B., & Schlack, R. (2008). How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 52-59. doi: 10.1007/s00787-008-1006-z

Hunt, J. I. (2018). Prevalence of ADHD and predictors of stimulant and antipsychotic medications. *The Brown University – Child & Adolescent Psychopharmacology*, 20(3). doi: 10.1002/cpu.30279

Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(9), 563-567. doi: 10.1177/070674379403900909.

Kehoe, J. (1995). Basic item analysis for multiple-choice tests. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 4(10). doi: 10.7275/07zg-h235

- Kidd, P. M. (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children: Rationale for its integrative management. *Alternative Medicine Review*, 4, 402-428.
- Kos, J. M. (2004). *Primary school teachers' knowledge, attitudes and behaviours toward children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (Tese de Doutoramento, RMIT University).
- Kos, J. M. (2008). *What do teachers know, think and intend to do about ADHD?* Paper presented to the European Conference on Educational Research.
- Kos, J., Richdale, A., & Hay, D. (2006). Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 147-160. doi: 10.1080/10349120600716125
- Kosub, D. (2003). Diet may help combat ADHD, study shows. *Medical Post*, 39, 19.
- Lawrence, K., Estrada, R. D., & McCormick, J. (2017). Teachers' experiences with and perceptions of students with Attention Deficit/hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 141–148. doi:10.1016/j.pedn.2017.06.010
- Lecendreux, M., Konofal, E., & Faraone, S. (2011). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and associated features among children in France. *Journal of Attention Disorders*, 15(6), 516-524. doi: 10.1177/1087054710372491
- Lopes, D. H. (2016). *A importância, os conhecimentos e as estratégias dos docentes do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico face à PHDA* (Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Educação e Ciências).
- Lourenço, M. I. (2009). *Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto escolar: estudo comparativo das perceções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.5/1443>

- Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J., & Li, X. (2019). A review of heterogeneity in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Frontiers in human neuroscience*, 13, 42. doi:10.3389/fnhum.2019.00042
- Malouf, D. B., & Schiller, E. P. (1995). Practice and research in special education. *Exceptional Children*, 61(5), 414-424. doi: 10.1177/001440299506100502
- Marques, M., Matias, J., Machado, R., Duarte, A., Fonseca, M., & Monteiro, J. (2018). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em idade pediátrica: Papel dos cuidados de saúde primários. *Gazeta Médica*, 5(1), 28-36.
- Marôco, J. (2017). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Menin, M. S., Shimizu, A. M., & Lima, C. M. (2009). A teoria das representações sociais nos estudos sobre representações de professores. *Cadernos de pesquisa*, 39, 549-576. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742009000200011>
- Mulholland, S. M., Cumming, T. M. & Jung, J. Y. (2015). Teacher attitudes towards students who exhibit ADHD-type behaviours. *Australasian Journal of Special Education*, 39(1), 15-36. doi: 10.1017/jse.2014.18
- Nascimento, C. & Ferreira, J. C. (2014). Etiologia: Porque se tem PHDA. In A. S. Neto, *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª ed.) (pp. 26-29). Lisboa: Verso de Kapa
- Nassif, V., Hanashiro, D., & Torres, R. (2010). Fatores que influenciam na perceção das competências para o exercício da docência. *Revista Brasileira de Educação*, 15(44), 364-412. doi: 10.1590/S1413-24782010000200012
- Neto, A. S. (2014). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª ed.). Lisboa: Verso de Kapa.
- Novais, R. (2014). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA): Excesso de diagnóstico? *Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 40-41. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.10/1389>

- Ohan, J., Cormier, N., Hepp, S., Visser, T., & Strain, M. (2008). Does knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23(3), 436-449. doi: 10.1037/10453830.23.3.436
- Oliveira, L. C. (2017). *A Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção (PHDA): Do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1º ciclo do ensino básico* (Tese de Doutoramento, Universidade do Minho). Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/48671>
- Oliveira, L., Pereira, M., Serrano, A., & Medeiros, T. (2017). PHDA em contexto escolar: Comorbilidades e problemas de desempenho associados. *Revista E-Psi*, 7(1), 77-100.
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2015). PHDA: O que há de novo no DSM-5? *Revista portuguesa de pedagogia*, 2(1), 75-94.
- Padilla, A., Cuartas, D., Henao, L., Arroyo, E., & Flórez, J. (2018). Conocimientos sobre TDHA de los docentes de primaria de colegios públicos de Sabaneta Antioquia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(3), 165-169. doi: 10.1016/j.rcp.2017.04.002
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Polanczyk, G., Willcutt, E., Salum, G., Kieling, C., & Rohde, L. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442. doi: 10.1093/ije/dyt261
- Santos, P. A. R. (2012). *Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e impacto em professores do ensino básico* (Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa).
- Sargento, J. (2016). Hiperatividade/ Défice de Atenção: um olhar psicodinâmico. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7, 1-2.

- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2017). ADHD in children and younger people: Prevalence, care pathways & service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30167-0
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD – Review of existing evidence. *Current Psychiatry Reports*, 19(1). doi: 10.1007/s11920-017-0753-2
- Sciutto, M., Terjesen, M., & Frank, A. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *Psychology in the schools*, 37(2), 115-122. doi: 10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<115::AID\_PITS3>3.0.CO;25
- Sciutto, M., Terjesen, M., Michalová, A., Schmiedeler, S., Antonopoulou, K., Shaker, N., Lee, J., & Alkahtani, K. (2015). Cross-national comparisons of teachers' knowledge and misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 5(1). doi: 10.1037/ipp0000045
- Shen, J., Zhang, N., Zhang, C., Caldarella, P., Richardson, M., & Shatzer, R. (2009). Chinese elementary school teachers' perceptions of students' classroom behaviour problems. *Educational Psychology*, 29(2), 187-201. doi: 10.1080/01443410802654909
- Simão, S. A. (2013). *Os conhecimentos, percepções e estratégias dos docentes do 1º e 3º Ciclos do Ensino Básico face à PHDA* (Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa).
- Snider, V., Busch, T., & Arrowood, L. (2003). Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD. *Remedial and Special Education*, 24(3), 46-56. doi: 10.1177/074193250302400105
- Stecht, P. (2018). *Hiperatividade e Défice de Atenção*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Taanila, A., Ebeling, H., Tiihala, M., Kaakinen, M., Moilanen, I., Hurtig, T., & Yliherva, A. (2014). Association between childhood specific learning difficulties and school

- performance in adolescents with and without ADHD symptoms: A 16-year follow up. *Journal of Attention Disorders*, 18(1), 61-72. doi: 10.1177/1087054712446813
- Tegtmejer, T. (2019). ADHD as a classroom diagnosis. An exploratory study of teachers' strategies for addressing' ADHD classroom behaviour', *Emotional and Behavioural Difficulties*, 24(3), 239-253. doi: 10.1080/13632752.2019.1609271
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), 995-1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482
- Ullebo, A., Posserud, M., Heiervang, E., Obel, C., & Gillberg, C. (2012). Prevalence of the ADHD phenotype in 7-to 9-year-old children: effects of informant, gender and non-participation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), 763-769. doi: 10.1007/s00127-011-0379-3
- Valente, S. F. R. (2015). *Gestão de sala de aula: um estudo com professores do 1º ciclo* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/18326>
- Veiga, F. H. (2013). *Psicologia da educação - Teoria, investigação e aplicação. Envolvimento dos alunos na escola*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Xu, G., Stratheam, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty-year trends in diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA Network Open* 1(4), e181471. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.1471
- Zee, M., Bree, E., Hakvoort, B., & Koomen, H. (2020). Exploring relationships between teachers and students with diagnosed disabilities: A multi-informant approach. *Journal of Applied Development Psychology*, 66. doi: 10.1016/j.appdev.2019.101101

## Anexos

### Anexo 1 – Critérios segundo o DSM-5 (APA, 2014) para o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção.

A. Padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento, caracterizada por (1) e/ou (2):

**1. Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas que persistem há, pelo menos, seis meses, de uma forma que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem influência direta nas atividades sociais e ocupacionais/acadêmicas.

**Nota:** para adolescentes mais velhos e adultos (> 17 anos), apenas são necessários quatro sintomas. Os sintomas não são devido a comportamentos de oposição, provocação, hostilidade ou a uma falha na compreensão das tarefas ou instruções.

- a. Frequentemente, não dá importância aos detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos de casa, no emprego, ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou ignora detalhes, o trabalho é vago);
- b. Frequentemente, tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., tem dificuldade em permanecer atento durante a leitura, conversas ou em ler textos longos);
- c. Frequentemente, parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra (p. ex., parece estar a pensar noutra assunto, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia);
- d. Frequentemente, não segue instruções (p. ex., inicia a tarefa, mas rapidamente perde o foco e é facilmente distraído, não consegue terminar o trabalho de casa, tarefas domésticas ou tarefas no emprego);
- e. Frequentemente, tem dificuldade em organizar tarefas e atividades (p. ex., tem dificuldade em gerir sequências de tarefas e em manter materiais e pertences em ordem; o trabalho é confuso e desorganizado; a administração do tempo é má e tende a deixar de cumprir prazos);
- f. Caracteristicamente, evita, parece não gostar, ou é relutante em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental continuado (como trabalhos na escola ou em casa, ou, para adolescentes mais velhos e adultos, elaboração de relatórios, preencher formulários, ou rever trabalhos longos);
- g. Frequentemente perde objetos necessários para as tarefas ou atividades (p. ex., trabalhos de casa, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos ou telemóveis);
- h. Distrai-se facilmente por via de estímulos irrelevantes e alheios à tarefa (para adolescentes mais velhos e adultos pode incluir alheamento);
- i. É frequentemente desleixado em atividades diárias, tarefas e recados em execução (para adolescentes mais velhos e adultos, em responder a chamadas, pagar contas, e manter compromissos).

**2. Hiperatividade e Impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas que persistem há, pelo menos, seis meses para um grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem influência direta nas atividades sociais e ocupacionais/acadêmicas.

**Nota:** para adolescentes mais velhos e adultos (> 17 anos), são necessários pelo menos cinco sintomas. Os sintomas não são devido a comportamentos de oposição, provocação, hostilidade ou a uma falha na compreensão das tarefas ou instruções.

- j. Frequentemente, está irrequieto (ou bate as mãos ou pés, ou mexe-se na cadeira, ...);
  - k. Frequentemente, está desassossegado durante as atividades, enquanto outros estão sentados (pode levantar-se do seu lugar na sala de aula, no escritório ou outro local de trabalho, ou noutros contextos onde seja necessário permanecer sentado);
  - l. Frequentemente, corre ou pendura-se na mobília e mexe-se excessivamente em situações inapropriadas. Em adolescentes ou adultos, pode estar calmo ou confinado por curtos períodos de tempo (limitando-se a sentir-se inquieto);
  - m. Frequentemente, é excessivamente barulhento e fala alto durante brincadeiras, lazer ou atividades sociais, tem dificuldade em brincar ou realizar tarefas de forma calma e silenciosa;
  - n. Frequentemente, está sempre em movimento, agindo como se estivesse ligado a um motor. Está desconfortável quando quieto por um longo período, como em restaurantes, reuniões, etc. É visto pelos outros como agitado e difícil de acompanhar;
  - o. Com frequência, fala excessivamente;
  - p. Frequentemente, dá uma resposta precipitada antes que a pergunta tenha terminado. Adolescentes mais velhos e adultos poderão completar as frases de outros e antecipam a sua vez durante as conversas;
  - q. Tem dificuldade em esperar pela sua vez ou esperar na fila;
  - r. Por vezes, interrompe os outros (com frequência intromete-se em conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar material de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; adolescentes ou adultos podem intrometer-se ou assumir o controle do que outros estejam a fazer).
- B. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes antes dos doze anos.
- C. Os sintomas ocorrem em dois ou mais contextos (por exemplo: em casa, na escola ou emprego, com amigos ou familiares, ou em outras atividades).
- D. Devem existir provas de que os sintomas interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante surtos de esquizofrenia ou outro episódio psicótico, e não são melhor explicados por outra doença mental (por exemplo perturbação de humor, perturbação da ansiedade, perturbação dissociativa, perturbação da personalidade, abuso de substâncias ou sintomas de abstinência).

*Especificar quando:*

**Subtipo combinado:** se ambos os critérios A1 (desatenção) e A2 (hiperatividade-impulsividade) estão presentes nos 6 meses prévios ao diagnóstico.

**Subtipo Predominantemente Desatento:** Se o Critério A1 (desatenção) está presente, mas o Critério A2 (Hiperatividade-Impulsividade) não se verifica nos 6 meses prévios ao diagnóstico.

**Subtipo Predominantemente Hiperativo/Impulsivo:** Se o Critério A2 (Hiperatividade-Impulsividade) está presente, mas o Critério A1 (desatenção) não se verifica nos 6 meses prévios ao diagnóstico.

*Especificar se:*

**Em remissão parcial:** quando todos os critérios foram previamente cumpridos, mas menos do que aqueles que se observaram nos últimos 6 meses, e os sintomas continuam a comprometer o funcionamento social, académico ou ocupacional.

*Especificar a gravidade atual:*

**Ligeira:** Presença de poucos, ou mesmo nenhum, sintomas para além dos necessários ao diagnóstico; compromisso social ou ocupacional ligeiro.

**Moderada:** Sintomas e compromisso funcional entre o “ligeiro” e o “grave”.

**Grave:** muitos sintomas presentes para além dos necessários ao diagnóstico, ou vários sintomas com particular gravidade ou ainda a presença de um compromisso marcado do funcionamento social ou ocupacional.

**Anexo 2** – Pedido de autorização entregue à direção das escolas

Exmo(a). Senhor(a) Diretor(a)

...

**Assunto:** Pedido de autorização para preenchimento de questionários pelos docentes da escola ...

Eu, Catarina Valido Moreira, aluna do Mestrado Integrado em Psicologia, área educacional, no ISPA – Instituto Universitário, venho solicitar autorização a Vossa Ex.<sup>a</sup>, para que os professores do 1º e 2º Ciclos das Escolas pertencentes ao Agrupamento ... preencham três questionários, que são parte integrante do projeto de investigação que estou a realizar.

Estes questionários inserem-se na realização da parte experimental de um trabalho de investigação intitulado “*Representações de professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico relativamente à Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)*”, no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Educacional.

Pretende-se com este estudo analisar o conhecimento e perceções que os professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico têm relativamente à PHDA.

Salienta-se que todos os dados recolhidos serão **confidenciais** e para **uso exclusivo do estudo**.

Com os melhores cumprimentos e elevada consideração,

A aluna:

\_\_\_\_\_  
(Catarina Valido Moreira)

Tomei conhecimento e autorizo

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O diretor:

\_\_\_\_\_

### Anexo 3 – Formulário de consentimento

#### Formulário de Consentimento

A aluna Catarina Valido Moreira, atualmente a frequentar o 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia no ISPA - Instituto Universitário, sob orientação do Professor Doutor José Morgado, está a realizar um estudo intitulado *As representações de professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico acerca da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)*, que tem como objetivo caracterizar e compreender quais as representações dos professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico sobre a referida problemática.

Neste formulário de consentimento queremos reforçar a ideia de que a participação no estudo é voluntária, podendo os participantes desistir a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Há uma garantia formal de sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes – significa isto que não serão identificados, em qualquer parte do trabalho, nomes dos estabelecimentos de ensino onde os dados serão recolhidos, nem informações que permitam identificar os participantes do estudo.

Por último, deixar a nota de que as respostas recolhidas através dos inquéritos por questionário serão usadas apenas para fins de investigação.

Para qualquer esclarecimento, contactar através do endereço de e-mail [24362@alunos.ispa.pt](mailto:24362@alunos.ispa.pt)

A aluna/ investigadora

Catarina Valido Moreira

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### **Anexo 4 – Questionário Sociodemográfico**

As respostas aos questionários que se seguem integrar-se-ão numa investigação desenvolvida no âmbito da frequência do Mestrado Integrado em Psicologia, área educacional, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA - Instituto Universitário), cujo objetivo é analisar e caracterizar as representações de professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico, acerca da **Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)**.

Os questionários não são testes, pelo que não existem respostas certas ou erradas.

A sua contribuição é de grande importância, por favor procure ser o mais exato possível.

O anonimato e a confidencialidade são garantidos.

Responda aos questionários seguindo as indicações presentes no início de cada um.

Muito obrigada pela sua colaboração.

#### **1. Dados sociodemográficos**

*Este questionário tem como objetivo caracterizar os participantes deste estudo. Preencha, por favor, todos os campos.*

**Género:** Feminino  Masculino

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Tempo de serviço docente (em anos):** \_\_\_\_\_

**Habilitações académicas:**

Licenciatura  Mestrado  Doutoramento  Outra  Qual? \_\_\_\_\_

**Ciclo(s) de ensino que leciona:** \_\_\_\_\_

**Funções desempenhadas atualmente:** \_\_\_\_\_

**Tem experiência no trabalho com alunos com PHDA?** Sim  Não

**Já realizou alguma formação relacionada com a temática da PHDA?** Sim  Não

**Anexo 5** – Questionário de Avaliação do Conhecimento da PHDA (QACP), adaptado de Oliveira (2017)

1. As seguintes afirmações remetem para o conhecimento geral sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA). Assinale **com uma cruz (X)** o seu nível de concordância, de acordo com os níveis “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Concordo” ou “Concordo totalmente”.

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. É possível um adulto ser diagnosticado com PHDA.				
2. A PHDA não é uma verdadeira perturbação clínica.				
3. A maioria das crianças com PHDA evidencia fraco rendimento académico nos primeiros anos escolares.				
4. Não existe “cura” para a PHDA, procura-se apenas mantê-la dentro de limites que não se declarem gravosos para a pessoa, bem como para aqueles que com ela convivem.				
5. A PHDA só afeta rapazes.				
6. Alguns dos sintomas da PHDA são frequentemente vistos em crianças sem este diagnóstico, provenientes de ambientes familiares destruídos.				
7. Uma criança que não seja excessivamente ativa ou malcomportada não pode ter PHDA.				
8. Formação para pais e professores na educação de crianças com PHDA são normalmente eficazes quando combinadas com o tratamento farmacológico.				
9. A PHDA é o resultado da má educação dada pelos pais.				

10. Há características físicas específicas que podem ser identificadas pelos médicos (por exemplo, os pediatras) para a realização de um diagnóstico definitivo de PHDA.				
11. O conhecimento atual acerca da PHDA sugere dois grupos de sintomas: um de déficit de atenção e outro que consiste na hiperatividade/impulsividade.				
12. Esta perturbação desaparece com a idade.				
13. As crianças com PHDA tratadas com medicamentos tornam-se dependentes de substâncias químicas na idade adulta.				
14. A PHDA é mais comum em crianças com parentes em primeiro grau com este diagnóstico (p.e. pai e mãe), do que na população em geral.				
15. A PHDA é mais comum nos rapazes do que nas raparigas.				
16. A PHDA é igualmente comum nos rapazes e nas raparigas.				
17. Existem três subtipos associados à PHDA: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo misto.				

2. Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico de PHDA?

[Assinale com uma cruz (X)]

Professor	
Psicólogo	
Professor de Ensino Especial	
Médico	
Outro? – especifique quem	

**Anexo 6** – Questionário de concepções sobre a PHDA, adaptado de Alvarez (2014)

Este questionário tem como objetivo caracterizar as percepções dos professores relativamente à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Numa escala de 0 a 10, indique o seu grau de concordância a respeito das afirmações que se encontram na lista abaixo. Para isso, **coloque uma cruz (X)** no algarismo que considera que melhor representa a sua opinião e grau de acordo com a mesma. A graduação é crescente e, como tal, o nível 0 refere-se a “Discordo Totalmente”, enquanto que o nível 10 representa “Concordo Plenamente”. Exemplo:

Ex:	Gosto de lecionar aos meus alunos	Discordo totalmente	0	1	2	x3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo plenamente
1.	A PHDA é um diagnóstico válido.	Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo plenamente
2.	A PHDA é uma desculpa para o mau comportamento da criança.	Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo plenamente
3.	A PHDA é diagnosticada de forma exagerada nas crianças.	Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo plenamente
4.	A PHDA é uma perturbação comportamental que não deveria ser tratada com medicação.	Discordo totalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Concordo plenamente

5. Todas as crianças com PHDA deveriam ser sujeitas a um tratamento farmacológico.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Medicamentos como o Rubifen® e Ritalina® deveriam ser utilizados como último recurso.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. A PHDA é um problema educacionalmente legítimo.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Ter uma criança com uma PHDA na minha sala interferiria negativamente com o meu ensino.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Sentir-me-ia frustrado se tivesse que ensinar uma criança com PHDA

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. As crianças pequenas com diagnóstico de PHDA devem ser educadas de forma mais permissiva do que as mais velhas.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. As crianças com PHDA devem ser ensinadas por professores de ensino especial.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12. Preferiria ensinar uma criança irrequieta do que desatenta.
- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Discordo totalmente | Concordo plenamente |
| 0                   | 10                  |
| 1                   | 9                   |
| 2                   | 8                   |
| 3                   | 7                   |
| 4                   | 6                   |
| 5                   | 5                   |
| 6                   | 4                   |
| 7                   | 3                   |
| 8                   | 2                   |
| 9                   | 1                   |
13. A maioria das crianças com PHDA não perturbam muito a sala de aula.
- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Discordo totalmente | Concordo plenamente |
| 0                   | 10                  |
| 1                   | 9                   |
| 2                   | 8                   |
| 3                   | 7                   |
| 4                   | 6                   |
| 5                   | 5                   |
| 6                   | 4                   |
| 7                   | 3                   |
| 8                   | 2                   |
| 9                   | 1                   |
14. As crianças com PHDA não deveriam estar inseridas no ensino regular.
- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Discordo totalmente | Concordo plenamente |
| 0                   | 10                  |
| 1                   | 9                   |
| 2                   | 8                   |
| 3                   | 7                   |
| 4                   | 6                   |
| 5                   | 5                   |
| 6                   | 4                   |
| 7                   | 3                   |
| 8                   | 2                   |
| 9                   | 1                   |
15. O tempo extra que os professores dedicam às crianças com PHDA é sempre “à custa” do tempo dedicado aos estudantes sem PHDA.
- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Discordo totalmente | Concordo plenamente |
| 0                   | 10                  |
| 1                   | 9                   |
| 2                   | 8                   |
| 3                   | 7                   |
| 4                   | 6                   |
| 5                   | 5                   |
| 6                   | 4                   |
| 7                   | 3                   |
| 8                   | 2                   |
| 9                   | 1                   |
16. Os outros estudantes não aprendem como deveriam por terem alunos com PHDA na mesma sala de aula.
- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Discordo totalmente | Concordo plenamente |
| 0                   | 10                  |
| 1                   | 9                   |
| 2                   | 8                   |
| 3                   | 7                   |
| 4                   | 6                   |
| 5                   | 5                   |
| 6                   | 4                   |
| 7                   | 3                   |
| 8                   | 2                   |
| 9                   | 1                   |
17. Não podemos ter as mesmas expectativas de crianças com PHDA comparativamente com as restantes crianças (sem PHDA).
- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Discordo totalmente | Concordo plenamente |
| 0                   | 10                  |
| 1                   | 9                   |
| 2                   | 8                   |
| 3                   | 7                   |
| 4                   | 6                   |
| 5                   | 5                   |
| 6                   | 4                   |
| 7                   | 3                   |
| 8                   | 2                   |
| 9                   | 1                   |

18. As crianças com PHDA poderiam controlar o seu comportamento se realmente o desejassem.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. As crianças com PHDA comportam-se mal porque são maldosas.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. As crianças com PHDA não podem modificar o seu comportamento.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. As crianças com PHDA poderiam fazer melhor se se esforçassem mais.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. As crianças com PHDA têm pouco controlo na forma como se comportam.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. As crianças com PHDA comportam-se mal porque não gostam de cumprir regras.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. As crianças com PHDA são tão difíceis de gerir na sala de aula como outra qualquer.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

25. Gerir o comportamento de crianças com PHDA é fácil.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

26. Tenho os instrumentos necessários para lidar com crianças com PHDA na sala de aula.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

27. Tenho capacidade para lidar de forma eficaz com crianças com PHDA na sala de aula.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

28. Sinto-me limitado(a), sem competências suficientes, para lidar com crianças com PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

29. A minha escola deve ter diretrizes que regulam a forma como lidar com crianças com PHDA na sala de aula.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

30. Outros membros da comunidade escolar influenciam a forma como lido com crianças com PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

31. A família influencia a forma como lido com crianças com PHDA.

Discordo totalmente							Concordo plenamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

32. Considero que a formação poderá influenciar positivamente a eficiência do meu trabalho com alunos com PHDA.

Discordo totalmente						Concordo plenamente				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

33. Considera que existem outros fatores que condicionam a qualidade do trabalho realizado com alunos com PHDA?

Sim  Não

Se respondeu que sim, quais?

- Tempo de serviço
- Experiência com alunos com PHDA
- Família
- Outros: \_\_\_\_\_

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

## Anexo 7 – Outputs estatísticos (SPSS)

### 1. Output da *Anova One-way*, teste utilizado para testar a Hipótese 1

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Falta_Controlo	BetweenGroups	29,469	3	9,823	6,249	,001
	Within Groups	165,066	105	1,572		
	Total	194,536	108			
Perc_Comet	Between Groups	35,882	3	11,961	3,3136	,029
	Within Groups	400,514	105	3,814		
	Total	436,396	108			
Infl_Gestão	Between Groups	12,072	3	4,024	,895	,446
	Within Groups	472,115	105	4,496		
	Total	484,188	108			

### 2. Output da *Anova One-Way*, teste utilizado para testar a Hipótese 2

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Falta_Controlo	BetweenGroups	3,204	3	1,068	,586	,625
	Within Groups	191,332	105	1,822		
	Total	194,536	108			
Perc_Comet	Between Groups	1,330	3	,443	,107	,956
	Within Groups	435,065	105	4,143		
	Total	436,396	108			
Infl_Gestão	Between Groups	14,219	3	4,740	1,059	,370
	Within Groups	469,969	105	4,496		
	Total	484,188	108			

3. Output do teste *t-student*, utilizado para a Hipótese 3

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Percec_Comet	Equal variances assumed	1,003	,319	2,031	107	,045	1,01637	,50032	,02455	2,00820
	Equal variances not assumed			2,232	29,093	,033	1,01637	,45539	,08513	1,94761

4. Output do teste *t-student*, utilizado para testar a Hipótese 4

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Percec_Comet	Equal variances assumed	2,197	,141	-1,2777	107	,204	-,52915	,41439	-1,135063	,29233
	Equal variances not assumed			-1,178	53,232	,244	-,52915	,44933	-1,43029	,37199

5. Output do teste *t-student*, utilizado para testar a QI

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Falta_c ontrolo	Equal variances assumed	,432	,513	-2,971	96	,004	-,89863	,30244	-1,49898	-,29828
	Equal variances not assumed			-2,821	38,181	,008	-,89863	,31860	-1,54351	-,25375
Percec_ Compet	Equal variances assumed	,038	,845	,116	96	,908	,05151	,44566	-,83313	,93614
	Equal variances not assumed			,118	43,070	,907	,05151	,43727	-,83029	,93331
Infl_ge stão	Equal variances assumed	,503	,480	-1,270	96	,207	-,61735	,48624	-1,58253	,34782
	Equal variances not assumed			-1,357	47,184	,181	-,61735	,45504	-1,53268	,29798