



## Universidades Lusíada

Rodrigues, Sara Raquel de Oliveira, 1996-

### **A qualidade de vida em crianças com PHDA e a relação com os pais**

<http://hdl.handle.net/11067/6186>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2021

**Resumo**

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é um problema neuro desenvolvimental com elevada prevalência em crianças e adolescentes, caracterizado por marcada desatenção, hiperatividade e impulsividade. Esta problemática exerce um impacto considerável na qualidade de vida da criança, afetando invariavelmente as suas relações mais significativas, em especial a relação com os pais e os pares. Neste sentido, o presente estudo tem como finalidade analisar a influência e impacto da P...

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a high prevalence neurodevelopmental problem affecting children and juveniles. It's characterized by intense inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness. This problem has a strong impact on the children's life quality, affecting his/her most significant relationships, especially the ones regarding parents and peers. According to that, the present study aims to analyze the influence and impact of ADHD on social relationships (parents and pee...

**Palavras Chave**

Distúrbio de hiperatividade com défice de atenção, Crianças hiperativas, Pais e filhos, Qualidade de vida

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

yes

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-12-26T08:39:56Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**A qualidade de vida em crianças com PHDA e a relação com os pais**

**Realizado por:**  
Sara Raquel de Oliveira Rodrigues

**Orientado por:**  
Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Orientador: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo  
Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Elisa Kern de Castro

Dissertação aprovada em: 1 de fevereiro de 2022

Lisboa

2021



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**A qualidade de vida em crianças com PHDA e a  
relação com os pais**

**Sara Raquel de Oliveira Rodrigues**

Lisboa

julho 2021



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**A qualidade de vida em crianças com PHDA e a  
relação com os pais**

Sara Raquel de Oliveira Rodrigues

Lisboa

julho 2021

Sara Raquel de Oliveira Rodrigues

## A qualidade de vida em crianças com PHDA e a relação com os pais

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Lisboa

julho 2021

## FICHA TÉCNICA

**Autora** Sara Raquel de Oliveira Rodrigues  
**Orientador** Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo  
**Título** A qualidade de vida em crianças com PHDA e a relação com os pais  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2021

### MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

RODRIGUES, Sara Raquel de Oliveira, 1996-

A qualidade de vida em crianças com PHDA e a relação com os pais / Sara Raquel de Oliveira Rodrigues ; orientado por António Martins Fernandes Rebelo. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

#### LCSH

1. Distúrbio de hiperatividade com défice de atenção
2. Crianças hiperativas
3. Pais e filhos
4. Qualidade de vida
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Attention-deficit hyperactivity disorder

2. Hyperactive children

3. Parent and child

4. Quality of life

5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. RJ506.H9 R63 2021

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Professora Doutora Tânia Gaspar, a coordenadora do curso de Psicologia na Universidade Lusíada de Lisboa, pelo seu apoio durante a realização desta jornada.

À Professora Doutora Túlia Cabrita, que sempre demonstrou suporte e disponibilidade para esclarecer qualquer tipo de dúvida.

Ao Professor Doutor António Rebelo, orientador desta dissertação, pela sua disponibilidade e apoio durante toda a elaboração da mesma.

Por último à minha família e amigas mais chegadas, Dália e Andréa, por todo o seu apoio e incentivo não só durante a elaboração do projeto, mas também durante todo o percurso académico.

## Resumo

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é um problema neuro desenvolvimental com elevada prevalência em crianças e adolescentes, caracterizado por marcada desatenção, hiperatividade e impulsividade. Esta problemática exerce um impacto considerável na qualidade de vida da criança, afetando invariavelmente as suas relações mais significativas, em especial a relação com os pais e os pares. Neste sentido, o presente estudo tem como finalidade analisar a influência e impacto da PHDA nos relacionamentos sociais (pais e pares), comparativamente a crianças sem PHDA.

O grupo de estudo foi constituído por 100 participantes (50 crianças com PHDA e 50 sem PHDA) com idades entre os 8 e 12 anos, de ambos os géneros. A recolha de dados foi realizada através da aplicação dos questionários de autorrelato KIDSCREEN-10 e Escala de *Conners* Revista (Reduzida) para Pais.

Conclui-se que as crianças com diagnóstico de PHDA parecem apresentar valores médios superiores de oposição, de problemas cognitivos/desatenção, de excesso de atividade motora e ainda um maior índice de PHDA, por comparação com as crianças sem diagnóstico de PHDA. De modo inverso, as crianças com diagnóstico de PHDA tendem a reportar um valor global de QVRS, significativamente menor, por comparação com as crianças sem diagnóstico de PHDA. Os progenitores, segundo os relatos, também de revelam de igual forma um índice menor de QV.

**Palavras-chave:** PHDA; Qualidade de Vida; Pais; Pares.

## **Abstract**

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a high prevalence neurodevelopmental problem affecting children and juveniles. It's characterized by intense inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness. This problem has a strong impact on the children's life quality, affecting his/her most significant relationships, especially the ones regarding parents and peers. According to that, the present study aims to analyze the influence and impact of ADHD on social relationships (parents and peers), comparatively with children with no diagnose of ADHD.

The study group included 100 participants (50 children with ADHD diagnose and 50 without ADHD diagnose) aged 8-12, of both genders. Data collection occurred through two self-report questionnaires, KIDSCREEN-10 and The Conners' Parents Rating Scale – Revised.

It is concluded that children diagnosed with ADHD seem to have higher mean values of opposition, cognitive/inattention problems, excess motor activity and even a higher ADHD index, compared to children without ADHD diagnosis. Conversely, children diagnosed with ADHD tend to report a significantly lower overall HRQOL value compared to children without an ADHD diagnosis. Parents, according to reports, also reveal a lower rate of QoL.

**Keywords:** ADHD; Life Quality; Parents; Peers.

## Índice de tabelas

Tabela 1 – Lista dos tipos de conceitos publicados para designar a PHDA.....	4
Tabela 2 – Comparação entre a sintomatologia e os comportamentos apresentados.....	14
Tabela 3 – Critérios de Diagnóstico segundo o CID-10.....	17
Tabela 4 – Formulações terapêuticas de metilfenidato disponíveis em Portugal.....	23
Tabela 5 – Formulações terapêuticas de outros fármacos .....	24
Tabela 6 – Estratégias em contexto académico .....	28
Tabela 7 – Distribuição das crianças sem diagnóstico de PHDA e com diagnóstico de PHDA segundo a idade .....	41
Tabela 8 – Distribuição das crianças sem diagnóstico de PHDA e com diagnóstico de PHDA segundo o género .....	42
Tabela 9 – Distribuição das crianças sem diagnóstico de PHDA e com diagnóstico de PHDA segundo a presença de deficiência, doença ou condição física crónica.....	42
Tabela 10 – Médias, desvios-padrão das subescalas da ECPR – R, do valor global de QVRS e <i>Independent Sample t Test</i> para amostras independentes em função do grupo (sem diagnóstico de PHDA vs. com diagnóstico de PHDA) .....	43
Tabela 11 – Correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas da ECPR – R e o Valor Global de QVRS no grupo de crianças sem diagnóstico de PHDA (n=50).....	44
Tabela 12 – Correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas da ECPR – R e o Valor Global de QVRS no grupo de crianças com diagnóstico de PHDA (n=50) .....	45
Tabela 13 – Correlação de <i>Pearson</i> entre as subescalas da ECPR – R, o Valor Global de QVRS, a presença ou ausência de diagnóstico de PHDA e a idade .....	46
Tabela 14 – Análise de conteúdo das entrevistas .....	49

## Lista de anexos

ANEXOS.....	87
ANEXO I - Guião da Entrevista.....	88
ANEXO II - Escala de Conners para Pais (Versão Revista – Forma Reduzida).....	92
ANEXO III - KIDSCREEN-10.....	94
ANEXO IV - Consentimento Informado.....	97

## **Lista de siglas, abreviaturas, acrónimos e símbolos**

APA – *American Psychological Association*

CID – Classificação Internacional de Doença

CPF – Córtex Pré-Frontal

DE – Desregulação Emocional

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ECPR-R – Escala de *Conners* para Pais – Versão Revista – Forma Reduzida

EEG – Eletroencefalograma

EUA – Estados Unidos da América

FDA – Food and Drug Administration

HSQ – *Home Situations Questionnaire*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

SSQ – *School Situations Questionnaire*

## Índice

Resumo .....	i
Abstract.....	ii
Índice de tabelas .....	iii
Lista de anexos .....	iv
Lista de siglas, abreviaturas, acrónimos e símbolos.....	v
Introdução.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	2
1. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção.....	2
1.1. Evolução Histórica.....	2
1.2. Definição e Caracterização .....	6
1.3. Prevalência.....	8
1.4. Etiologia Multifatorial .....	10
1.5. Diagnóstico .....	13
1.5.1. Critério de Diagnóstico segundo o DSM-5 .....	14
1.5.2. Critério de Diagnóstico segundo o CID-10.....	16
1.6. Avaliação Médica .....	19
1.7. Avaliação Psicológica.....	20
1.8. Intervenção Terapêutica.....	22
1.8.1. Tratamento farmacológico .....	22
1.8.2. Tratamento não farmacológico.....	25
1.8.3. Psicoeducação .....	25
1.8.4. Treino Parental .....	26
1.8.5. Intervenção Comportamental e Educacional.....	27
1.8.6. <i>Neuro feedback</i> .....	28
1.8.7. Acompanhamento nutricional .....	29
1.9. Manifestações Clínicas .....	29

1.10. Comorbilidades Associadas .....	30
2. Qualidade de Vida na PHDA.....	32
3. PHDA: Parentalidade e Contexto Familiar .....	34
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DO ESTUDO.....	38
4. Definição da Problemática.....	38
5. Metodologia.....	38
5.1. Objetivos de Estudo .....	38
5.2. Participantes.....	39
5.3. Instrumentos.....	39
5.3.1 KIDSCREEN-10 .....	39
5.3.2. Escala de <i>Conners</i> para Pais – Versão Revista – Forma Reduzida.....	40
5.3.3. Entrevista.....	41
5.4. Procedimento de Recolha de Dados .....	41
5.4.1. Características gerais do grupo de estudo .....	41
6. Resultados.....	43
6.1. Comparação entre crianças com e sem diagnóstico de PHDA ao nível das características nucleares da PHDA, índice de PHDA e qualidade de vida.....	43
6.2. Associação entre as características nucleares da PHDA, o índice de PHDA e qualidade de vida .....	44
6.3. Associação entre as características nucleares da PHDA, o índice de PHDA, qualidade de vida, diagnóstico de PHDA e idade.....	46
7. Discussão dos Resultados.....	59
Considerações Finais e Orientações .....	65
Referências Bibliográficas.....	68
ANEXOS .....	87
ANEXO I - Guião da Entrevista.....	88
ANEXO II - Escala de <i>Conners</i> para Pais (Versão Revista – Forma Reduzida).....	92
ANEXO III - KIDSCREEN-10 .....	94
ANEXO IV - Consentimento Informado.....	97

## Introdução

Numa sociedade progressivamente mais exigente e competitiva, na qual são impostos desempenhos escolares exímios como pré-requisito para vingar no mercado de trabalho, independentemente das capacidades individuais, destacam-se pela negativa aqueles que não atingem esse patamar de excelência. As demandas sociais/ambientais, a prolongada obrigatoriedade escolar, as mudanças na família, a sofisticação do sistema de comunicação, a exigência gradual dos conteúdos curriculares e o elevado número de crianças/jovens por sala de aula constituem apenas alguns dos potenciais fatores que contribuem para o desenvolvimento de comportamentos de risco e para a crescente visibilidade atribuída a determinadas patologias, tais como a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA) (Cordinhã & Boavida, 2008).

“Ele não para quieto...”, “Está sempre a mexer em tudo...”, “É muito agitado e impulsivo...”, “Está constantemente desatento”, “Não consegue terminar uma atividade ou tarefa...”. Estas são algumas das afirmações verbalizadas, diariamente, por pais e professores de crianças com PHDA. Além disso, e apesar da controvérsia associada à definição conceptual da PHDA, outras características são apontadas de forma unânime a crianças hiperativas, especificamente: agitação, irrequietude, preguiça, imaturidade, irresponsabilidade, desorganização, falta de persistência, desinibição comportamental, dificuldades de aprendizagem e relacionamento social, entre outras (Vaz, 2012).

Muitas vezes, estes comportamentos são erroneamente associados a indisciplina, falta de regras e limites ou até mesmo falta de educação. No entanto, a PHDA é uma perturbação neuro comportamental e não um problema disciplinar. De facto, podem coexistir problemas disciplinares cumulativamente à PHDA, embora estes não justifiquem a totalidade do quadro clínico (Cordinhã & Boavida, 2008; Santos, 2011).

A PHDA é, possivelmente, a patologia da infância e adolescência sobre a qual existem mais estudos na atualidade, sendo um termo frequentemente empregue na nossa sociedade. Contudo, a banalização e generalização desta patologia conduziu a que todas as crianças com alterações comportamentais sejam, à partida, rotuladas como “hiperativas” muitas vezes sem existir conhecimento das causas ou variáveis associadas a tais comportamentos (Santos, 2011).

## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

O termo Hiperatividade origina-se através da união de duas palavras: *Hiper* (advém da língua grega e submete para *excesso*) e de *Atividade* (que descende das raízes latinas e remete para a noção de movimento e ação) (Schweizer & Prekop, 2001).

#### 1.1. Evolução Histórica

De acordo com Barkley (2008), as primeiras problemáticas foram identificadas por George Frederic Still em 1902, baseadas nas referenciações de condutas marcadas por agressividade, impulsividade e indisciplina em crianças europeias no final do séc. XIX. Porém, em 1845 é possível encontrar evidências nos poemas do médico alemão Heinrich Hoffmann no seu livro infantil *Struwwelpeter* (Kast & Altschuler, 2008). Num dos seus capítulos intitulado *The Story of Fidgety Phil*, referência uma criança do sexo masculino que apresenta as características subjacentes à PHDA a nível hiperativo e impulsivo. Num outro poema *The Story of Johnny Head-in-Air*, descreve uma outra criança, também do mesmo género, que teria similarmente um comportamento típico da patologia descrita com predomínio na atenção (Rey, 2012). O paradigma de hiperatividade foi assim compreendido como uma sintomatologia caracterizada por instabilidade, baixo nível de atenção, desenvolvimento mental e motor (Araiza, 2014).

Still (1902) explicou o comportamento de crianças com sintomatologia a nível da atenção, disciplina, tolerância e agitação como uma problemática de conduta moral, manifestando assim comportamentos agressivos, impulsivos e desobedientes. Através destes sintomas, exista ainda um risco elevado para o desenvolvimento de comportamentos que prejudicassem as relações sociais. Esta teoria foi suportada por diversos investigadores na área ao longo do tempo, e correspondeu à primeira de várias nomenclaturas que foram sendo desenvolvidas referentemente a esta perturbação. Lopes (2004), na sua obra, evidencia que as crianças avaliadas por Still, e caracterizadas com dificuldades no controlo moral, poderiam ter, presumivelmente, o diagnóstico de PHDA, Distúrbio de Oposição, Distúrbio de Conduta ou Dificuldades de Aprendizagem.

Entre 1917 e 1918, no final da primeira guerra mundial, existiu um aumento do interesse por parte da comunidade científica na PHDA depois de uma epidemia de encefalite nos Estados Unidos da América (EUA). Observou-se que muitas crianças permaneceram com alterações comportamentais e cognitivas, e manifestavam dificuldades a nível da atenção, impulsividade e na procura de atividade (Selikowitz, 2010). Barkley (2008) menciona que estas crianças eram socialmente instáveis, e que a sintomatologia era originada por um dano cerebral designado por “distúrbio pós-encefalítico do comportamento”. Assim, e a partir deste momento, esta patologia começou uma das perturbações infantis mais estudada pelos investigadores.

As investigações executadas no período de 1936 a 1940 por Golstein em 1936, Bradley em 1937, Molitch e Eccles em 1937 e Bradley e Bowen no ano de 1940, originaram um marco importantíssimo na evolução do conceito de PHDA (Lopes, 2004). Os estudos apontam que, através da utilização de fármacos antidepressivos e de anfetaminas houve uma correlação positiva com a sintomatologia da hiperatividade, diminuindo a agitação psicomotora e promovendo uma melhoria no rendimento académico (Lopes, 2004; Smith, 2008).

Segundo Strauss & Lehtinen (1947), no princípio do séc. XX desenvolveu-se a definição de “*Síndrome de Lesão Cerebral Mínima*” (SLCM), baseando-se através da observação e estudo de diversas crianças que sofreram traumatismos à nascença e/ou que tiveram diagnóstico de doença infecciosa, remetendo para uma justificação de natureza anatómica. Porém, após novas investigações, chegou-se à conclusão de que a existência de uma lesão cerebral não era comum em todos os casos, sendo possível justificar os sintomas a um mau funcionamento dos mecanismos cerebrais. Em 1962, o pressuposto de lesão cerebral é excluído devido à carência de fundamentação neurológica, substituindo-se o termo para “*Disfunção Cerebral Mínima*” (DCM) que foi extensamente aceite durante alguns anos (Antony & Ribeiro, 2004).

A ideia de que a atividade motora excessiva correspondia a um fator primordial da doença consistiu num marco comum entre os anos de 1950 a 1970. O conceito de “hipercinesia” é utilizado como um sinónimo de “hiperatividade” e alguns autores começam a investigar a hipercinesia, quer a nível sintomático, como patológico. Porém, este quadro não foi bem rececionado pela comunidade científica, sendo que conceção de uma classificação com um maior índice validade e confiabilidade deu os seus primeiros

passos através da publicação do CID-9 e com o DSM-II, quando a terminologia foi alterada para Síndrome Hipercinética da Infância (Antony & Ribeiro, 2004).

Chess (1960) forneceu uma proposta de se substituir o termo de DCM por “*Síndrome de Hiperatividade da Infância*”. Após os estudos realizados pelo autor, elaborou uma caracterização do comportamento da criança hiperativa, realçando a rapidez com que realiza as tarefas e o fato de necessitar de estar sempre em movimento. Porém, mais tarde, investigadores como Werry e Sprague (1970) vieram contestar as conclusões de Chess, referindo que a sintomatologia poderia ser oriunda (ou não) de uma patologia orgânica.

Nos anos 60 emergiram diversos estudos tendo por base as manifestações da patologia em questão (Jafferian & Barone, 2015). Porém, a sua designação continuava a não ser consensual, existindo vários termos para definir o mesmo comportamento, apresentados na tabela abaixo.

**Tabela 1 – Lista dos tipos de conceitos publicados para designar a PHDA**

Variação	Terminologia
Exemplos de nomenclaturas divulgadas e utilizadas ao longo do tempo	Criança com Lesão Cerebral; Criança com Lesão Cerebral Mínima; Disfunção Cerebral Menor; Distúrbio de Comportamento Pós-Encefalite; Distúrbios de Aprendizagem; Hipercinésia, Distúrbio Impulsivo do Caráter; Impulsividade Orgânica; Síndrome Coreiforme; Síndrome Hiperativo da Criança; Síndrome Impulsivo Hipercinético.

*Fonte: Rebelo (1986) e Rebelo (1997).*

Na década de 70, nos novos estudos efetuados, a ênfase recaiu na hiperatividade e esta sofreu um destaque como sintomatologia principal onde poderiam existir, em

comorbilidade, outros fatores relacionados como alto índice de agressividade e distratabilidade, baixo nível de atenção e de tolerância à frustração (Lange *et al.*, 2010).

Nos anos 80, para Cariano (2010), o destaque efetuado em torno da hiperatividade foi contestado, particularmente Guimon em 1980 e Rutter em 1984. Estes autores argumentaram que a hiperatividade consistia numa sintomatologia comum a outras patologias do foro psiquiátrico e avançaram também com a proposta de que, nesta perturbação, a principal problemática encontrava-se no fator da atenção. É também nesta fase que ocorrem investigações e procura-se correlacionar a existência de lesões ou de baixo funcionamento cerebral ao nível dos lobos frontais.

A década de 90 foi marcada pelas investigações realizadas no âmbito biológico e genético, e possibilitaram relacionar a origem da perturbação com fatores genéticos e neurológicos ao invés dos fatores ambientais e sociais defendidos por alguns autores (Rohde & Halpern, 2004). Assim, para Barkley (2008), começou a ser discutida a conceção de que um défice na inibição do comportamento poderia ser uma característica marcante da PHDA (juntamente com uma dificuldade na autorregulação), o que auxiliou na diferenciação com outras perturbações mentais e de desenvolvimento. Também foi sugerida uma nova categorização baseada no subtipo predominantemente desatento, com ausência de comportamento hiperativo/impulsivo, o que vai contra os subtipos hiperativo/impulsivo ou do tipo combinado (Barkley, 2006 citado por Baptista, 2010).

No decorrer do tempo, segundo Baptista (2010), a “*Reação hipercinética da Infância*”, considerada no DSM-II (APA, 1968) passa a designar-se por “*Distúrbio de Défice de Atenção*” no DSM-III (APA, 1980). Cariano (2010) menciona que nesta fase dá-se início, com um maior relevo, a perspetiva de que o problema da atenção tinha uma maior importância do que a hiperatividade em si, o que remete para uma visão da atenção enquanto processo cognitivo. Ocorreu uma aglomeração dos sintomas da atenção, impulsividade e hiperatividade. Porém, no ano de 1987, quando é publicada a versão revista do DSM-III (R), modifica a designação da patologia para “*Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção*” e, referentemente aos critérios de diagnóstico, engloba tudo somente num único conjunto global de sintomas, mas acrescenta os critérios de severidade, caracterizando de leve, moderado e severo (Reininho, 2013). No ano de 1992, publica-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), onde se encontra presente a denominação de Distúrbio Hiperactivo, com vários subtipos (Cariano, 2010).

Não obstante, e após todas as investigações efetuadas, revisões internacionais publicadas e debates efetuados, persiste uma ambiguidade relativamente à patologia como única (Antshel & Barkley, 2020). Nos dias de hoje ainda é colocado em causa a relação da PHDA com outras patologias. No DSM-IV (APA, 1994) foi organizada uma nova divisão dos sintomas (tipo combinado; com predomínio de Défice de Atenção e com predomínio de Hiperatividade e Impulsividade), referindo que é de extrema importância observar o comportamento da criança em diversos contextos, não só no ambiente escolar (Bonadio & Mori, 2013).

Atualmente, continuam a emergir novos estudos que contribuem para compreender e analisar o conceito de PHDA, através do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, o que coaduna para novas hipóteses, conceções e conclusões.

## **1.2. Definição e Caracterização**

A PHDA define-se por uma perturbação mental que compromete o desempenho escolar, familiar e social. As características principais da perturbação correspondem ao défice de atenção, a hiperatividade e a impulsividade, sendo a incapacidade para organizar-se também considerada como uma parte primordial da estrutura clínica da PHDA, especialmente no adolescente e no adulto (Vaquerizo, 2008 citado em Santos, 2012). Parker (2011) menciona que se trata de uma patologia do foro neurobiológico, que atinge quer na infância como na idade adulta, e abrange um défice a nível da atenção sustentada, inibição comportamental e resistência à distração. A regulação do nível da atividade sentido pelo indivíduo também fica afetada, proporcionando sinais de hiperatividade ou inquietação (Jafferian & Barone, 2015).

Segundo o DSM-5, a PHDA é, por definição, uma perturbação neuro desenvolvimental complexa com um substrato biológico e genético, resultante de um atraso maturacional neurobiológico associado ao funcionamento deficitário dos sistemas de neurotransmissores, que condicionam a atividade cerebral (American Psychiatric Association [APA], 2014). Esta perturbação promove a exibição de um padrão comportamental persistente, caracterizado por uma tríade de sintomas: atividade motora excessiva (hiperatividade), impulsividade e/ou desatenção, com uma intensidade e/ou gravidade superior à observada em indivíduos no mesmo nível de desenvolvimento. Este padrão comportamental é, essencialmente, caracterizado por níveis desadequados de

controle de impulsos, focalização/manutenção da atenção e modelação da atividade motora (Catelan-Mainardes, 2010; Ribeiro, 2011). Barrias (2014) refere que a sintomatologia típica desta patologia compreende-se assim através de uma constante de falta de atenção e/ou num alteração comportamental evidenciada por um nível elevado de atividade e impulsividade, sendo os sinais observados como desadequados, quer a nível do estado de desenvolvimento, quer em termos da intensidade e/ou prejuízo marcante que compromete o desempenho e funcionamento em todos os contextos (familiar, social, emocional, escolar e/ou laboral).

Por consequência das alterações comportamentais e neuropsicológicas, as crianças com PHDA tendem a apresentar, frequentemente, dificuldades de aprendizagem, dificuldades relacionais com os pares, problemas de ajustamento psicossocial em diferentes ambientes (familiar, escolar e social), dificuldades em cumprir regras e atingir objetivos e, por último, comportamentos imaturos comparativamente ao esperado para a sua idade cronológica. Estas alterações comportamentais encontram-se etiologicamente associadas a alterações neurobiológicas e défices neuro cognitivos específicos, que acarretam consequentes perdas significativas no desenvolvimento global (Braga, 2011; Santos, 2011). Em termos funcionais, Santos (2013) caracteriza as pessoas com diagnóstico de PDHA como portadoras de uma grande dificuldade em permanecerem quietas, em concentrar-se e/ou raciocinar antes de agir. Por norma, são intrusivas ou incomodativas, têm dificuldade em aguardar pela sua vez, interrompem os outros e são impulsivas nas relações sociais. A autora destaca-se e revela que a privação do sono corresponde a uma problemática bastante comum, devido à organização de muitas famílias com hábitos pouco ajustados, o que pode levar a alguns diagnósticos errados. É fundamental primeiramente conhecer a criança, tentar corrigir e somente depois avaliar os sintomas de PHDA.

Os sintomas aparecem antes dos 7 anos de idade e não podem surgir em somente um contexto. Assim, não se limitam exclusivamente ao ambiente académico e familiar, uma vez que a intensidade e a frequência possuem um grau de tal forma elevado que interferem, de um modo significativo, com a dinâmica escolar, familiar e social da criança (Bowden, 2014).

No contexto de jardim-de-infância, a criança com PHDA pode não se distinguir dos restantes colegas, devido ao facto de o baixo índice de atenção concentrada, alto nível de agitação motora e impulsividade consistirem em características comuns nesta faixa

etária. Porém, com a transição para o ensino primário de educação, a criança com PHDA começa a ser observada como distinta, sendo que as problemáticas aparecem com uma incidência mais vincada (Harpin, 2005).

Andrade e Vasconcelos (2018) apontam que, para além da sintomatologia que é característica, as crianças/adolescentes com PHDA demonstram também outros fatores associados, tais como baixa tolerância à frustração, excessiva insistência na satisfação das suas exigências, labilidade emocional, teimosia, desobediência, reatividade emocional, dificuldades na realização académica, sentimentos de rejeição, conflitos no contexto escolar e sociofamiliar. Para alguns investigadores da área, as crianças com predisposição desatenta podem manifestar níveis mais altos de isolamento social, ansiedade e afastamento em colaborar em atividades de grupo. Já as crianças predominantemente hiperativas/impulsivas tem tendência a ser mais agressivas e a apresentar um maior índice de rejeição pelo grupo de pares (Desidério & Miyazaki, 2007).

### **1.3. Prevalência**

Os dados de 2018 do National Survey of Children's Health (NSCH) sobre a prevalência da PHDA em crianças e adolescentes americanas com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos, indicam que 8.8% dos participantes inquiridos apresentam a referida condição. Esta percentagem representa cerca de 5.323.384 crianças e adolescentes. Ainda de acordo com a mesma fonte, no que se refere ao género, 11.7% das crianças e adolescentes do sexo masculino manifestam PHDA, em contraste com 5.7% dos inquiridos do sexo feminino (Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2018). Barrias (2014) menciona que, na literatura, são mencionados rácios de rapazes para raparigas desde 2:1 até 10:1, e as investigações comunitárias indicam rácios de, sensivelmente, 3:1. Porém, é proposta a hipótese de um subdiagnóstico nas raparigas, especialmente nos casos em que impera a desatenção, um sintoma que nem sempre é facilmente observável ou reconhecido (Parker, 2011). Outros investigadores revelam ainda que os sujeitos com diagnóstico de PHDA podem manifestar uma atenção oscilante (Lopes, Nascimento & Bandeira, 2005).

A estatística publicada pela APA (2014) considera a sua prevalência entre 3% a 7% das crianças em idade escolar, porém estas percentagens podem modificar segundo o tipo de população compreendida na amostra e através da metodologia de avaliação, sendo

ainda indefinidos as informações relativamente ao predomínio da perturbação nos jovens e nos adultos. Porém, Poeta e Neto (2004) e Oliveira *et al.* (2016) estimam a prevalência nos adultos em cerca de 4%, e referem que os investigadores norte-americanos declaram que as sequelas da PHDA podem atingir, aproximadamente, 2% a 2,5% dos indivíduos que manifestem falta de atenção, impulsividade, irritabilidade, intolerância e frustrações.

No que concerne à estrutura familiar, as crianças pertencentes a famílias de estrutura não especificada apresentam a maior prevalência de PHDA, 17.3%, seguidas das crianças que residem com os avós, 15.6%, e das crianças pertencentes a famílias monoparentais, 10.4%. Relativamente às crianças inseridas em famílias biparentais, mas com pais não casados, a prevalência da PHDA é de 9.2%, e nas famílias biparentais nas quais os pais se encontram casados, é de 7.6%. Outro dado que se reveste de interesse no presente inquérito, demonstra que as crianças cujo grau de escolaridade do adulto mais instruído da casa é inferior ao ensino secundário, são as que apresentam menor prevalência de PHDA, 6.7%. Por seu lado, as crianças cujo adulto mais instruído no meio familiar apresenta como grau de escolaridade o ensino secundário ou equivalente, manifestam a maior prevalência de PHDA, 11% (Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2018).

A meta-análise de Thomas *et al.* (2015) que incidiu sobre 175 artigos de investigação de todo o mundo acerca da prevalência da PHDA em crianças até aos 18 anos, indicou uma estimativa global combinada da prevalência de 7,2%.

É importante realçar que, para Filipe (2020), a divergência apresentada entres os países e as culturas possui um impacto significativo quando são examinadas mais fontes (como docentes, pais ou outros estudantes). Este fator pode ser verificado nas investigações efetuadas por Jesen *et al.* (1996, citado em Golfeto & Barbosa, 2003), que mencionam que os índices de prevalência alteram consoante os inquiridos. Desta forma, quando as fontes se basearam nos dados relatados pelos pais e crianças, a taxa foi de 15,1% e, quando se regeram somente pelos progenitores, variou para 11,9%. Já quando os dados foram recolhidos segundo os pais, professores e profissionais de saúde as taxas variaram entre 1 e 3%. Assim, os autores concluem que a taxa de prevalência pode reduzir quando se aumenta as fontes de recolha de dados. Hora *et al.* (2015) concluem, na sua investigação onde analisaram 23 estudos realizados na América, Ásia, África e na Europa, que é irrefutável a necessidade de realizar novas análises com uma melhor precisão metodológica, para examinar a extensão das diferentes estimativas da prevalência, sendo

que estas alterações irão sensibilizar e influenciar, de forma direta, a conceção de públicas orientadas para o apoio de pessoas com diagnóstico de PHDA.

#### **1.4. Etiologia Multifatorial**

Apesar do vasto número de estudos realizados, as causas precisas da PHDA permanecem desconhecidas. Assim, a complexidade em definir, adequadamente, a PHDA deve-se às suas múltiplas causas. No entanto, o estudo destas assume um papel preponderante, tanto no domínio da prevenção quanto no domínio da intervenção terapêutica e pedagógica, no sentido de uma melhor compreensão desta problemática. Entre a diversidade de fatores etiológicos associados a PHDA encontram-se, designadamente: fatores genéticos, pré-natais e perinatais, ambientais e psicossociais. No amplo leque de fatores etiológicos da PHDA, alguns desempenham um papel mais significativo que outros, nomeadamente, os fatores genéticos e neurobiológicos. Por outro lado, os fatores ambientais atuam ativamente sobre a sintomatologia e evolução da perturbação (Oliveira, 2010; Santos, 2011).

No que diz respeito aos fatores genéticos, estes desempenham um papel fundamental numa perturbação de etiologia multifatorial, como a PHDA. De modo geral, a PHDA acomete aproximadamente 5% da população. Contudo, estudos elaborados com gémeos, famílias biológicas e famílias de adoção reforçam a influência da componente genética, sendo esta relacionada a cerca de 76% da variância sintomática da perturbação (Oliveira, 2010; Santos, 2011). Apesar de a investigação sustentar o papel dos fatores genéticos como um foco central de influência, no entanto os fatores ambientais também não podem ser excluídos como tal. Pois, se por um lado, os fatores genéticos podem ser mediados por alterações neurobiológicas podem também, por outro lado, ser mediados por acontecimentos psicossociais (Oliveira, 2010; Santos, 2011).

Estudos genéticos, em suporte às evidências neurobiológicas e neuropsicológicas, indicam o envolvimento de genes que codificam os sistemas de sinais de transmissão de catecolaminas incluindo, nomeadamente, o transportador de dopamina (DAT), o transportador de noradrenalina (NET), os recetores dopaminérgicos D4 e D5, dopamina b-hidroxilase e a proteína 25 (SNAP-25), que facilitam a libertação dos neurotransmissores implicados nesta patologia (Couto, Júnior, & Gomes, 2010).

Segundo Guardiola (2006, citado em Oliveira, 2010), é possível identificar fatores ambientais pré, peri e pós-natais que exercem influências em perturbações infantis. Entre os fatores pré-natais identificam-se variáveis maternas tais como: exposição ao tabaco, álcool e outras drogas, infecções, intoxicações, hemorragias ou doenças crônicas que possam modificar o sistema nervoso fetal. Entre os fatores perinatais assinalam-se problemas obstétricos, prematuridade, baixo peso à nascença, insuficiência de oxigênio ou infecções neonatais. Investigações têm sugerido que os fatores referidos anteriormente encontram-se relacionados a perturbações cognitivas e neuro comportamentais, incluindo a predisposição para PHDA. Contudo, ainda que a influência dos fatores pré e perinatais exista, não é específica, determinante ou universal. Ou seja, antecedentes gestacionais, neonatais ou médicos desfavoráveis não são considerados sequer critérios para o diagnóstico de PHDA, no mínimo são considerados fatores de risco.

Por outro lado, os aspetos ambientais, familiares e pessoais, representam um conjunto de fatores que influenciam os aspetos genéticos e até neurobiológicos envolvidos na PHDA. Segundo investigações, existem no mínimo seis fatores de risco psicossocial identificáveis, que promovem ou aumentam a incidência de PHDA, a percepção de conflitos conjugais pela criança, baixo nível socioeconómico, família numerosa, criminalidade parental, perturbação mental materna e permanência da criança em lares de acolhimento temporário (Oliveira, 2010; Santos, 2011).

Para além dos aspetos sociais e familiares, importa considerar ainda os aspetos desenvolvimentais. Estudos indicam, no mínimo, três fenómenos desenvolvimentais pré e perinatais envolvidos na PHDA: os antecedentes de respostas impulsivas que moldam os ambientes familiares e sociais provocando respostas punitivas das figuras de referência, dificultando a interação e espera pela recompensa; o ambiente punitivo gerado pelo comportamento da criança, que medeia a relação entre a impulsividade precoce e a necessidade de gratificação imediata; e a predisposição para a impulsividade (Santos, 2011).

Em relação aos fatores neurobiológicos, de acordo com a literatura, a PHDA resulta de disfunções que ocorrem no curso do desenvolvimento cerebral. No entanto, o substrato e os mecanismos neurobiológicos inerentes a esta patologia são de natureza complexa e pouco clara. Várias foram as teorias explicativas elaboradas, com base em estudos neurobiológicos, neuropsicológicos e de neuroimagem, no sentido de esclarecer a sua fisiopatologia (Braga, 2011; Coelho *et al.*, 2010).

Do ponto de vista neuro químico, uma das teorias explicativas formuladas pressupõe que a PHDA é causada por uma disfunção ou desregulação dos mecanismos catecolaminérgicos que atuam como neurotransmissores (dopamina e noradrenalina) envolvendo, essencialmente, a região frontal (córtex pré-frontal, córtex motor e pré-motor), subcortical (hipotálamo, amígdala e núcleo *accumbens*) e límbica (tálamo e córtex estriato) (Braga, 2011; Coelho *et al.*, 2010). Esta teoria anatomofuncional pressupõe, portanto, o envolvimento de dois sistemas neuronais na PHDA: um sistema dopaminérgico (anterior), que abrange o córtex pré-frontal e as suas conexões subcorticais, responsável pelas funções executivas, controlo inibitório, memória de trabalho entre outros; e outro sistema noradrenérgico (posterior) responsável pela regulação da atenção seletiva (Catelan-Mainardes, 2010; Rohde, 2004). Ao nível cerebral existem três vias dopaminérgicas bem definidas, nomeadamente: a via nigroestriatal, parte constituinte do sistema extrapiramidal, responsável pelo controlo dos movimentos; a via meso límbica que, projetando-se para o *nucleus accumbens*, está associada à regulação do comportamento e sensação de prazer/recompensa; a via meso cortical que, ao projetar-se na área tegmental ventral do mesencéfalo, opera sobre a função cognitiva e controlo motor (Couto, Júnior, & Gomes, 2010). Desta forma, as vias dopaminérgicas meso cortical e meso límbica encontram-se intimamente envolvidas na PHDA, uma vez que a hipofunção e hiperfunção destas áreas corticais são responsáveis pela manifestação dos seguintes sintomas: distratibilidade, impulsividade, desorganização e esquecimento (Coelho *et al.*, 2010; Couto *et al.*, 2010). Ou seja, estes circuitos neuronais são considerados o substrato neurofisiológico das funções executivas, que por sua vez, determinam os défices cognitivos centrais presentes na PHDA (Catelan-Mainardes, 2010; Manso, 2012).

Segundo estudos neuropsicológicos, o córtex pré-frontal (CPF) abrange um terço da massa total do córtex, mantendo múltiplas conexões recíprocas com outras estruturas encefálicas. Tais conexões constituem as representações do córtex de associação parietal, temporal e occipital, das estruturas subcorticais (tálamo) e do sistema límbico (Catelan-Mainardes, 2010). O normal funcionamento do CPF carece de um nível ideal de noradrenalina e dopamina, visto níveis demasiado baixos ou elevados afetarem significativamente a regulação da cognição e do comportamento (Manso, 2012).

De acordo com evidências empíricas, apesar do inegável envolvimento das catecolaminas na PHDA é também, considerada a existência de alterações estruturais e

funcionais significativas do ponto de vista cerebral em crianças com PHDA, comparativamente, a crianças com um normal desenvolvimento. Algumas das alterações identificadas envolvem, especificamente: uma redução do volume cerebral global (3 a 8%); uma redução do volume da substância branca no CPF (especialmente no hemisfério direito); a diminuição da atividade neural na região do córtex singular anterior, do CPF, do córtex frontal de associação e dos gânglios da base; diminuição do volume de diversas áreas cerebrais tais como o corpo caloso, núcleo caudado e cerebelo (Couto *et al.*, 2010; Manso, 2012). Evidentemente, alterações isoladas de qualquer uma destas regiões, por si só, não originam uma patologia tão heterogénea quanto a PHDA. No entanto, o papel das regiões afetadas são compatíveis com os processos cognitivos alterados nos pacientes com PHDA (Manso, 2012; Rohde & Halpern, 2004).

### **1.5. Diagnóstico**

Pardilhão, Marques & Marques (2009) revelam que as principais características desta perturbação não são difíceis de detetar, quer no contexto académico ou habitacional. Não obstante, nem todas as crianças que manifestam comportamentos de hiperatividade, impulsividade ou desatenção apresentam diagnóstico de PHDA. A sintomatologia sentida pode derivar de diversos fatores, como a frustração relativa a um conteúdo escolar demasiado exigente, falta de motivação, preocupações do foro emocional e/ou outras condicionantes de saúde. Assim, e com o objetivo de confirmar de que se trata de uma PHDA, e não outra condição ou situação, é fundamental que seja realizada uma avaliação antes do diagnóstico, através de uma equipa multidisciplinar composta por médicos, psicólogos, terapeutas, docentes e outros elementos (Cordilhã & Boavida, 2008). Contudo, e apesar de atualmente não haver um único instrumento que, por si só, consiga elaborar um diagnóstico de PHDA, com fiabilidade e viabilidade, existem um conjunto de processos de avaliação podem possibilitar os dados necessários na formulação do diagnóstico (Parker, 2011).

A existência de um diagnóstico precoce de uma criança que tenha uma suspeita de PHDA possibilita que haja uma intervenção o quanto antes (Andrade *et al.*, 2011). Anteriormente, as crianças tinham uma probabilidade mais reduzida de serem referenciadas, até serem mais velhas. Porém, este facto não se sucede nos dias de hoje, sendo que à medida que a consciência acerca da perturbação aumenta entre os

profissionais de saúde, docentes e progenitores, eleva-se o número de crianças e adolescentes que são avaliadas, diagnosticadas e tratadas (Simões, 2012).

### 1.5.1. Critério de Diagnóstico segundo o DSM-5

Referentemente ao tipo de sintomatologia, segundo a APA (2014), pode-se categorizar em dois grupos: sintomas característicos da falta de atenção e os da hiperatividade-impulsividade. Andrade e Vasconcelos (2018) concordam com a perspectiva da APA (2014) e relatam que em ambas as situações, devem permanecer 6 ou mais sinais, num espaço de pelo menos 6 meses, com uma intensidade que seja considerada desadaptativa e incoerente. De seguida, é enumerada através de uma lista comparativa a relação entre a sintomatologia e os comportamentos apresentados.

Tabela 2 – Comparação entre a sintomatologia e os comportamentos apresentados

Sintomatologia	Comportamentos
<i>Sintomas de falta de atenção</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não presta atenção necessária aos detalhes ou comete erros por desleixo nas tarefas académicas ou noutras atividades;</li> <li>- Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;</li> <li>- Parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;</li> <li>- Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);</li> <li>- Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades;</li> <li>- Evita, sente repugnância ou relutância em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (por exemplo, trabalhos escolares);</li> <li>- Perde objetivos necessários a tarefas ou atividades;</li> <li>- Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;</li> <li>- Esquece-se das atividades quotidianas.</li> </ul>

<p><i>Sintomas de hiperatividade-impulsividade</i></p>	<p><b>Hiperatividade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;</li> <li>- Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que é inadequado fazê-lo;</li> <li>- Tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;</li> <li>- “Anda” ou só atua como se estivesse “ligado a um motor”;</li> <li>- Fala em excesso.</li> </ul> <p><b>Impulsividade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;</li> <li>- Tem dificuldade em esperar pela sua vez;</li> <li>- Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.</li> </ul>
--	--

*Fonte: Adaptado de APA (2014)*

No DSM-5, são considerados três subtipos (APA, 2014):

- **Forma predominantemente desatenta:** se o critério desatenção é preenchido, mas o Critério hiperatividade-impulsividade não é preenchido nos últimos 6 meses.

- **Forma predominantemente hiperativa-impulsiva:** se o critério hiperatividade-impulsividade é preenchido, e a desatenção não é preenchido nos últimos 6 meses.

- **Tipo misto/combinado:** se tanto o critério desatenção quanto o critério hiperatividade-impulsividade são preenchidos nos últimos 6 meses.

Os conjuntos de sintomas decorrentes desta perturbação encontram-se, nos dias de hoje, entendidos pela população em geral (Ramalho, 2010). Porém, é complicado diferenciar os verdadeiros quadros (e os seus três subtipos) de uma variação do normal e de outros acontecimentos/ocasiões que podem fazer mimetizar sintomas semelhantes aos de uma PHDA (Coelho *et al.*, 2014). Nos indivíduos que persistam a manifestar os sintomas, mas que já não preencham todos os critérios (porém já os completaram no passado), deve-se categorizar como “em remissão parcial” (Barrias, 2014).

No que concerne a gravidade atual, segundo a APA (2014), pode-se categorizar como **leve** (sintomatologia reduzida, e no caso de existência, encontram-se presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os indícios advêm em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional) e **moderada** (sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes).

Existe também a categoria de Outra Perturbação de Défice de de Atenção/Hiperatividade Especificada, que é utilizada em situações onde o médico opta por informar o motivo específica pela qual o indivíduo não satisfaz os critérios para PHDA ou qualquer perturbação específica do neuro desenvolvimento (sendo realizado o registo seguido da razão específica, como por exemplo “*com sintomas insuficientes de desatenção*”) (APA, 2014). É importante realçar que, na presença de perturbações clinicamente significativas, mas que em termos de sintomatologia não seja preenchida os critérios de diagnóstico de PHDA, insere-se na categoria “PHDA sem outra especificação” (Barrias, 2014).

### **1.5.2. Critério de Diagnóstico segundo o CID-10**

Para o CID-10 (OMS, 2011), a PHDA apresenta uma denominação diferente do DSM-5, designando-se de perturbação hipercinética, porém apresenta critérios de diagnóstico semelhantes (Pintalhão, Penetra & Batista, 2019). Corresponde a um diagnóstico mais restrito, sendo esta nomenclatura utilizada em menor escala a nível global (Almeida, 2016).

Para o CID-10 (OMS, 2002) os sintomas podem ser detetados a partir dos 5 anos e antes dos 7. As crianças deverão manifestar uma combinação de sinais de hiperatividade, problemas de modelação comportamentais com atributos de falta de atenção, alto índice de desistência da realização das tarefas, sobretudo nas que exigem um maior empenho, tempo e envolvimento cognitivo. Os défices a nível da atenção e persistência somente poderão ser diagnosticados se forem considerados como desproporcionais em relação à idade e QI da criança.

Relativamente à sua classificação, o CID-10 apresenta 4 subtipos (OMS, 2000):

- **Perturbação da atividade e atenção (F90.0):** quando ocorrem critérios de desordem hipercinética, mas sem critérios para desordem de conduta (F91);

- **Perturbação de conduta hipercinética (F90.1):** quer os critérios de desordem hipercinética (F90) como os critérios de desordem de conduta (F91) estão evidentes;

- **Outras perturbações hipercinéticas (F90.8):** utilizada em casos de indefinição em relação aos dois primeiros;

- **Perturbação hipercinética, não especificada (F90.9):** corresponde a uma categoria residual e que não é recomendada, exceto quando existe uma falta de diferenciação entre F90.0 e F90.1, mas em geral os critérios para F90 estão preenchidos.

Como fatores de exclusão, apresenta as perturbações de ansiedade (F41 e/ou F93.0); perturbações de humor (F30-F39), perturbações invasivas do desenvolvimento (F48) e esquizofrenia (F20) (Almeida, 2016).

**Tabela 3 – Critérios de Diagnóstico segundo o CID-10**

<b>Critérios G1 – Demonstração de níveis anormais de atenção, atividade e impulsividade em casa, para a idade e nível de desenvolvimento da criança</b>	
<i>Pelo menos 3 dos seguintes problemas de atenção</i>	a) Atividades espontâneas de curta duração; b) Frequentemente deixa a atividade que estava a fazer inacabada; c) Muito frequentemente troca entre atividades; d) Falta de persistência na realização das tarefas dadas pelos adultos; e) Distrai-se facilmente durante o estudo, por exemplo realização dos trabalhos de casa ou um trabalho de leitura.
<i>Adicionalmente pelo menos 3 dos seguintes problemas relativamente à atividade</i>	(a) Muito frequentemente anda a correr ou trepa de forma excessiva em situações inapropriadas; para que não é capaz de permanecer quieto. (b) Inquietação marcadamente excessiva, remexendo-se e contorcendo-se durante atividades espontâneas; (c) Inquietação marcadamente excessiva em atividades em que se esperar uma maior calma (por exemplo, hora das refeições, viajar, ida à igreja); (d) Frequentemente deixa o lugar na saída de aula ou noutras situações onde teria de permanecer sentado; (e) Frequentemente tem dificuldades em brincar quieto;
<i>Adicionalmente pelo menos um dos seguintes</i>	(a) Frequentemente apresenta dificuldades em aguardar pela sua vez em jogos ou situações de grupo; (b) Frequentemente interrompe ou intromete-se com os outros (por exemplo, nas conversas ou

<i>problemas de impulsividade</i>	jogos) (c) Frequentemente começa a dizer respostas as questões antes das mesmas terem sido terminadas.
<b>Critérios G2. Demonstração de níveis anormais de atenção e atividade na escola ou no infantiário, para a idade e nível de desenvolvimento da criança</b>	
<i>Pelo menos dois dos seguintes problemas de atenção</i>	(a) Falta de persistência na realização das tarefas; (b) Distrai-se facilmente (por exemplo, com facilidade é distraído por estímulos externos); (c) Muda frequentemente de atividade quando tem oportunidade de escolha; (d) Frequentemente tem brincadeiras de curta duração;
<i>E pelo menos 3 dos seguintes problemas relativamente à atividade</i>	(a) Atividade motora (correr, saltar) de forma contínua (ou quase), quando em situações em que lhe é permitida atividade livre. (b) Inquietação marcadamente excessiva, remexendo-se e contorcendo-se durante atividades estruturadas (c) Elevados momentos de distração durante a realização das tarefas; (d) Frequentemente fora do lugar quando lhe é requerido para permanecer sentado; (e) Frequentemente tem dificuldades em brincar quieto.
<b>Critério G3. Observação direta de níveis anormais de atenção ou atividade. Isto deve ser excessiva dada a idade da criança ou o nível de desenvolvimento.</b>	
<i>A evidência pode ser qualquer uma das seguintes</i>	(1) Observação direta dos critérios G1 ou G2 acima, isto é não somente por ter sido reportado pelos pais ou professores. (2) Observação de níveis anormais de atividade motora ou comportamento off durante a realização de atividades ou falta de persistência nas atividades, em ambientes fora da escola ou de casa. (3) Baixo desempenho em testes psicométricos de atenção.
<b>Critérios G4. Não preenche os critérios de Desordem persuasiva de comportamento (F84), mania (F30), depressão (F32) ou ansiedade (F41).</b>	
<b>Critérios G5. Início dos sintomas antes dos 7 anos de idade.</b>	
<b>Critérios G6. Duração de pelo menos 6 meses.</b>	
<b>Critérios G7. QI acima dos 50.</b>	

Fonte: OMS (2000)

Almeida (2016) e Cruz *et al.* (2016) evidenciam as divergências entre o DSM-5 e o CID-10. Ambos os autores realçam que o CID-10 impossibilita a realização do diagnóstico sem a presença significativa de hiperatividade e insere a existência de perturbações de ansiedade e de humor como critérios de exclusão, enquanto o DSM-5 classifica-as como comorbilidades. Conclui-se que, com dois métodos distintos de diagnóstico, e baseando-se somente segundo as diretrizes do CID-10, somente os casos mais graves é que serão diagnosticados, uma vez que não possui nenhuma categoria para as situações em que impera a desatenção.

## **1.6. Avaliação Médica**

Para Selikowitz (2010), numa situação de suspeita de PHDA, o médico de família ou ao pediatra são os profissionais nas quais os pais recorrem numa primeira instância. Porém, para o autor é realçado que a avaliação inicial deverá ser executada por um médico com formação especializada em, por exemplo, pediatria do desenvolvimento, neura pediatria ou pedopsiquiatria (Oliveira *et al.*, 2015).

Na perspectiva de Jaén (2007), as informações obtidas através de uma anamnese possuem um grau de extrema importância para a elaboração do diagnóstico médico. Assim, com a realização de uma entrevista, recolhe-se os dados necessários juntos dos progenitores da criança, sendo crucial que seja administrada a ambos de modo que seja possível entender a visão de cada um (Marques *et al.*, 2018).

Barkley (2008) menciona que, na avaliação médica, através dos conteúdos extraídos da história clínica, o médico deverá investigar por a existências de outras patologias (ex. anemia e/ou tiroide), prescrever e analisar exames audiológicos, oftalmológicos e neurológicos, bem como físico/motor na realização a medição da altura e peso da criança, conferindo-os com os valores *standart* apresentados segundo a faixa etária em questão. Apesar dos défices nestas áreas, os exames neurológicos e motores possuem um papel fundamental em esclarecer sinais que podem encobrir uma PHDA. Numa outra fase, deverá também ser avaliada a existência de patologias do foro psiquiátrico, comorbilidades e/ou episódios de abuso de substâncias. É importante referir que a sintomatologia não pode decorrer devido à existência de outra doença do desenvolvimento e/ou mental (esquizofrenia, psicose, entre outras) (Marques *et al.*, 2018).

Atualmente, não há nenhum exame médico específico, quer a nível de marcador genético, analítico, neurorradiológico ou neurofisiológico que aprovisione uma prova diagnóstica comprovada para o diagnóstico de PHDA (Valdizán & Izaguerri-Gracia, 2009). Porém, existem escalas e testes *standartizados* que corroboram com dados importantíssimos para o diagnóstico médico (Robeva & Penberthy, 2009).

## 1.7. Avaliação Psicológica

Barrias (2014) revela que o psicólogo clínico e o psicólogo educacional são profissionais qualificados para administrar e interpretar testes e escalas psicológicas e educacionais, que poderão fornecer dados essenciais relativamente ao funcionamento intelectual da criança, competências de raciocínio, utilização da linguagem, desenvolvimento perceptivo, impulsividade, competências da atenção e ainda do foro emocional. Considera-se assim como principais áreas de avaliação psicológica a componente cognitiva, emocional, social e comportamental. Este processo começa com a recolha da história clínica da criança, através de uma entrevista. Os aspetos relativos ao desenvolvimento psicomotor e social da criança são, de igual forma, significativos para possibilitar um conhecimento relativo ao princípio das queixas e dos sintomas associados. O contacto com os docentes, familiares e outros elementos que se encontrem ligados à criança deve ser realizado, de modo a garantir uma visão transcendente do desempenho e funcionamento da criança em todos os seus contextos (Antunes, 2019). Relativamente ao conteúdo, através deste procedimento pretende-se recolher informações pertencentes ao período pré, peri e pós-natal, historial clínico, desenvolvimento infantil, história/contexto escolar/familiar/social, dinâmicas familiares e aos comportamentos desestabilizadores demonstrados (Moura, 2008).

Seguidamente, e quando possível, ocorre a observação direta dos comportamentos da criança nos vários contextos em que se insere. Este fator aufere um grau de extrema relevância, uma vez que consiste numa metodologia que permite visualizar um conjunto de comportamentos específicos (Cavalganti & Galvão, 2007), estando atento a características particulares, de modo a conseguir recolher informação essencial relativa à verdadeira conceptualização do caso (Graeff & Vaz, 2008).

Antunes (2019) menciona que a aplicação de **questionários de auto e heteropreenchimento** possibilitam conceber um resumo dos comportamentos mais frequentes

nos diversos contextos da criança, sendo por norma são preenchidos pelos progenitores ou pelos docentes. Existem baterias específicas para avaliar a hiperatividade, tais como: o Inventário de Comportamentos para Professores, Crianças e Pais de *Achenbach*; Questionários de *Conners* para Pais e Professores; *SNAP-IV Rating Scale*; *SWAN Rating Scale*; *ADHD Rating Scale-IV*; *Home Situations Questionnaire (HSQ)* e *School Situations Questionnaire (SSQ)*; *Child Behavior Checklist* (Moura, 2008; Graeff & Vaz, 2008).

Em termos **académicos**, se os dados provenientes da escola sugerirem problemas a nível da aprendizagem, é possível que sejam aconselhadas baterias de avaliação para determinar a existência de dificuldades de aprendizagem. O psicólogo pode administrar testes e escalas com a finalidade de avaliar o nível de funcionamento cognitivo da criança, as competências perceptivas, visuo-motoras, memória, entre outras (Parker, 2011).

Referentemente aos aspetos **emocionais**, poderão ser aplicados testes com o intuito de avaliar o modo de como a criança se sente em relação a si mesma e em relação aos outros. As provas para avaliar a autoestima, a ansiedade, a depressão e a tensão familiar são administrados com frequência, com o objetivo de concretizar uma conceção do funcionamento emocional da criança (Parker, 2011).

Existem também **métodos de avaliação informáticos**, denominados de testes de desempenho contínuo que, segundo Parker (2011), ao fazer com que as crianças reajam de determinadas formas a estímulos fornecidos pelo computador, estas provas facultam informações face a domínios tão sensíveis como os tempos de reação e o controlo dos impulsos (ex: Sistema de diagnóstico de *Gordon*, Testes de Variáveis de Atenção, Teste de Desempenho Contínuo de *Conners*, Teste de Desempenho Contínuo Integrado Visual e Auditivo).

Moura (2008) refere que a avaliação neuropsicológica consiste num procedimento fundamental no processo de avaliação. As investigações realizadas têm se regido na análise das modificações nas funções executivas e com o impacto que manifestam na aprendizagem académica em crianças com PHDA. No decorrer da revisão de literatura, autores como Berlin *et al.* (2004), Biederman *et al.* (2004), Rodríguez-Jiménez *et al.* (2006) e Hamdan e Pereira (2009) apontam que os elementos das funções executivas mais investigadas correspondem à: autorregulação comportamental, flexibilidade cognitiva, fluência verbal, inibição da resposta, memória de trabalho (verbal e não verbal),

planeamento e organização, entre outras. Dias *et al.* (2010) continua o raciocínio e acrescenta que a realização de uma avaliação no âmbito da neuropsicologia, segunda a aplicação de escalas e baterias validadas e padronizadas para a população em questão, compreende-se numa mais-valia para o diagnóstico de PHDA. Rohde e Halpern (2004) adicionam que poderá ser necessária uma avaliação adicional noutras áreas para esclarecer o funcionamento de outras componentes, como a nível da Terapia Ocupacional (avaliação sensorial, funcionalidade), Terapia da Fala (componente linguística e auditiva), entre outras.

## **1.8. Intervenção Terapêutica**

A PHDA deve ser considerada como uma perturbação crónica e, consequentemente, os indivíduos com este diagnóstico deverão ser reconhecidos como casos com necessidades de cuidados de saúde especiais, sendo assim apropriada uma intervenção multimodal que poderá incluir (entre outras abordagens) alterações no plano educacional, intervenções no âmbito da Psicologia, receita de medicação e de um plano dietético. Esta intervenção deverá ser específica para cada caso, e poderá ser concretizada a longo prazo (Barrias, 2014).

### **1.8.1. Tratamento farmacológico**

Nas investigações de Jensen *et al.* (2001), Gillberg *et al.* (2004) e Rappley (2005) revela-se que existe uma maior eficácia nos tratamentos que envolveram a toma de medicação, quando comparada com a frequência isolada de intervenções terapêuticas comportamentais.

Numa primeira instância, o tratamento efetuado abrange a prescrição (a partir dos 6 anos de idade) de fármacos psicostimulantes. Estes medicamentos simpaticomiméticos, que retificam variações bioquímicas reduzem a recaptção pré-sináptica das catecolaminas, aumentando os seus níveis na fenda sináptica (Andrade & Vasconcelos, 2018). Assim, atenua os comportamentos caracterizados como impulsivos e com uma excessiva atividade motora, estimula a memória de trabalho e o desempenho escolar (Briars & Todd, 2016).

No território português, o metilfenidato consiste no único psicoestimulante disponível pelas empresas farmacêuticas (Almeida, 2016). De um modo geral, são prescritos em crianças com idade igual ou superior a 6 anos, existindo, até à data estudos para analisar o efeito em crianças com idade inferior que verificam, nos seus resultados ainda precoces, que a dosagem deverá ser uma quantidade menor e que poderá existir um aumento de efeitos secundários (Connor, 2002; Pliszka, 2007)

As investigações apontam que este fármaco não produz efeitos de habituação e dependência (Taylor *et al.*, 2004; Wolraich, 2005). Referentemente aos efeitos secundários, registam-se em número extremamente reduzido, e podem levar a: anorexia, epigastrialgias, perda ponderal, náuseas, obstipação, insónias, ansiedade e tremor, depressão ou labilidade emocional, tiques e maneirismos, cefaleias e tonturas. Modificações a nível da alimentação ou no horário de toma dos fármacos poderão auxiliar a atenuar estes efeitos (Cordilhã & Boavida, 2008).

**Tabela 4 – Formulações terapêuticas de metilfenidato disponíveis em Portugal**

	<b>Ação curta</b>	<b>Ação intermédia</b>	<b>Ação longa</b>
<i>Nome comercial</i>	Rubifen®	Ritalina LA®	Concerta®
<i>Dosagem</i>	10 mg	20, 30, 40 mg	18, 36 mg
<i>Dose inicial</i>	5-10 mg	20 mg	18 mg
<i>Dose máxima</i>	60 mg	60 mg	72 mg
<i>Início de ação</i>	20-60 min	30 min-2 h	30 min-2 h
<i>Duração de ação</i>	3 a 6 horas	6 a 8 horas	10 a 12 horas

*Fonte: Cordilhã e Boavida (2008)*

A Ritalina LA® consiste no metilfenidato-SODAS, com microgrânulos de dois tamanhos na cápsula, sendo que metade do fármaco é de ação imediata e a outra metade será libertada após 4 horas de administração. Já o Concerta® remete-se ao metilfenidato-OROS que inclui 22% de metilfenidato de ação curta e 78% de metilfenidato que é expelido por processo de bomba osmótica (Kaplan & Newcorn, 2011; Andrade & Vasconcelos, 2018). É indicado que, ao iniciar a psicofarmacologia com o metilfenidato,

que se comece com as dosagens mais baixas e, progressivamente, ir-se efetuando o ajuste da medicação até atingir a dose máxima (se necessário) (Turgay, 2007).

Numa segunda instância, em situações não se verificarem resultados, ocorram efeitos secundários ou situações de comorbilidades, podem-se prescrever fármacos que não se encontram aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento da PHDA (Cordilhã & Boavida, 2008). Neste grupo encontram-se a risperidona, bupropion, clonidina, guafancina e os antidepressivos tricíclicos (Pliszka, 2007).

**Tabela 5 – Formulações terapêuticas de outros fármacos**

	<b>Lisdexanfetamina</b>	<b>Imipramina</b>	<b>Bupropiona</b>	<b>Clonidina</b>	<b>Atomoxetina</b>
<i>Nome comercial</i>	Venvanse®	Totranil®	Welbutrim®	Atensina®	Strattera®
<i>Dosagem</i>	30, 50 e 70 mg	10 e 25 mg	150 mg	0,100 e 0,200 mg	10, 18, 25, 49 e 60 mg
<i>Início de ação</i>	60 a 120 minutos	2 a 4 semanas	1 a 2 semanas	30 a 60 minutos	Até 6 semanas
<i>Vida Média</i>	13 h	6 a 18 h	3 a 4 h	6 h	5 h

*Fonte: Briars e Todd (2016), adaptado de Andrade e Vasconcelos (2018)*

Autores como Connor (2002) e Kaplan e Newcorn (2011) mencionam que a utilização de antidepressivos tricíclicos, como a imipramina pode ser benéfico nas crianças com PHDA que apresentam episódios de enurese noturna. Os antidepressivos não tricíclicos, como os inibidores da recaptção de norepinefrina-dopamina (bupropiona), também têm sido utilizados, especialmente na presença de comorbidades como depressão e perturbação de ansiedade. A bupropiona corresponde a uma substância que reduz o limiar epiléptico, porém não é aconselhada em crianças que sofram de epilepsia (Andrade & Vasconcelos, 2018).

Pode-se recorrer à toma de clonidina (agonista alfa-2 adrenérgico) em crianças com sintomatologia impulsiva e hiperativa, estereotipias e/ou em situações onde a prescrição de outros psicostimulantes não surtiram (Joo & Kim, 2018). Para Brown *et al.* (2018), a atomoxetina consiste num inibidor da recaptção da norepinefrina, e corresponde a outra opção nas situações refratários aos psicostimulantes. Porém, manifesta como efeitos secundários como vômitos, náuseas, diarreia, fadiga, variações de humor e tonturas, sendo que os estudos apontam estas situações tendem a diminuir com a toma contínua do fármaco ao longo do tempo.

### **1.8.2. Tratamento não farmacológico**

No momento em que ocorre o diagnóstico, os pais frequentemente questionam sobre quais os procedimentos que deverão adotar e por quais os tratamentos mais eficazes para esta problemática, sendo as metodologias mais eficientes consistem naquelas que integram uma intervenção multidisciplinar que coaduna a terapia comportamental com a psicofarmacologia (Barkley, 2006).

Neto (2014, citado por Almeida, 2016) revela que as metodologias de planeamento e intervenção junto da criança poderão ser concretizadas por profissionais de diversas áreas (psicologia clínica, psicologia educacional, terapia ocupacional, pedopsiquiatria, ente outros) que, articulando em conjunto conseguem fornecer estratégias e realizar atividades que vão ao encontro das necessidades da criança e daqueles que a rodeiam (pais, docentes). No tratamento da PHDA podem ser realizadas diversas intervenções: medidas psicoeducativas, treino parental e intervenções comportamentais em contexto familiar e/ou académico, terapia cognitivo-comportamental orientada para a criança, acompanhamento nutricional, entre outras (Barrias, 2014).

### **1.8.3. Psicoeducação**

Authier (1997) define a psicoeducação como uma abordagem psicoterapêutica que visa destacar os objetivos, aspirações e o que é significativo para a pessoa, ao invés de tratar a patologia diretamente. Possibilita um método que ajuda no processo de intervenção das doenças mentais a partir das modificações a nível comportamental,

emocional e social (Lemes & Neto, 2017). Bauml *et al.* (2006) e Bhattacharjee *et al.* (2011) mencionam que a psicoterapia apresenta uma perspectiva educacional (quer a nível do utente como das pessoas que o rodeiam), na medida proporciona uma instrução para que seja possível ter uma preparação prévia e consciencialização com as modificações do quotidiano, através de estratégias adaptativas, comunicativas e de  *coping*.

No contexto da PHDA, a psicoeducação adquire um papel fundamental, uma vez que possibilita que a criança e a família/cuidadores tenham um espaço vocacionado para a educação relativa à sintomatologia, etiologia, prevalência e comorbilidades da patologia (Perez, 2009). Ramos-Quiroga *et al.* (2006) expõem que após a realização de uma avaliação conjunta dos efeitos da patologia (no passado e no presente) referente aos vários contextos, deverão ser debatidos os novos objetivos a alcançar. Este processo pode abranger aspetos que a criança/família ainda não tenha consciência, ou mesmo realçar determinadas características que ocorrem, mas que não apresentam um grau de importância considerável.

Perez (2009) refere que, frequentemente, o fato de ser facultada informação pode auxiliar bastante a criança/família a compreender a perturbação, proporcionando também a oportunidade de serem realizados novos  *insights* relativamente aos acontecimentos passados.

#### **1.8.4. Treino Parental**

Para Malaca (2008) e Justo *et al.* (2014), o treino parental corresponde numa metodologia associada a modelos fundamentados em conceções comportamentais e em bases da teoria da aprendizagem social, com o intuito efetuar uma alteração nas práticas parentais e na diminuição de disfunções comportamentais das crianças. Modesto-Lowe *et al.* (2008) revelam que a família apresenta um papel de extrema influência na progressão da PHDA, uma vez que podem atenuar as dificuldades sentidas no futuro.

Segundo Neto (2014, citado por Almeida, 2016), a metodologia de reação do adulto perante a criança é crucial, uma vez que um dos principais processos de aprendizagem é através da imitação. Este treino parental é fundamental, de modo a possibilitar, dependendo do comportamento manifestado pela criança, uma gestão comportamental e averiguação do que é adequado ou não, bem como a metodologia de

compensações (e como realizar), definição de normas ou pedidos e também a utilização de uma escala de consequências positivas e negativas.

*Um exemplo prático, passa por um caso em que os pais que levam a criança com PHDA a um local público como um café e a mesma se empoleira nas cadeiras, faz birras, incomoda as restantes pessoas no local, etc. Os pais nesta situação podem combinar com a criança que se ela não fizer as coisas atrás referidas ganha “uma estrela” que pode trocar por uma recompensa, como por exemplo escolher o que gostava de comer para o jantar.*

*Se a criança não fizer o que lhe é pedido deve ser retirada do local, com o adulto que implementou a regra, para um lugar mais calmo por breves instantes para reverter a situação.*

Neto (2014, citado por Almeida, 2016, pág. 40)

### **1.8.5. Intervenção Comportamental e Educacional**

A terapia comportamental (metodologias que visam modificar o ambiente com o objetivo de regular o comportamento) consiste numa abordagem utilizada com o intuito de estimular o desempenho escolar, as competências sociais e a autoestima das crianças e adolescentes (Marques *et al.*, 2018).

No que concerne à intervenção na área da psicologia clínica, pretende-se fornecer um conjunto de estratégias que remetem para um ensino em termos da regulação comportamental e psicológica, em determinados contextos. Também são concretizadas intervenções terapêuticas ao nível da autoestima, ansiedade, motivação, sentido de autoeficácia e stress (Almeida, 2016).

Com o acompanhamento da psicologia educacional, pretende exista um suporte do estabelecimento académico (docentes, auxiliares, colegas) de modo a facultar aos professores todos os dados necessários sobre a perturbação em si, fornecendo estratégias de forma a colmatar as dificuldades de aprendizagem para evitar um reduzido desempenho. Esta área aufere uma especial relevância na medida em que promove um aconselhamento vocacional orientado para o futuro, uma vez que a sintomatologia

impulsiva e a fragilidade emocional destas crianças/adolescentes possuem um impacto negativo que origina uma diminuição de ideias e objetivos a longo prazo (Almeida, 2016).

**Tabela 6 – Estratégias em contexto académico**

<b>Estratégias educacionais para a criança com PHDA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ambiente tranquilo, com turma com um menor número de alunos;</li><li>- Apoio educativo individualizado e/ou a nível da educação especial;</li><li>- Posicionamento preferencial na primeira fila, próximo do professor;</li><li>- Acordar regras de funcionamento na sala de aula, periodicamente lembradas;</li><li>- Delinear planos diários de atividades, adaptados às características atencionais e comportamentais da criança;</li><li>- Associar tarefas que impliquem alguma atividade motora;</li><li>- Realizar as instruções curtas e frequentemente repetidas;</li><li>- Apoiar na organização do raciocínio;</li><li>- Evitar o confronto ou crítica frequente;</li><li>- Reforço positivo, com reconhecimento público e elogio das aquisições;</li><li>- Incentivo à participação frequente do aluno nas tarefas escolares;</li><li>- Evitar a exposição da criança a situações em que terá dificuldade em controlar-se;</li><li>- Os trabalhos de casa devem ter um plano organizado, e sempre que possível, apoio dos cuidadores;</li></ul>

*Fonte: Cordilhã e Boavida (2008)*

### **1.8.6. Neuro feedback**

De acordo com Muratori e Muratori (2011) o *neuro feedback* consiste numa técnica em que os elétrodos do eletroencefalograma (EEG) registam a atividade das ondas elétricas em determinados locais do couro cabeludo. A grande parte dos sistemas de *neuro feedback* pode expor uma variedade de dados, sendo eles:

- a constituição das frequências (mensuradas em ciclos por segundo);
- a amplitude (medida da magnitude de cada frequência);
- a coerência (o nível de comunicação elétrica entre dois ou mais locais do cérebro em uma ou mais bandas de frequência);

- ou qualquer outro valor derivado destas medidas.

Deste modo, com a combinação de estratégias cognitivas e, aliados a todos estes dados transmitidos pelo equipamento de *neuro feedback*, pretende-se modificar a atividade do EEG do indivíduo em função do que se ambiciona (Gevensleben *et al.*, 2009). Dias (2010) adiciona ainda esta técnica que corresponde a uma espécie de *bio feedback* que abrange um conjunto de ações no âmbito da fisiologia para estimular alterações na forma de funcionamento do organismo.

Almeida (2016) aborda o *neuro feedback* nos sujeitos com PHDA que manifestam níveis mais baixos de estimulação das regiões frontais do cérebro como efeito de demasiadas ondas teta (lentas) e carência de ondas beta (rápidas). O objetivo com esta técnica no âmbito da PHDA é estimular o número de ondas beta e reduzir as ondas teta nas regiões frontais do cérebro, sendo que, os estudos efetuados até à data mencionam que existem melhorias através das informações fornecidas pelos pais e docentes, porém não há dados que possibilitam uma correlação com a prática real a nível social e escolar.

### **1.8.7. Acompanhamento nutricional**

Em termos nutricionais, no tópico da PHDA, os estudos apontam que existe carência de prescrição suplementos nutricionais que incluam macronutrientes (ácidos gordos polinsaturados), micronutrientes (magnésio) e vitaminas (Almeida, 2016). Marques *et al.* (2018) referem que os ácidos gordos do grupo ómega-3 correspondem a uma boa opção e são considerados seguros pela *Food and Drug Administration (FDA)*, sugerindo a sua toma de forma diária e com uma periodicidade mínima 90 dias. Uma outra opção consiste na toma de um café por dia (de manhã), cujo resultado a nível da atenção considera-se manter por duas horas.

## **1.9. Manifestações Clínicas**

A apresentação clínica da PHDA compreende três categorias sintomatológicas nucleares: a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Estes sintomas manifestam-se com uma maior gravidade e intensidade, comparativamente a sujeitos num nível idêntico de desenvolvimento. Independentemente de não ser perceptível, a desatenção é um sintoma constante. As crianças com PHDA distraem-se facilmente, sem conseguirem

manter a atenção e concentração até à conclusão de uma tarefa ou atividade. Demonstram também, dificuldades em distinguir e selecionar entre informação relevante e irrelevante, cometendo mais erros por distração. Além disso, evidenciam dificuldades em distribuir a atenção por dois estímulos em simultâneo, em seguir instruções, esquivam-se de tarefas que exigem atenção mantida, interrompendo-as constantemente (Sjöwall & Thorell, 2019).

Por outro lado, a componente da hiperatividade torna-se mais evidente em contextos que requerem calma. Revelam dificuldades em permanecer sentados calmamente durante uma tarefa levantando-se, correndo ou saltando repetidamente, em situações e contextos nos quais é inapropriado fazê-lo. A componente da impulsividade, por sua vez, promove comportamentos irrefletidos e inconsequentes, sendo especialmente evidentes em situações que precipitam respostas antes mesmo de ouvir a questão, não conseguem esperar pela sua vez de responder e/ou participar em alguma atividade, entre outros (Rosa & Telles, 2009).

Em suma, na maior parte das crianças com PHDA, a distração fácil, as dificuldades de atenção, hiperatividade e controlo de impulsos promovem, consequentemente, ineficácia, mau desempenho académico, sentimentos de baixa autoestima e resistência à frustração associados, posteriormente, a comportamentos de risco (criminalidade e adição) (Cordinhã & Boavida, 2008).

### **1.10. Comorbilidades Associadas**

As crianças com PHDA evidenciam diversos problemas de desenvolvimento, comportamento e escolares/académicos que, progressivamente vão-se traduzindo em dificuldades ao nível das competências sociais (Matos, 2013). Considerando as áreas de comprometimento comumente associadas à PHDA, os comprometimentos no domínio social estão entre os mais difundidos e persistentes (Hoza, 2007 citado em Bunford *et al.*, 2015).

As dificuldades ao nível das competências sociais referidas anteriormente, consequentemente, geram outras questões ao nível do relacionamento social, perceção social, autoimagem e integração social. Neste sentido, a literatura menciona o contexto escolar como aquele onde a problemática do comportamento social torna-se mais evidente, uma vez que estas crianças apresentam um comportamento social turbulento e

perturbado pelos seus comportamentos impulsivos e desatentos, em relação aos colegas (Valido, 2016).

Os défices de desempenho social mais comuns e facilmente identificáveis em atividades de grupo, nas quais estas crianças demonstram sérias dificuldades: falta de respeito pelas regras instruídas; desatenção à conversação dos colegas, interrompendo-os constantemente; a utilização de soluções agressivas para problemas banais ou a tendência para perder a calma perante um conflito ou frustração. Estas crianças não conseguem cumprir as regras do jogo, como tal criam as suas próprias regras, uma atitude que tende a ser rejeitada pelos colegas, que se afastam e/ou confrontam a criança, originando discussões e conflitos. Relativamente a esta questão, Barkley (2002, citado em Valido, 2016) refere que as crianças com esta perturbação sofrem com problemas sociais pois são menos capazes de cooperar e dividir com outras crianças e “de fazer e manter promessas de trocas mútuas de favores”. Tais competências são incluídas no que o autor designa de “reciprocidade” ou “trocas sociais”, tidas como alavancas para a construção de amizades e “de relacionamentos interpessoais eficazes com outros”.

Comparando as crianças e jovens sem PHDA, os portadores desta perturbação têm mais dificuldades nos seus relacionamentos interpessoais (Cunningham & Barkley, 1979; Hoza, 2007), inclusive sendo menos apreciados e mais frequentemente rejeitados pelos colegas (Guevremont & Dumas 1994; Hoza *et al.*, 2005) e experienciando níveis mais altos de conflito familiar (Biederman *et al.*, 2002). Além disso, problemas sociais entre indivíduos com PHDA persistem ao longo da adolescência e na idade adulta (Bagwell *et al.*, 2001; Barkley, 2008) contribuindo para resultados negativos a longo prazo (Bunford *et al.*, 2015).

Entre os fatores que contribuem para problemática social dos jovens com PHDA, a desregulação emocional (DE) tem sido um alvo recente de atenção teórica e empírica (por exemplo, Barkley, 2010; Bunford *et al.*, 2014; Maegden & Carlson, 2000; Melnick & Hinshaw, 2000; Musser *et al.*, 2011, 2013; Nigg *et al.*, 2004; Seymour *et al.*, 2012, 2014). A desregulação emocional, quando associado à PHDA envolve especificamente dois déficits. Primeiro, um déficit inibitório que se manifesta em respostas comportamentais socialmente inadequadas associadas a uma forte reação emocional a um estímulo; e segundo, um déficit de autorregulação que se manifesta na incapacidade de auto-acalmar a excitação fisiológica induzida por emoções fortes, reorientar a atenção, e

organizar o self para uma ação coordenada para atingir uma meta (Barkley, 2010, citado em Bunford *et al.*, 2015).

Em suma, segundo Lopes (2003), os problemas e dificuldades interpessoais são entendidos como o centro da problemática da PHDA, tornando-se preocupante na medida em que se revelam preditivos de desajustamento adaptativos, na adolescência e na vida adulta. Essa realidade é prejudicial e desencorajadora uma vez que, um dos mais fortes indicadores de sucesso na vida adulta são as habilidades sociais (Matos, 2013).

## **2. Qualidade de Vida na PHDA**

Definir o conceito de Qualidade de Vida (QV) não é fácil, e compreende-se numa temática bastante debatida ao longo do tempo. Minayo *et al.* (2000, pág. 8) definem o conceito de qualidade de vida como

*uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.*

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995) explica o conceito como uma percepção da pessoa face à sua inclusão na vida, no contexto cultural, nos sistemas de valores da sociedade, bem como aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Ao longo da vida, é possível surgirem problemas de saúde sem qualquer possibilidade de escolha, principalmente relacionadas com complicações que tem um impacto na QV. Estas alterações podem suceder-se independentemente do grupo social ou momento da vida (Maciel, 2006). As dificuldades provenientes da PHDA podem influenciar de uma forma substancial todos os contextos em que a criança se insere (familiar, social e académico), na medida que pode afetar negativamente a QV (Danckaerts *et al.*, 2009). Bussing *et al.* (2010) referem que 40% das crianças com PHDA

apresentação a sintomatologia na adolescência, e apontam que o impacto da perturbação na QV é maior do que se idealiza. Verifica-se, segundo Colomer-Diago *et al.* (2012), que ocorre uma estabilidade da sintomatologia na passagem para a adolescência, com uma diminuição da atenção ao invés do excesso de atividade motora e da redução do controlo dos impulsos.

Grenwald-Mayes (2001) refere que a estabilidade emocional e a regulação comportamental da criança encontram-se interligada com aspetos do domínio ambiental e genético. O autor relata que num ambiente em que, ou a família, ou a criança manifestem comprometimento a nível emocional, existe um impacto no bem-estar de todos, o que acarreta também na QV.

Peasgood *et al.* (2016) conduziram uma investigação com o objetivo de compreender o impacto da PHDA na saúde e bem-estar de crianças e adolescentes que apresentavam a condição, assim como dos seus irmãos. Os investigadores concluíram que as crianças e adolescentes com PHDA experienciavam pior saúde, pior bem-estar subjetivo, menos descanso ao nível do sono, e elevado *bullying*, por comparação com o grupo de crianças sem diagnóstico de PHDA. As primeiras também atribuíram pior avaliação à sua família, e à sua vida no geral. Outra conclusão interessante prende-se com o facto de os irmãos dos participantes com PHDA também reportarem menor bem-estar subjetivo e níveis superiores de *bullying* (simultaneamente como vítimas e *bullies*), por comparação com os irmãos das crianças sem PHDA.

Para Bussing *et al.* (2010) as crianças com PHDA que apresentam dificuldade académica e na funcionalidade do seu quotidiano, possuem uma maior probabilidade de manifestar outro tipo de sintomatologia psiquiátrica (ex: depressão) derivada dos acontecimentos do dia-a-dia. Danckaerts *et al.* (2010) revelam que há uma diferença na perceção da QV das crianças, quando abordados os progenitores e as crianças, com as últimas a apresentarem uma visão mais positiva. Na perspetiva de Santos (2013), verifica-se que os pais subavaliam, sobretudo, a QV dos seus filhos como negativa. Este fator pode ser elucidado devido a uma desvalorização (ou mesmo ignorar) por parte da criança face aos seus problemas e ao modo de como tem que lidar com os mesmos (Klassen *et al.*, 2006).

No estudo de Veló *et al.* (2013, citado por Lemes, 2016), que abrangeu 36 investigações que analisam a QV em crianças com PHDA, auferiram a confirmação de

que existe uma percepção negativa a nível das crianças e dos seus progenitores/cuidadores relativamente à qualidade de vida, nos domínios psicossociais, sociais e escolares da criança. Autores como Dallos *et al.* (2014), Laugesen e Gronkjær (2015) e Lee *et al.* (2016) corroboram com a afirmação referida por Veló *et al.* (2013). No estudo de Pongwilairat *et al.* (2005) os investigadores apontam que as vivências familiares poderão estar associadas à QV, e detetaram uma baixa percepção da QV nas crianças que apresentaram altos níveis de stress no domínio psicossocial.

Já Kousha e Kakrodi (2019) avaliaram a eficácia de um programa de grupo psicoeducativo para mães, sobre a QV de crianças com PHDA. De acordo com os investigadores, as mães que frequentaram o curso reportaram após o fim do mesmo, um aumento significativo da pontuação total da QV das suas crianças, na perspetiva das próprias. Assim, é sugerido que a utilização de competências parentais eficazes, uma melhor compreensão da perturbação, e a diminuição do *stress* parental através dos momentos de partilha em grupo, parece conduzir a uma melhor interação entre as figuras parentais e a criança, o que poderá reduzir a frequência dos castigos e consequentemente, melhorar a QV das crianças

No que se refere à qualidade de vida da criança com PHDA, a meta-análise de Lee *et al.* (2019) concluiu que os pais de crianças com PHDA atribuem aos seus filhos pior Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS), por comparação com a atribuição que as crianças fazem a si mesmas. Estes resultados poderão ser sugestivos do impacto negativo que a condição dos filhos tem no bem-estar subjetivo dos pais. No contexto de investigação, e tendo em consideração a perturbação estudada, é notável que no momento em que é solicitado um relato e/ou um preenchimento de um questionário, a hiperatividade e impulsividade das crianças faz com que realizem essas respostas de um modo rápido, o que pode inviabilizar os dados recolhidos (Santos, 2013).

### **3. PHDA: Parentalidade e Contexto Familiar**

O exercício da parentalidade acarreta por si só um conjunto de desafios complexos, ininterruptos e em constante mudança, influenciados por fatores de ordem psicossocial, cultural, económica, entre outros. O surgimento dos primeiros sintomas de PHDA e a eventual confirmação do diagnóstico na criança, implicará invariavelmente mudanças na dinâmica familiar, o que irá acarretar uma série de desafios para os pais,

para além dos normativos. Ao longo dos últimos anos, a investigação sobre a associação entre a PHDA infantil e a prática da parentalidade tem sido crescente e os seus resultados variados, pelo que de seguida se destacam algumas evidências.

A família constitui um fator de extrema importância no processo de socialização, sobretudo a socialização primária, onde poderá ser responsável por promover, impossibilitar ou modificar o desenvolvimento das crianças. Homem (2002) revela que através do seio familiar que a criança assimila os valores, ações e funções, evoluindo de forma natural a transmissão de saberes, hábitos e tradições que compõem a sua “herança” cultural (Morgado *et al.*, 2013).

Alarção (2006) menciona que apesar de encontrar-se em constante transformação, as relações familiares continuam a adotar um papel crucial em termos sociais, sendo que, é no seu âmbito que se concretizam as aprendizagens mais significativas para a vida. Compreende momentos e tempos vocacionados para a conexão, amor, fraternidade e sexualidade, numa panóplia de experiências marcadas por emoções e afetos positivos e negativos.

De acordo com Pereira (2009), o comportamento e as relações afetivas desenvolvidas entre os cuidadores e os filhos representam um fator primordial para a análise da conduta da criança, afetando o desenvolvimento psicossocial futuro e as ações desenvolvidas a longo prazo. É esse desempenho que possibilitará uma aquisição de competências sociais e educativas uma vez que, no desenrolar do crescimento, a criança vai adotando os comportamentos e reproduzindo o comportamento dos pais (Carvalho, 2013).

No que concerne à relação entre a PHDA e os seus pais/cuidadores, esta perturbação, segundo Fonseca (2007), desequilibra a harmonia familiar com a composição do dia-a-dia, constituída por hábitos e estratégias pré-definidos para ultrapassar os desafios diários da criança. Tendo em consideração a quantidade de tempo que estas tarefas requerem, é frequente que os progenitores não consigam usufruir de um período somente vocacionado para a realização de atividades e programas significativos e de qualidade, com os filhos e com os seus conjugues (Fonseca, 2007).

As dificuldades emocionais de crianças e adolescentes com PHDA podem incluir fraca autorregulação das emoções, expressão emocional excessiva, em especial de raiva e agressão, maiores dificuldades em lidar com a frustração, menor empatia, e menor

reação a estímulos (Barkley, 2006). Neste sentido, sugere-se que a presença de uma criança ou adolescente com PHDA na família pode afetar o funcionamento familiar e marital (Johnston & Mash, 2001).

Outros dos pontos frequentemente abordado na literatura relaciona-se com a complexa e frágil interação entre práticas parentais e os sintomas de PHDA. A título de exemplo, o estudo de Ellis e Nigg (2009) sugere que práticas disciplinares maternas e paternas inconsistentes, assim como baixo envolvimento paternal, estão associados a critérios de diagnóstico da PHDA. O impacto maternal parece associar-se à PHDA do tipo combinado, enquanto o impacto paternal parece relacionar-se com a PHDA do tipo predominantemente desatento, e também e de tipo não especificado. Os autores realçam a importância dos papéis parentais na expressão e manutenção de sintomas da PHDA.

Na mesma linha teórica, Ullsperger *et al.*, (2016) também referem que práticas disciplinares inconsistentes parecem agravar de forma indireta os sintomas de PHDA na criança, mas neste caso através do impacto que exercem na conscienciosidade da mesma. Os autores acrescentam ainda que a fraca supervisão parental parece ser preditora de sintomas de hiperatividade-impulsividade, através do mesmo mecanismo temperamental, uma vez que estas práticas poderão exacerbar problemas já existentes a nível da conscienciosidade.

A meta-análise de Park *et al.* (2017) reuniu e sintetizou evidências científicas de 32 estudos relativamente à associação entre sintomas parentais de PHDA e práticas parentais, concluindo que a manifestação de sintomas da perturbação por parte dos progenitores, parece associar-se à prática de estilos parentais de tipo autoritário/severo e permissivo/negligente. Um aspeto curioso é o facto de que mães de crianças com PHDA, parecem apresentar mais sintomas de PHDA por comparação com os pais (Williamson & Johnston, 2016).

Joseph *et al.* (2019) recorreram a amostras de estudos longitudinais para estudar a associação entre pais (progenitor do sexo masculino) com historial de PHDA na infância, e a presença de sintomas de PHDA e de outros problemas comportamentais nos seus filhos. Os autores concluíram que crianças em idade pré-escolar cujos pais foram diagnosticados com PHDA na infância, demonstraram um risco mais elevado para o desenvolvimento de PHDA, Perturbação Desafiante de Oposição, e maiores dificuldades

de regulação comportamental de um modo geral. Os autores sugerem assim ser possível identificar crianças em risco de desenvolver PHDA em idades tão precoces como 3 anos.

## CAPÍTULO II – METODOLOGIA DO ESTUDO

### 4. Definição da Problemática

A faceta mais reconhecida de uma das Perturbações Desenvolvimentais mais comuns em crianças/jovens em idade escolar é justamente a questão comportamental. Sendo a PHDA, caracterizada pela profunda desadaptação que instiga nos mais variados contextos de vida dos sujeitos, entre os quais o contexto escolar e social, esta apresenta-se como uma “realidade” cada vez mais frequente nas escolas, com a qual todos têm que lidar, desde profissionais, auxiliares, pais, colegas e outros membros da comunidade (Baptista, 2010).

É característico desta perturbação um padrão comportamental verdadeiramente desorientador, especialmente em contexto de sala de aula, uma vez que são crianças e/ou jovens irrequietos, impulsivos e desatentos. Estes jovens, muitas vezes, são rotulados de “preguiçosos”, “imaturos” e “mal-educados”, conferindo ao contexto e dinâmica escolar um funcionamento fora do que seria expetável devido ao quadro sintomatológico próprio desta perturbação. Os sintomas apresentados originam a emergência de desajustes na esfera académica, comportamental e relacional, principais fatores de influência na qualidade de vida nesta população clínica. Neste sentido, importa compreender o impacto que esta perturbação e inerentes défices exercem na qualidade de vida destes jovens (Baptista, 2010).

### 5. Metodologia

#### 5.1. Objetivos de Estudo

a) Objetivo Geral:

- Analisar a relação, influência e impacto da PHDA nos relacionamentos sociais comparativamente a crianças sem diagnóstico de PHDA.

b) **Objetivos Específicos:**

- Analisar a influência da presença de PHDA nas competências sociais (relacionamento com os pais e pares) de crianças e a qualidade de vida dessas mesmas crianças.
- Averiguar a relação entre a presença de PHDA e a presença de problemas e/ou perturbações comportamentais, em crianças.

## **5.2. Participantes**

O grupo de estudo da presente investigação foi constituído por 100 participantes (50 crianças com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção, e 50 crianças sem Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção), entre os 8 e os 12 anos, do género masculino e feminino. Os participantes constituíram a amostra por conveniência, com o conhecimento e consentimento informado prévio dos encarregados de educação para a sua participação e envolvimento.

## **5.3. Instrumentos**

Para o desenvolvimento deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação para o parâmetro do comportamento e relacionamento.

### **5.3.1 KIDSCREEN-10**

Os instrumentos KIDSCREEN são medidas transculturais que permitem a avaliação da Qualidade de Vida (QV) de crianças e adolescentes. Possibilitam também a compreensão da associação existente entre variáveis sociodemográficas, saúde física e mental, a relação da criança com as figuras parentais, e o seu estado geral de saúde (Gaspar & Matos, 2008). O Projeto KIDSCREEN culminou no desenvolvimento de três instrumentos: o KIDSCREEN – 52, O KIDSCREEN – 27 e o KIDSCREEN – 10. Todos os instrumentos possuem duas versões: uma dirigida às crianças e outra aos pais (Alves, 2016).

O KIDSCREEN-10 é um questionário de autorrelato destinado a avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) de crianças e adolescentes entre os

8 e os 18 anos. O presente instrumento foi desenvolvido a partir do KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group, 2004).

O KIDSCREEN-10 é composto por 10 itens, com respostas numa escala de cinco pontos. Os itens 1 e 2 exploram o nível de atividade física, energia e condicionamento físico das crianças e adolescentes; os itens 3 e 4 avaliam a experiência de sintomas depressivos e sentimentos stressantes; os itens 5 e 6 têm como finalidade obter respostas a perguntas em relação às oportunidades da criança de estruturar e desfrutar do seu tempo social, de lazer, e participação em atividades sociais; o item 7 explora a qualidade da interação entre a criança/adolescente e os seus pais e/ou cuidadores, e os sentimentos da criança/adolescente face aos mesmos; o item 8 analisa a natureza da relação entre a criança/adolescente e os pares. Por último, os itens 9 e 10 analisam a perceção da criança/adolescente relativamente à sua capacidade cognitiva e satisfação com o seu desempenho escolar (The KIDSCREEN Group, 2004).

O KIDSCREEN – 10 fornece um valor global de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS). Esta medida unidimensional é representativa do resultado global de todas as dimensões das outras versões existentes do KIDSCREEN (The KIDSCREEN Group, 2004).

Quanto mais altos forem os valores obtidos, maior é a QVRS dos participantes (Ravens-Sieberer et al., 2010). No presente estudo será utilizado o KIDSCREEN – 10 na versão para crianças.

### **5.3.2. Escala de *Conners* para Pais – Versão Revista – Forma Reduzida**

A versão Revista das Escalas de *Conners* (Conners, 1997) apresenta-se de três modos: Escala para Professores, Escala para Pais e Escala para Adolescentes. Todas as escalas estão disponíveis na Forma Completa e na Forma Reduzida.

Neste estudo, em particular, será utilizada a Escala de *Conners* para Pais – Versão Revista – Forma Reduzida (ECPR – R), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Ana Rodrigues (2000). É constituída por 27 itens agrupados em quatro subescalas: oposição (6 itens); problemas cognitivos /desatenção (6 itens), excesso de atividade motora (6 itens); índice de PHDA (12 itens), considerado uma medida global de psicopatologia. As três primeiras subescalas dizem respeito às características nucleares

da PHDA; o Índice de PHDA assume-se como uma medida global de psicopatologia A Escala de *Conners* para Pais constitui um importante instrumento de despiste e avaliação de problemas comportamentais (Conners, 1997; Rodrigues, 2004).

### 5.3.3. Entrevista

De forma a complementar a informação recolhida construiu-se uma entrevista, composta por questões abertas previamente estabelecidas e adaptáveis face aos conteúdos abordados. Entrevistaram-se 3 cuidadores de crianças com diagnóstico de PHDA onde foram recolhidas informações relativamente à personalidade, preferências, dificuldades, rotinas diárias, relações parentais, independência e autonomia, competências sociais, desempenho académico e organização comportamental.

## 5.4. Procedimento de Recolha de Dados

Para a concretização deste estudo e decorrente recolha de dados, foram elaboradas cartas dirigidas aos encarregado(a)s de educação/progenitores explicitando o objetivo do estudo, solicitando o consentimento e autorização para a participação no mesmo. A recolha de dados foi efetuada em 3 momentos, nomeadamente:

- (1) aplicação dos KIDSCREEN 10 à criança;
- (2) aplicação do *Conners* aos encarregados de educação;
- (3) cotação dos instrumentos.

O estudo tem como finalidade analisar a relação, influência e impacto da PHDA nos relacionamentos sociais de crianças em idade escolar com PHDA, comparativamente a crianças sem PHDA.

### 5.4.1 Características gerais do grupo de estudo

**Tabela 7 – Distribuição das crianças sem diagnóstico de PHDA e com diagnóstico de PHDA segundo a idade**

Sem diagnóstico de PHDA (n=50)	Com diagnóstico de PHDA (n=50)
-----------------------------------	-----------------------------------

		<hr/>		<hr/>	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Idade	8	6	12.0	4	8.0
	9	5	10.0	9	18.0
	10	19	38.0	16	32.0
	11	16	32.0	15	30.0
	12	4	8.0	6	12.0

Como se observa na tabela 7, o grupo de estudo é constituído por 100 participantes com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos. O grupo de crianças sem diagnóstico de PHDA apresenta uma média de idade de 10.14 ( $DP= 1.11$ ) e o grupo de crianças com diagnóstico de PHDA de 10.20 ( $DP= 1.13$ ).

**Tabela 8 – Distribuição das crianças sem diagnóstico de PHDA e com diagnóstico de PHDA segundo o género**

		Sem diagnóstico de PHDA (n=50)		Com diagnóstico de PHDA (n=50)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género	Feminino	25	50.0	8	16.0
	Masculino	25	50.0	42	84.0

Na tabela 8 é possível verificar que metade das crianças sem diagnóstico de PHDA são do género feminino (50.0%). No que se refere ao grupo de crianças com diagnóstico de PHDA, os participantes do género feminino constituem apenas 8% do grupo de estudo.

**Tabela 9 – Distribuição das crianças sem diagnóstico de PHDA e com diagnóstico de PHDA segundo a presença de deficiência, doença ou condição física crónica**

		Sem diagnóstico de PHDA (n=50)		Com diagnóstico de PHDA (n=50)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Deficiência, doença ou condição física crónica	Não	46	92.0	45	90.0
	Sim	4	8.0	5	10.0

A observação da tabela 9 permite verificar que uma pequena percentagem (8.0%) das crianças do grupo sem diagnóstico de PHDA relatam a presença de algum tipo de problema, como seja, deficiência, doença ou condição física crónica (nomeadamente, hipotireoidismo congénito, fratura do pé, asma e outra condição não identificada). De modo semelhante, apenas uma pequena parcela (10.0%) do grupo de estudo, referentemente ao grupo de crianças com diagnóstico de PHDA refere a presença de algum tipo de problema (concretamente, doença rara, asma, dislexia, hipotireoidismo congénito e epilepsia).

## 6. Resultados

### 6.1. Comparação entre crianças com e sem diagnóstico de PHDA ao nível das características nucleares da PHDA, índice de PHDA e qualidade de vida

**Tabela 10 – Médias, desvios-padrão das subescalas da ECPR – R, do valor global de QVRS e *Independent Sample t Test* para amostras independentes em função do grupo (sem diagnóstico de PHDA vs. com diagnóstico de PHDA)**

	Sem diagnóstico de PHDA (n=50)		Com diagnóstico de PHDA (n= 50)		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
<b>ECPR – R</b>						
Oposição	4.46	2.67	11.40	4.46	- 9.439	.001*
Problemas cognitivos/desatenção	3.98	3.58	12.76	3.96	- 11.639	.001*
Excesso de atividade motora	3.06	2.77	10.76	4.50	- 10.297	.001*
Índice de PHDA	10.38	5.93	25.62	6.06	- 12.704	.001*
<b>KIDSCREEN – 10</b>						

Valor global de QVRS	3.80	.60	3.21	.55	5.061	.001*
----------------------	------	-----	------	-----	-------	-------

\* $p \leq .05$ .

Procurámos compreender se existiam diferenças ao nível do valor médio das subescalas da ECPR – R e do valor global de QVRS gerado pelo KIDSCREEN – 10, segundo a ausência ou presença de diagnóstico de PHDA (grupo sem diagnóstico de PHDA vs. grupo com diagnóstico de PHDA). Como se pode observar na tabela 10, encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de crianças, tanto ao nível das subescalas da ECPR – R, como também do valor global de QVRS.

Assim, as crianças com diagnóstico de PHDA parecem apresentar valores médios superiores de oposição ( $t = - 9.439$ ;  $p = .001$ ), de problemas cognitivos/ desatenção ( $t = - 11.639$ ;  $p = .001$ ), de excesso de atividade motora ( $t = - 10.297$ ;  $p = .001$ ) e ainda um maior índice de PHDA ( $t = - 12.704$ ;  $p = .001$ ), por comparação com as crianças sem diagnóstico de PHDA. De modo inverso, as crianças com diagnóstico de PHDA tendem a reportar um valor global de QVRS ( $t = 5.061$ ;  $p = .001$ ) significativamente menor, por comparação com as crianças sem diagnóstico de PHDA.

## 6.2. Associação entre as características nucleares da PHDA, o índice de PHDA e qualidade de vida

**Tabela 11 – Correlação de Pearson entre as subescalas da ECPR – R e o Valor Global de QVRS no grupo de crianças sem diagnóstico de PHDA (n=50)**

	1	2	3	4	5
1. Oposição	-	.435**	.493**	.393**	-.282*
2. Problemas cognitivos/desatenção	.435**	-	.477*	.844**	-.247
3. Excesso de atividade motora	.493**	.477**	-	.510**	-.134
4. Índice de PHDA	.393**	.844**	.510**	-	-.209
5. Valor Global de QVRS	-.282*	-.247	-.134	-.209	-

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ .

Na tabela 11 apresentam-se os índices de correlação entre as quatro subescalas da ECPR – R e o valor global de QVRS do KIDSCREEN – 10, para o grupo de crianças sem diagnóstico de PHDA. Observa-se uma relação positiva e significativa entre as quatro subescalas da ECPR - R, com especial relevância para a correlação muito forte existente entre o índice de PHDA e a subescala problemas cognitivos/desatenção.

No que concerne ao valor global de QVRS, este surge correlacionado negativamente com todas as subescalas da ECPR – R. No entanto, apenas apresenta uma correlação estatisticamente significativamente, com a subescala oposição. Assim, as crianças sem diagnóstico de PHDA que apresentam mais comportamentos de oposição, parecem experienciar menor qualidade de vida (QVRS).

**Tabela 12 – Correlação de *Pearson* entre as subescalas da ECPR – R e o Valor Global de QVRS no grupo de crianças com diagnóstico de PHDA (n=50)**

	1	2	3	4	5
1. Oposição	-	.581**	.673**	.546**	-.226
2. Problemas cognitivos/desatenção	.581**	-	.688**	.875**	-.254
3. Excesso de atividade motora	.673**	.688**	-	.703**	-.046
4. Índice de PHDA	.546**	.875**	.703**	-	-.160
5. Valor Global de QVRS	-.226	-.254	-.046	-.160	-

\*\*p≤ .01.

Na tabela 12, por sua vez, são indicados os índices de correlação entre as quatro subescalas da ECPR – R e o valor global de QVRS do KIDSCREEN – 10, para o grupo de crianças com diagnóstico de PHDA.

Como era esperado, e de modo idêntico aos resultados obtidos para o grupo de crianças sem diagnóstico de PHDA, também neste é possível observar a existência de uma relação positiva e significativa entre as quatro subescalas da ECPR - R, destacando-

se a correlação muito forte existente entre o índice de PHDA e a subescala problemas cognitivos/desatenção.

O valor global de QVRS apresenta valores de correlação negativos com todas as subescalas da ECPR – R. No entanto, e contrariamente ao outro grupo, o grupo de estudo de crianças com diagnóstico de PHDA não evidencia a existência de qualquer correlação estatisticamente significativa entre o valor global de QVRS e as subescalas da ECPR- R.

### 6.3. Associação entre as características nucleares da PHDA, o índice de PHDA, qualidade de vida, diagnóstico de PHDA e idade

**Tabela 13 – Correlação de *Pearson* entre as subescalas da ECPR – R, o Valor Global de QVRS, a presença ou ausência de diagnóstico de PHDA e a idade**

	Diagnóstico de PHDA		Idade	
	(n=100)		(n=100)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
1. Oposição	.690**	.001	-.003	.974
2. Problemas cognitivos/desatenção	.762**	.001	.083	.413
3. Excesso de atividade motora	.721**	.001	.026	.795
4. Índice de PHDA	.789**	.001	.087	.389
5. Valor Global de QVRS	-.455**	.001	.051	.616

*Nota:* Foram atribuídos os seguintes rótulos à variável nominal “Diagnóstico de PHDA”:

Ausência de diagnóstico de PHDA = 0;

Presença de diagnóstico de PHDA = 1;

\*\* $p \leq .01$ .

Os resultados obtidos através dos testes de correlação de *Pearson* presentes na tabela 13, apontam para a existência de uma relação positiva, forte e estatisticamente significativa entre a presença do diagnóstico de PHDA e as quatro subescalas da ECPR – R. Deste modo, as crianças com diagnóstico de PHDA tendem a demonstrar

significativamente mais comportamentos de oposição, mais problemas cognitivos/desatenção, excesso de atividade motora superior, e ainda, valores superiores no índice de PHDA.

Os resultados sugerem também a existência de uma correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre a presença de diagnóstico de PHDA e o valor global de QVRS. Assim, a presença de diagnóstico de PHDA parece associar-se a uma menor qualidade de vida.

Procurámos ainda observar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade das crianças e as subescalas da ECPR – R e/ou o valor global de QVRS. Os resultados apresentados na tabela 13 demonstram a ausência de correlações significativas.

#### **6.4. Análise qualitativa das entrevistas**

Fortin (2009) refere que a investigação qualitativa, dependendo do objeto que é estudado, visa compreender fenómenos sociais, onde se carece de um número significativo de resultados. Para a elaboração do estudo das três entrevistas elaboradas aos progenitores, recorreu-se a uma análise de conteúdo. Bardin (2006) caracteriza a análise de conteúdo como um conjunto de metodologias de análise das informações, recorrendo a técnicas organizadas e objetivas de exposição do teor dos dados obtidos. Assim, este tipo de análise pretende, através do estudo das mensagens, superar as indeterminações e enriquecer a leitura dos dados recolhidos (Mozzato & Grzybovki, 2011).

Para a realização da análise de conteúdo das entrevistas, construiu-se a tabela 14 composta por 5 itens onde:

- Na coluna **categorias** agrupou-se os temas eixo da entrevista: ambiente familiar, relacionamento entre pares e ambiente escolar.
- Na coluna **subcategorias** expôs-se os temas principais tratados.
- Na coluna **unidades de registo** compôs-se os segmentos de conteúdo a estimar como unidade base.

- Na coluna **unidades de contexto** introduziu-se as questões realizadas e as respectivas respostas.
- Na coluna **enumeração** adotou-se como metodologia de contagem os seguintes sinais de consideração da frequência de opinião: (+) positivo, (-) negativo e (0) neutro.

Tabela 14 – Análise de conteúdo das entrevistas

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registro	Unidades de contexto	Enumeração	
Ambiente familiar	- Descrição da criança;  - Análise das principais dificuldades e potencialidades.	- Comportamento da criança;	<b>Caracterize o seu filho de um modo geral. Como é a sua personalidade?</b> <i>Entrevista 1:</i> Ela é uma criança muito feliz, ama brincar, correr e muito carinhosa. Sua personalidade é forte, gosta de impor tudo para ser da forma como ela deseja; quer fazer tudo ao mesmo tempo; super agitada; fala sem pensar a maioria das vezes, gosta de ajudar o próximo.		
		- Interesses;	<i>Entrevista 2:</i> Impulsivo, desorganizado, esquece fácil, com incentivo consegue realizar as tarefas, capacidade intelectual e desempenho escolar muito bom – embora não realize todas as tarefas propostas.	+	
		- Preocupações e dificuldades;	<i>Entrevista 3:</i> A minha filha é uma menina muito brincalhona, amiga, gosta muito de brincar. E bem agitada, gosta de sempre está fazendo algo.	-	
		- Rotina Diária;	<b>O que é que o seu filho gosta mais de fazer?</b> <i>Entrevista 1:</i> Ela ama correr e brincar de boneca.	+	
		- Interação com a família;	<i>Entrevista 2:</i> Quando menor gostava muito de brincar com pistas e carrinhos da Hotweels, hoje ele gosta mais de jogar no computador (12 anos).	+	
		- Autonomia.	<i>Entrevista 3:</i> Gosta muito de brincar com água, andar de patinete e brincar com massinhas. Estar com os amiguinhos.	+	
					+

		<p><b><i>Quais são as maiores dificuldades do seu filho?</i></b></p> <p><i>Entrevista 1: Concentração em tudo e nos estudos, dormir, saber esperar a sua vez, pois é muito impulsiva.</i></p> <p><i>Entrevista 2: Realizar o que não gosta, o que pensa que não é necessário ou chato.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Concentração em sala de aula excesso agitação. Não conseguir ficar quieta em momentos que exijam.</i></p>	
			-
			-
		<p><b><i>Caracterize a rotina do seu filho.</i></b></p> <p><i>Entrevista 1: Ela acorda dias com bom humor, outros com péssimo humor, se alimenta, assiste TV. A tarde arruma-se para assistir a aula online, lancha e retoma as aulas. A noite é uma luta pois tem dias que dorme bem, a maioria não dorme muito bem. Nesse período de Pandemia a rotina fica bem difícil.</i></p> <p><i>Entrevista 2: Sem pandemia frequentava natação 2 vezes por semana (45 min cada), futebol duas vezes por semana (1h cada), escola todas as tardes (segunda à sexta). Desde que começou a pandemia praticamente só joga, faz as atividades propostas pela escola (porque cobro que faça tudo) e come – já engordou muito.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Levantar de manhã cedo, escovar os dentes arrumar o cabelo, tomar café da manhã, ir para escola. Depois lanche, almoço, em seguida brinca bastante. A noite toma banho, janta brinca, assiste TV, depois dorme.</i></p>	
			0
			-
0			

			<p><b>Como é a relação do seu filho no meio familiar? Consegue seguir as regras impostas pelos pais? Já aconteceu não conseguir cumprir alguma regra?</b></p> <p><u>Entrevista 1:</u> Ela é muito amada por todos, mas em várias situações as pessoas criticam as atitudes dela. Sempre dizendo que está com comportamento ruim. Seguir regras é bem complicado, nós precisamos sempre estar frisando as regras. Sempre acontece de não seguir regras. Quando ela consegue, sempre parabenizamos.</p> <p><u>Entrevista 2:</u> Difícil, sempre ou quase sempre questiona, implica ou provoca os irmãos. Muito difícil seguir as regras, mas com supervisão, incentivo, trocas, faz. Muitas vezes não cumpriu.</p> <p><u>Entrevista 3:</u> Nossa relação é boa, mas sempre temos que estar cobrando dela as coisas. Desde cedo até a hora de dormir, assim ela cumpre. Não desobedece. Já aconteceu dela não conseguir cumprir sim.</p>	
				0
				-
				+
			<p><b>A sua relação em lugares públicos é igual ou diferente?</b></p> <p><u>Entrevista 1:</u> Igual.</p> <p><u>Entrevista 2:</u> Não consigo ser igual. Sei que se eu impor uma ordem vai me gritar, ofender, não fazer esperando que os “outros vão intervir a seu favor</p>	
				+
				-

		<p><i>e me criticando”, sei que estou errada e muitas vezes evito sair com ele em lugares públicos.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Segue bem as regras, porém ela não tem paciência de esperar.</i></p>	0
		<p><b><i>O que é que o seu filho gosta mais de fazer nos seus tempos livres, nomeadamente em casa?</i></b></p> <p><i>Entrevista 1: Celular, brincar de brinquedos, dançar e cantar.</i></p> <p><i>Entrevista 2: Jogar no computador.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Ela Gosta de brincar, assistir Tv.</i></p>	0
		<p><b><i>O seu filho costuma fazer várias coisas ao mesmo tempo? Como estudar e ao mesmo tempo cantar e ver TV?</i></b></p> <p><i>Entrevista 1: Sim. Sempre. Faz tudo ao mesmo tempo. Está por exemplo almoçando, ela levanta e vai fazer outra coisa. Outro exemplo quando ela está brincando, muda de atividades rapidamente (boneca, vai pro celular, pega vassoura pra varrer a casa, começa a dançar e por aí vai).</i></p> <p><i>Entrevista 2: Sim.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Consegue brincar e ver tv. Ao estudar não vê TV.</i></p>	-
		<p><b><i>Como é a alimentação a nível de independência e autonomia?</i></b></p> <p><i>Entrevista 1: Ela faz tudo sozinha.</i></p>	+
			+

<i>Relacionamento</i>			<i>Entrevista 2: Ele prepara o café da manhã dele, serve seu prato e come sozinho nas demais refeições, e se não tiver alguém junto come o tempo todo.</i>	0
			<i>Entrevista 3: Somente no café da manhã que ela é mais independente. Em outros horários não eu mesmo arrumo e dou ela.</i>	
			<b><i>O seu filho consegue controlar os esfíncteres?</i></b>	
			<i>Entrevista 1: Não. Vai constantemente ao banheiro.</i>	-
			<i>Entrevista 2: Sim. Demorou para tirar as fraldas, fez xixi na cama até os nove anos.</i>	+
			<i>Entrevista 3: Sim.</i>	+
			<b><i>O seu filho costuma escolher a roupa sozinho?</i></b>	
			<i>Entrevista 1: Agora com 10 anos sim.</i>	+
			<i>Entrevista 2: Pega a primeira que vê. Se for sair tenho que ajudar e ele questiona: mas por que não pode ser esta aqui mesmo?</i>	-
			<i>Entrevista 3: Sim, quando estar em casa para sair eu escolho.</i>	0
<i>Relacionamento</i>	Análise do relacionamento		<b><i>O seu filho tem muitos amigos? Gosta que os seus amigos vão a sua casa?</i></b>	
			<i>Entrevista 1: Tem. Gosta sim.</i>	+

	entre os sujeitos com a família e o grupo de pares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interação com os pares e família;</li> <li>- Realização de atividades extracurriculares;</li> </ul>	<p><i><u>Entrevista 2:</u> Não tem. Adora que venham aqui em casa (embora acabe sendo tão grosseiro que corre com os amigos). Não estamos saindo nem recebendo visitas desde o início da pandemia. Graças a um trabalho de grupo no final do ano passado ele começou a interagir e joga no computador com dois colegas da escola.</i></p>	0
			<p><i><u>Entrevista 3:</u> Não tem muitos os que tem vão sim.</i></p>	+
			<p><b><i>Tem muitos amigos na escola? A relação com os professores é boa?</i></b></p>	
			<p><i><u>Entrevista 1:</u> Tem. Ela é muito carinhosa e ciumenta rs. Com os professores é a mesma coisa. Ela ama.</i></p>	+
			<p><i><u>Entrevista 2:</u> Não. Os professores dizem que ele tem bom coração apesar de ser impulsivo, sei que ele não é fácil, tento sempre orientar que seja amigo e obedeça os professores.</i></p>	-
			<p><i><u>Entrevista 3:</u> Sim se dá bem com todos.</i></p>	+
			<p><b><i>E em casa? Dá-se bem com os pais? E com os irmãos?</i></b></p>	
<p><i><u>Entrevista 1:</u> Sim. Ela não tem irmãos.</i></p>	+			

			<p><i><u>Entrevista 2:</u> Bate de frente direto com o pai, quando não satisfeito agride verbalmente a nós dois, provocativo com os irmãos ao mesmo tempo está sempre implorando companhia e atenção. O pequeno bate nele e ele se encolhe (ainda bem que não revida porque além de ser quatro anos mais velho que o irmão, ele também é bem maior).</i></p> <p><i><u>Entrevista 3:</u> Sim, bastante.</i></p>	-
			<p><b><i>Frequenta alguma atividade extraescolar? Como por exemplo os escuteiros, canto, música ou algum desporto como a dança ou a patinagem?</i></b></p> <p><i><u>Entrevista 1:</u> Ela fazia natação, mas com a Pandemia acabou tudo.</i></p>	+
				0

			<p><u>Entrevista 2:</u> <i>Ele quis muito participar dos escoteiros, mas quatro meses depois eles pediram que eu não o levasse mais porque poderia ser perigoso para os outros. E quando eles tivessem condições de acolhê-lo eles me chamariam, aí 7 meses depois veio a pandemia e já fazem mais 12 meses sem atividades em grupos. Também chegou a participar de CTG (Centro de Tradição Gaúcha) por um ano (ele tinha 8 e 9 anos), mas saiu quando ele teve uma crise (ele não entendeu uma brincadeira que a instrutora fez para entretê-los devido a chuva e foi agressivo verbalmente e, neste dia, a responsável pelo grupo mandou eu e ele ir embora sem participar da apresentação), tirei do grupo de dança então para que ele não prejudicasse o grupo, pois talvez ele ficando os outros sairiam...</i></p> <p><u>Entrevista 3:</u> <i>Sim. Antes da pandemia fazia aula de canto.</i></p>	-
				0
			<p><b>O seu filho costuma dormir em casa de amigos?</b></p> <p><u>Entrevista 1:</u> <i>Não permito.</i></p> <p><u>Entrevista 2:</u> <i>Ninguém convida, minha irmã levava ele para dormir na casa dela quando ela tinha casa na mesma rua que eu na praia mas nunca levou ele para casa dela que fica em outra cidade (e levou muitas vezes o irmão mais velho para a casa dela).</i></p> <p><u>Entrevista 3:</u> <i>Não.</i></p>	-
				-

<i>Ambiente escolar</i>	<p>- Análise do impacto que a estabelecimento escolar tem no EE;</p>	<p>- Comportamento da criança no contexto escolar;</p> <p>- Dificuldades de aprendizagem;</p>	<p><b>Como é o comportamento do seu filho em sala de aula? Fala muito? É distraído? Acha que isso o atrapalha? Em que sentido?</b></p> <p><i>Entrevista 1: Distraído. Foi através desse tipo de comportamento em sala que fui chamada na escola e descobrir o TDAH.</i></p> <p><i>Entrevista 2: Fala muito, sempre tem uma opinião, sempre tem algo para falar fora do assunto, também fala sobre o assunto. Se distrai facilmente. Principalmente atrapalha os demais.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Sim distrai-se quando não conversa mexe com as coisas dela.</i></p>	
			-	
			-	
	<p>- Análise do modo de como os progenitores lidam com as crianças com diagnóstico de PHDA.</p>	<p>- Sucesso escolar;</p> <p>- Apoio educativo necessário.</p>	<p><b>Qual é a disciplina em que o seu filho sente mais dificuldades? O que é mais difícil para ele? Pode explicar? Quais são as disciplinas que ele gosta mais e tem mais sucesso?</b></p> <p><i>Entrevista 1: português, matemática. Tem 10 anos ainda não ler direito e nem todos os números ela consegue identificar. Faz apenas contas de adição e subtração com dificuldades. Ela gosta, mas de Artes, Educação física.</i></p> <p><i>Entrevista 2: Não gosta de nenhuma e tem sucesso em todas.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Ela tem dificuldade em português as demais ela gosta e consegue fazer melhor.</i></p>	
			-	
			0	
			0	

		<p><b><i>O seu filho esquece-se das coisas com facilidade? Consegue terminar o que inicia?</i></b></p> <p><i>Entrevista 1: Constantemente. Nem sempre termina o que inicia.</i></p> <p><i>Entrevista 2: Sim, é difícil terminar se não gosta muito.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Sim muito. Só termina o que se inicia se ficar no pé.</i></p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
		<p><b><i>Acha que o seu filho tem o apoio necessário relativamente a questões de aprendizagem e por parte do apoio na escola?</i></b></p> <p><i>Entrevista 1: Sim. Esse ano mudamos de escola. E graças a Deus está bem equipada no processo de inclusão da minha filha.</i></p> <p><i>Entrevista 2: Sim.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Sim.</i></p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>
		<p><b><i>Costuma fazer os trabalhos de casa com facilidade?</i></b></p> <p><i>Entrevista 1: Com minha ajuda sim.</i></p> <p><i>Entrevista 2: A dificuldade é querer fazer. Sempre tenta fugir ou adiar.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Não. Sempre há uma dificuldade.</i></p>	<p>0</p> <p>-</p> <p>-</p>
		<p><b><i>É necessário ser o adulto a lembrar que tem de fazer os T.P.C?</i></b></p> <p><i>Entrevista 1: Sim.</i></p> <p><i>Entrevista 2: Sim.</i></p> <p><i>Entrevista 3: Sim.</i></p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>

De uma forma geral, evidenciam-se preocupações dos cuidadores/família relativamente aos vários contextos onde a criança está inserida (familiar, educativo, social e lazer). Através da metodologia de análise de conteúdo infere-se que:

- relativamente ao **ambiente familiar**, existiram 11 respostas com conotação negativa, e 12 com interpretação positiva.
- no que concerne o **relacionamento entre pares**, houve 6 respostas positivas e negativas;
- face ao **ambiente escolar**, ocorrerem 12 respostas negativas e 3 positivas.

Os resultados apontam para uma equidade dos aspetos positivos e negativos relativamente ao ambiente familiar e no relacionamento entre pares (não se destacando nenhuma das categorias), e insatisfação face ao ambiente escolar vivenciado. As respostas analisadas das três entrevistas realizadas são, no seu global, bastante semelhantes na maioria dos itens, o que fomenta uma semelhança do paradigma vivenciado no quotidiano pelos cuidadores, nos dias de hoje.

## 7. Discussão dos Resultados

Uma vez que não existe uma diversificação ampla relativamente às temáticas analisadas em torno da qualidade de vida das crianças com PHDA e as relações com os seus cuidadores, e tendo em consideração de que a própria temática relativamente à utilização dos instrumentos de avaliação utilizados compreende um conteúdo ainda recente, apesar de já existirem algumas investigações publicadas. Deste modo, neste capítulo será fornecido um especial relevo às variáveis delineadas, com ênfase nos resultados mais significativos, realizando em coincidentemente uma comparação com o estado de arte que suportou a presente dissertação. Um outro fator que também deve ser tido em consideração, e que condiciona o capítulo da discussão dos resultados, consiste no fato de os instrumentos de avaliação selecionados permitirem que ocorra uma resposta intermediária, havendo a possibilidade de selecionar a resposta de, por exemplo “não discorda nem concorda”, o que impossibilita uma compreensão verídica do parecer dos inquiridos. Verificou-se, através da implementação das escalas e das entrevistas semiestruturadas, que por vezes os participantes tinham uma tendência a fornecer dados neutras ou a não explorar na íntegra os temas.

O grupo de estudo encontra-se na faixa etária dos 8 aos 12 anos. Este fator evidencia que cada vez mais ocorre um diagnóstico precoce por parte dos profissionais, sendo eles, segundo Novais (2014), Pediatras (com especialidade em desenvolvimento infantil, neurodesenvolvimento, psiquiatria e saúde mental infantil) e, também, por técnicos da área da Psicologia Clínica, sendo que o diagnóstico pode ocorrer a partir dos 4 anos de idade. Através desta referenciação e avaliação com cada vez mais antecedência, é possível planificar uma metodologia de intervenção e iniciar o tratamento, através da administração de psicofármacos e/ou realização de abordagens não medicamentosas (Barrias, 2014). Uma intervenção nos primeiros anos de vida poderá fazer uma diferença significativa no dia-a-dia da criança, cuidadores e no contexto educativo (Filipe, 2010), evitando também que, em situações mais graves, exista um contacto com o sistema judicial devido a comportamentos desestabilizadores e repetitivos (Moreira, Almeida & Correia, 2010). Desta forma, através de um diagnóstico e intervenção precoce, pretende-se dotar a criança de ferramentas que promovem a aprendizagem a nível do autodomínio dos seus impulsos e comportamentos, possibilitando a sua integração nos diversos ambientes em que se encontra (Amaral *et al.*, 2010)

No que concerne a prevalência face ao género, na presente investigação o grupo de estudo com diagnóstico de PHDA era maioritariamente do sexo masculino. Este fator vai em concordância com as investigações realizadas por Andrade e Flores-Mendoza (2010), Erskine *et al.* (2013) e Valido (2016). Moura (2008) e Santos (2012) afirmam que a PHDA revela uma maior prevalência nos rapazes, porém, no desenrolar do ciclo de vida e na entrada na adolescência, esta predominância já se verifica com uma menor diferença. Cardoso *et al.* (2007) e Neto (2010) revelam que no género feminino as problemáticas relativas às dificuldades de aprendizagem e de comportamento em contexto escolar são menores, enquanto no sexo masculino tendem a manifestar posturas de discórdia a nível de conduta, vincado por atitudes desafiadoras e agressivas. Os autores referem também os sintomas motores irão atenuar, porém as questões do foro cognitivo serão mantidas ao longo do tempo. Porém, segundo Filipe (2004), no decorrer do tempo esta ideiação da prevalência face ao género da pessoa tem vindo a ser debatida e questionada, sendo consensual de que a divergência entre os sexos remete-se não para a prevalência da patologia, mas sim para a sua expressão sintomática. Deste modo, a razão pela qual existe um número inferior de crianças do sexo feminino diagnosticadas advém da menor frequência da Perturbação do Comportamento, quando comparadas com o sexo

masculino. Os estudos apontam que o tipo de PHDA diagnosticado nas raparigas consiste maioritariamente no predominantemente desatento, desenvolvendo-se posteriormente e originando uma expressão clínica mais tardia, o que faria com que o género feminino não fosse diagnosticado de uma forma tão precoce e, naturalmente, somente teriam intervenção numa fase mais avançada.

Referentemente à temática da avaliação da qualidade de vida em geral na população infantojuvenil, Abreu *et al.* (2016) mencionam que são poucas as investigações disponíveis no que concerne a QVRS em idade pediátrica. Tal fator, quando se ramifica para crianças com diagnóstico de PHDA, ainda se torna mais escasso. Verificou-se, através da informação auferida no presente estudo, diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de crianças que compõem o grupo de estudo, quer a nível das subescalas da ECPR – R, como também do valor global de QVRS. Desta forma, segundo os testes estatísticos realizados, averiguou-se que as crianças com diagnóstico de PHDA parecem exibir valores médios superiores de oposição, de problemas cognitivos/ desatenção, de excesso de atividade motora e ainda um maior índice de PHDA, quando comparadas com crianças sem diagnóstico deste foro. No entanto, a o grupo de estudo composto por as crianças com diagnóstico de PHDA reportou um valor global de QVRS significativamente menor, por comparação com as crianças sem diagnóstico de PHDA.

Os dados obtidos na presente investigação corroboram com os resultados apresentados por Fonseca (2013) efetuou um estudo em que avaliava a influência da PHDA na perceção de qualidade de vida em crianças com 10 a 12 anos de idade, e concluiu que a amostra sem diagnóstico de patologia evidenciou valores superiores na QV. Autores como Klassen *et al.* (2004), Escobar *et al.* (2005) e Varni & Burwinkle (2006) também comprovaram nos seus estudos que o índice de QV apresentado pelas crianças com diagnóstico de PHDA foram menores, e relacionam este fator com prejuízo a nível do contexto escolar, futuras dificuldades na aprendizagem, bem-estar social e nas competências de autoestima e autoeficácia. Danckaerts *et al.* (2010) acrescentam que a QV dependerá da gravidade da patologia, sendo que em quadros mais austeros, apresentará valores menores e revelam também que independentemente desta severidade da perturbação, que ocorre sempre prejuízo em termos da QV. Como justificação, encontra-se na literatura a sugestão de o fator idade encontrar-se associada de forma negativo ao domínio emocional da QVRS (Lee *et al.*, 2016).

Bilhar (2010) efetuou uma investigação com 88 crianças, e evidenciou de que a amostra apresentava baixos valores na QV em todos os fatores analisados (aspectos académicos, emocionais, psicossociais e qualidade de vida total), segundo os instrumentos aplicados. Porém, em Assis (2015) não verificou tais características, sendo que a sua maioria das crianças que constituía a sua amostra revelou bons níveis de QV. Não obstante, a autora justifica esta divergência de resultados pelo fato de a sua população-alvo usufruir de intervenção terapêutica durante os dois últimos anos, enquanto a amostra de Bilhar (2010) não. Assis (2015) concluiu que este fator é primordial e deve sempre ser tido em consideração, uma vez que modifica a situação atual da criança o que, naturalmente, influencia o estilo, a conduta de estar nos diversos contextos e a QV.

Lima *et al.* (2014) acrescentam também um dado interessante, e revelam que o período de tempo em que a criança se encontra no contexto/estabelecimento escolar também poderá ser uma condicionante a ter em conta. Assim, as crianças com diagnóstico com PHDA que permanecem mais tempo na escola conseguem ter mais oportunidade de participarem e envolverem-se em atividades extracurriculares e/ou pedagógicas, o que potenciará uma estimulação das suas competências motoras, sociais e cognitivas e que, conseqüentemente, promoverá a QV (Assis, 2015).

No que respeita a relação com os pais/cuidadores, as fundamentações expostas na literatura vão ao encontro com os resultados obtidos no presente estudo. Para Bilhar (2010), não é somente a criança com diagnóstico da perturbação em estudo que sofre com a doença, mas também a família. Segundo Lier *et al.* (2007) e Martenyi *et al.* (2009), os fatores negativos provenientes da convivência com uma criança com diagnóstico de PHDA pode-se alongar pelos constituintes do agregado familiar, sendo as perturbações entre cuidador-filho, depressão, *stress* parental e divergências conjugais as ocorrências mais comuns. O nível de autoestima dos progenitores de crianças com PHDA também é mais baixo quando comparado com os pais de crianças sem diagnóstico (Johnston, 1996). Benczik e Casella (2015) relatam ainda de que, por norma, os progenitores encaram a criança com diagnóstico de PHDA como desadequada, inconveniente e rude, com a ideiação de que existe muita pressão psicológica para coincidir às expectativas dos adultos.

Na investigação efetuada por Sawyer *et al.* (2002), os autores verificaram que os progenitores das crianças com diagnóstico de PHDA apresentaram valores menores quando comparados com os pais do grupo de controlo. O estudo de Xiang *et al.* (2009) corrobora com os resultados anteriormente referidos, em que os pais de crianças com

PHDA revelaram valores menores em todos os domínios de QV. Befera e Barkley (1985) ramificaram a população-alvo e avaliaram somente a QV das mães das crianças com PHDA e verificaram um aumento de sintomatologia depressiva e de discordância a nível matrimonial. Recentemente, Reis *et al.* (2020) efetuaram uma investigação em que abordaram a QV de cuidadores de crianças com perturbação do Neurodesenvolvimento, em que incluíram aqui como critérios de inclusão o diagnóstico de PHDA e de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Os autores concluíram que os valores da QVRS dos cuidadores de crianças com perturbação do Neurodesenvolvimento, para os domínios vitalidade e dor exibiram um *score* mais reduzido, apontando para uma perceção de fadiga e desgaste; os que possuíam hábitos religiosos revelaram valores mais altos de QVRS no domínio social e de saúde mental; quem possuía um companheiro(a) e/ou era casado evidenciou uma superior QVRS para os domínios aspetos sociais e aspectos emocionais e, por último, a faixa etária do progenitor revelou uma correlação negativa com a QVRS a nível do domínio da capacidade funcional, na medida em que os cuidadores com uma idade superior demonstram uma menor predisposição para a concretização das AVD's.

Danckaerts *et al.* (2010) apontam que a existência de divergência na perceção da QV das crianças, quando questionados tanto os pais, como as crianças, sendo as últimas a exporem dados mais positivo. Este fator pode ser justificado e elucidado face à existência de uma desvalorização/desconsideração por parte da criança em relação aos problemas e dificuldades que apresenta, bem como às metodologias de como tem que lidar com os mesmos (Klassen *et al.*, 2006).

No que concerne os resultados provenientes das entrevistas elaboradas, os dados apontam para uma equidade dos aspetos positivos e negativos relativamente ao ambiente familiar e no relacionamento entre pares (não se destacando nenhuma das categorias), e insatisfação face ao ambiente escolar vivenciado. Apesar de existirem estudos que revelam uma maior preocupação nos estabelecimentos escolares e um aumento a nível dos recursos humanos (através de técnicos superiores na área da saúde e educação, para proporcionar uma melhor resposta e adaptação dos conteúdos académicos), verificou-se através das entrevistas que os cuidadores consideram que o apoio efetuado é insuficiente face às suas necessidades e preocupações. A colheita de informação diretamente dos cuidadores pretendeu fomentar a análise quantitativa através de um parecer na primeira pessoa relativamente à experiência e contextos de vida das famílias e crianças.

Atualmente, já se verifica que algumas mães recorrem à procura de informação sobre a temática, quer seja eletrónica através de motores de pesquisa *online* ou em suporte de papel física com a aquisição de obras literárias. Oliveira (2009) analisou esse ponto, e no seu estudo notou que 50% da sua amostra já tinha efetuado leituras sobre a PHDA, o que origina uma melhor preparação e elaboração de estratégias para lidar com a presença da perturbação no seio familiar. A existência de grupos de apoio, partilha de informação, troca de relatos entre pais e de estratégias são algumas das sugestões evidenciadas na literatura e que poderão aumentar os valores de QV nos progenitores que residem com crianças com diagnóstico de PHDA.

## Considerações Finais e Orientações

A finalidade deste estudo consistiu em analisar a influência e impacto da PHDA nos relacionamentos sociais (pais e pares), comparativamente a crianças sem PHDA. Especificamente, averiguou-se a influência da presença de PHDA nas competências sociais (relacionamento com os pais e pares) de crianças e a qualidade de vida dessas mesmas crianças, bem como a relação entre a presença de PHDA e a presença de problemas e/ou perturbações comportamentais.

Verificou-se que os instrumentos de avaliação selecionados apresentam boas qualidades psicométricas, através análise da consistência interna, bem como pelas correlações dentro dos instrumentos. Os dados obtidos apontam para a existência de um impacto da existência da PHDA no cotidiano da criança/família. As crianças com diagnóstico de PHDA parecem apresentar valores médios superiores de oposição, de problemas cognitivos/desatenção, de excesso de atividade motora e ainda um maior índice de PHDA, por comparação com as crianças sem diagnóstico de PHDA. De modo inverso, as crianças com diagnóstico de PHDA tendem a reportar um valor global de QVRS, significativamente menor, por comparação com as crianças sem diagnóstico de PHDA. Os progenitores, segundo os relatos, também de revelam de igual forma um índice menor de QV. Observou-se uma relação positiva e significativa entre as quatro subescalas da ECPR-R, com especial relevância para a correlação muito forte existente entre o índice de PHDA e a subescala problemas cognitivos/desatenção.

No que concerne ao valor global de QVRS, este surge correlacionado negativamente com todas as subescalas da ECPR-R. No entanto, apenas apresenta uma correlação estatisticamente significativamente, com a subescala oposição. Assim, as crianças sem diagnóstico de PHDA que apresentam mais comportamentos de oposição, parecem experienciar menor qualidade de vida (QVRS). Os resultados obtidos através dos testes de correlação, apontam para a existência de uma relação positiva, forte e estatisticamente significativa entre a presença do diagnóstico de PHDA e as quatro subescalas da ECPR-R. Deste modo, as crianças com diagnóstico de PHDA tendem a demonstrar significativamente mais comportamentos de oposição, mais problemas cognitivos/desatenção, excesso de atividade motora superior, e ainda, valores superiores no índice de PHDA. Os resultados sugerem também a existência de uma correlação

negativa, moderada e estatisticamente significativa entre a presença de diagnóstico de PHDA e o valor global de QVRS. Assim, a presença de diagnóstico de PHDA parece associar-se a uma menor qualidade de vida.

Nunes e Werlang (2008) evidenciam os aspetos relativos ao ambiente académico e familiar, na medida em que poderão intensificar ou reduzir a sintomatologia da PHDA. Estes ambientes poderão diminuir os comportamentos adversos, sendo que possibilitam um espaço vocacionado para a modelagem de condutas saudáveis. Uma lacuna a nível dos conteúdos disciplinares, no relacionamento interpessoal, no acompanhamento e supervisão nas crianças com diagnóstico de PHDA correspondem a fatores que, em ambos os contextos, reforçam as atitudes desajustadas, originando baixa competência de tolerância à frustração, dificuldades na aquisição e aprendizagem dos conteúdos académicos, dificuldades na socialização entre os pares, entre outras.

Wasserman e Wasserman (2012) realçam a importância da realização de novas investigações para compreender as implicações consequentes das variáveis relacionadas com a PHDA, bem o relacionamento existente (a nível da causa e efeito, intermediárias e reguladoras). Os autores salientam também a necessidade de os técnicos envolventes (quer seja da área da saúde, como da educação), que exercem funções pessoas com diagnóstico de PHDA, adicionarem instrumentos de QV nos momentos de avaliação, planeamento e intervenção.

Como limitações da presente dissertação, evidencia-se a subjetividade dos instrumentos de avaliação aplicados, bem como as informações recolhidas através das entrevistas semiestruturadas aos progenitores das crianças, relativamente ao impacto da sintomatologia da PHDA no quotidiano e na qualidade das suas vidas. A inexistência da utilização neste estudo de uma bateria de avaliação neuropsicológica no grupo de estudo também pode ser um fator desfavorável, uma vez que impossibilita/dificulta a realização de uma medição das competências cognitivas na população-alvo. No âmbito deste protejo, foi avaliado a perspetiva dos pais que integram o meio familiar das crianças com diagnóstico de PHDA. Como sugestão, poderá ser benéfico em futuras investigações a inclusão do parecer dos docentes, devido ao fato de consistem em profissionais que acompanham a criança num longo período de tempo da sua rotina diária. Os professores conseguem recolher e fornecer dados interessantes, relativos à forma de como a criança reage em situações que requerem um maior esforço, bem como de controlo a nível dos impulsos de hiperatividade/impulsividade.

Considera-se pertinente referir que uma intervenção cada vez mais precoce, aliada a um acompanhamento e estruturação a nível académico, poderão promover o desempenho e qualidade de vida destas crianças e das famílias, o que aumentará o seu grau de satisfação e felicidade.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, M., Marques, I, Martins, M., Fernandes, T., & Gomes, P. (2016). Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes – estudo bicêntrico e comparação com dados europeus. *Nascer e Crescer*; 25(3), 141-6. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n3/v25n3a03.pdf>
- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, C. (2016). *Abordagem Farmacológica da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve.
- Alves, M., Pedroso, B., & Pinto, G. (2016). Cálculo dos escores e estatística descritiva dos instrumentos KIDSCREEN utilizando o Microsoft Excel. *Revista Espacios*, 37(12), 1-11. Recuperado de <https://www.revistaespacios.com/a16v37n12/16371224.html>
- Amaral, B., Jou, G., Pavav, C., Schaefer, L., & Zimmer, M. (2010). Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 23(1), pp. 29-36. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000100005>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, A., & Flores-Mendoza, C. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que nos informa a investigação dimensional?. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 17-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2010000100003>
- Andrade, C., Silva, W., Belizário, J., & Silveira, J. (2011). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(4), 455-464. Recuperado de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/165>
- Andrade, P., & Vasconcelos, M. (2018). Transtorno do déficit de atenção com hiperactividade. *Residência Pediátrica*, 8(1), 64-71. doi: 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-11

- Antony, S., & Ribeiro, J. (2004). A criança hiperativa: uma visão da abordagem gestáltica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 127-134. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200005>
- Antshel, K., & Barkley, R. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder. In A. Gallagher, C. Bulteau, D. Cohen and J. Michaud (Eds). *Handbook of Clinical Neurology: Neurocognitive Development: Disorders and Disabilities*, 174-194.
- Antunes, R. (2019). Diagnóstico, avaliação e intervenção na perturbação de hiperatividade e défice de atenção: o papel do psicólogo. *Gazeta Médica*, 6(2), 104-109. Recuperado de <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/260/155>
- Araiza, J. (2014). El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: Revisión de la bibliografía. *Salud mental*, 37(1), 75-82. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n1/v37n1a9.pdf>
- Assis, T. (2015). *Qualidade de vida, exercício físico e sonolência diurna excessiva em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Dom Bosco.
- Authier, J. (2012). The Psychoeducation Model: Definition, Contemporary Roots and Content. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 12(1). Recuperado de <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/60143>
- Baptista, M. (2010). *Perturbação de Hiperactividade 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). Universidade Técnica de Lisboa.
- Baptista, M. (2010). *Perturbação de hiperactividade 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). Universidade Técnica de Lisboa.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3ª ed). NY: Guilford Press.

- Barkley, R. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento* (3ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Barkley, R. A. (2016). Recent longitudinal studies of childhood attention deficit/hyperactivity disorder: important themes and questions for further research. *Journal of Abnormal Psychology*, 125, 248–255. doi:10.1037/abn0000125.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: what the science says*. New York: Guilford Publications.
- Barrias, P. (2014). Perturbações disruptivas do comportamento e de déficit da atenção. In P. Monteiro (Eds). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, 115-136.
- Bäumel J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. (2006) Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull*, 32(1), 1-9. doi:10.1093/schbul/sbl017
- Befera, M., & Barkley R. (1985). Hyperactive normal girls and boys: motherchild interaction, parent psychiatric status and child psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(3), 439-452. doi: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb01945.x.
- Berlin, L., Bohlin, G., Nyberg, L., & Janols, L. (2004). How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between children with ADHD and controls? *Child Neuropsychology*, 10(1), 1-13. doi: 10.1076/chin.10.1.1.26243.
- Bhattacharjee, D., Rai, A., Singh, N., Kumar, P., Munda, S., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Industrial Psychiatry Journal*, 14(1) 33-39. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/256090741\\_Psychoeducation\\_A\\_Measure\\_to\\_Strengthen\\_Psychiatric\\_Treatment](https://www.researchgate.net/publication/256090741_Psychoeducation_A_Measure_to_Strengthen_Psychiatric_Treatment)
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E., Ferrero, F., et al. (2004). Impact of executive function deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 757-766. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.757.

- Bilhar, J. (2010). *Qualidade de vida de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Bonadio, R., & Mori, N. (2013). *Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: diagnóstico da prática pedagógica*. Brasil: EDUEM.
- Bowden, G. (2014). Disorders of inattention and hyperactivity: The production of responsible subjects. *History of the Human Sciences*, 27(1), 88–107. doi: 10.1177/0952695113503325
- Braga, A. (2011). *Estilos parentais de pais de crianças com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.
- Briars, L., & Todd, T. (2016). A Review of Pharmacological Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 21(3), 192–206. doi:10.5863/1551-6776-21.3.192
- Brook, U., & Boaz, M. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and learning disabilities (LD): adolescent perspective. *Patient Education and Counseling*, 58(2), 187-191. doi:/10.1016/j.pec.2004.08.011.
- Brown, K. A., Samuel, S., & Patel, D. R. (2018). Pharmacologic management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a review for practitioners. *Translational Pediatrics*, 7(1), 36–47. doi:10.21037/tp.2017.08.02
- Bunford, N., Evans, S., Becker, S., & Langberg, J. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social skills in youth: a moderated mediation model of emotion dysregulation and depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 283–296. doi: 10.1007/s10802-014-9909-2.
- Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P., & Garvan, C. (2010). Adolescent Outcomes of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Community Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(6), 595–605. doi:10.1016/j.jaac.2010.03.006
- Cardoso, F., Sabbag, S., & Beltrame, T. (2007). Prevalência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em relação ao gênero de escolares. *Revista Brasileira de*

*Cineantropometria e Desempenho Humano*, 9(1), 50-54. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/4032/3418>

Cariano, A. (2010). *Conhecimentos, percepções e práticas dos professores de Ensino Básico face à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior.

Carvalho, C. (2013). *As Atitudes dos Pais perante a Inclusão de Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa.

Catelan-Mainardes, S. (2010). Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade na Infância e Adolescência pela perspectiva da neurobiologia. *Revista Saúde e Pesquisa*, 3(3), 385-391. Recuperado de <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1473/1160>

Cavalcanti, A., & Galvão, C. (2007). *Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Child and Adolescent Health Measurement Initiative (2018). *National Survey of Children's Health (NSCH) data query*. Data Resource Center for Child and Adolescent Health supported by the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (HRSA), Maternal and Child Health Bureau (MCHB). Recuperado de <https://www.childhealthdata.org/>

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*, 23(4), 195-200. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n4/v23n4a04.pdf>

Coelho, L., Chaves, E., Vasconcelos, S., Fonteles, M., Sousa, F., & Viana, G. (2010). Transtorno do défice de atenção e hiperatividade (TDAH) na criança: aspetos neurobiológicos, diagnóstico e conduta terapêutica. *Acta Médica*, 23, 689-696.

Colomer-Diago, C., Miranda-Casas, A., Herdoiza-Arroyo, P., & Presentación-Herrero, M. (2012). Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en los resultados durante la adolescencia. *Revista de Neurologia*, 54(1), 117-126. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/61416558.pdf>

- Conners, K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised - Technical Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Connor, D. (2002). Preschool Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review of Prevalence, Diagnosis, Neurobiology, and Stimulant Treatment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(Supplement), S1–S9. doi:10.1097/00004703-200202001-00002
- Cordilhã, C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(5), 577-589. doi: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v24i5.10548>
- Cordinhã, A. & Boavida, J. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 577-589.
- Couto, T., Júnior, M., & Gomes, C. (2010). Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. *Ciências & Cognição*, 15(1), 241-251.
- Cruz, B., Lemos, F., Piani, P., & Brigagão, J. (2016). Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(3), 282-292. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160027>
- Dallos, G., Miklósi, M., Keresztény, Á., Velő, S., Szentiványi, D., Gádoros, J., & Balázs, J. (2014). Self- and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *Journal of Attention Disorders*, 21(9), 721–730. doi:10.1177/1087054714542003
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J. S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., & Coghill, D. (2009). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 83–105. doi:10.1007/s00787-009-0046-3
- Desidério, S., & Miyazaki, M. (2007). Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 165-176. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572007000100018>

- Dias, A. (2010). Tendências do *neurofeedback* em psicologia: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 811-820. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000400017>
- Dias, N., Menezes, A., & Seabra, A. (2010). Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 1(1), 80-95. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v1n1/a06.pdf>
- Ellis, B., & Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/ hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(2), 146-154. doi: 10.1097/CHI.0b013e31819176d.
- Erskine, H., Ferrari, A., Nelson, P., Polanczyk, G., Flaxman, A., Vos, T., Whiteford, H., & Scott, J. (2013). Research review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the global burden of disease study 2010. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 54(12), 1263-1274. doi:10.1111/jcpp.12144
- Escobar, R., Soutullo, C., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P. & Gilaberte, I. (2005). Worse Quality of Life for Children With Newly Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Compared With Asthmatic and Healthy Children. *Pediatrics*, 116(5), 364-369. doi: 10.1542/peds.2005-0386
- Filipe, A. (2020). Situar a hiperatividade e déficit de atenção em Portugal: dimensões sociais, históricas e éticas de um tema emergente na saúde global. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(12), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056420>
- Filipe, C. (2004). A perturbação de hiperatividade com défice de atenção no adulto. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20(6), 733-7. Recuperado de <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10098/9835>
- Fonseca, C. (2017). *Influência de fatores sociofamiliares no desenvolvimento da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto.
- Fonseca, M. (2013). *O estudo da influência da perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) nas variáveis autoconceito e percepção de qualidade de vida*

*em crianças com 10 a 12 anos de idade* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra.

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gaspar, T., & Matos, M. (2008). *Qualidade de vida em Crianças e adolescentes: versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Gevensleben, H., Holl, B., Albrecht, B., Vogel, C., Schlamp, D., Kratz, O., ... Heinrich, H. (2009). Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomised controlled clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(7), 780–789. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02033.x
- Gillberg, C., Gillberg, I., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., Johnson, M., Rothenberger, A., & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD? implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(S1). doi:10.1007/s00787-004-1008-4
- Golfeto, J., & Barbosa, G. (2003). Epidemiologia. In: L. Rodhe, et. al. *Princípios e práticas em TDAH. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*, p. 15-33. Porto Alegre: Artmed.
- Graeff, R., & Vaz, C. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah). *Psicologia USP*, 19(3), 341-361. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/41967/45635>
- Grenwald-Mayes, G. (2001). Relationship between current quality of life and family of origin dynamics for college students with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 5(4), 211–222. doi:10.1177/108705470100500403
- Halfon, N., Larson, K., & Slusser, W. (2013). Associations between obesity and comorbid mental health, developmental, and physical health conditions in a nationally representative sample of US children aged 10 to 17. *Academic Pediatrics*, 13, 6–13. doi:10.1016/j.acap.2012.10.007.

- Hamdan, A., & Pereira, A. (2009). Avaliação neuropsicológica das funções executivas: considerações metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 386-393. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000300009>
- Harpin V. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(1), 2-7. doi: 10.1136/adc.2004.059006
- Homem, M. (2002). *O jardim de Infância e a família*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Hora, A., Silva, S., Ramos, M., Pontes, F., & Nobre, J.. (2015). A prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (tdah): uma revisão de literatura. *Psicologia*, 29(2), 47-62. <https://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1031>
- Jaén, A. (2007). Casos clínicos de TDA/H. Trastorno por deficit de atención/hiperactividad en adolescents. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias*, 47(1), 49-52. Recuperado de [https://www.sccalp.org/boletin/47\\_supl1/BolPediatr2007\\_47\\_supl1\\_049-052.pdf](https://www.sccalp.org/boletin/47_supl1/BolPediatr2007_47_supl1_049-052.pdf)
- Jafferian, V., & Barone, L. (2015) A construção e a desconstrução do rótulo do TDAH na intervenção psicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 32(98), 118-127. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v32n98/02.pdf>
- Jensen, P., Hinshaw, S., Swanson, J., Greenhill, L., Conners, C., Arnold, L., ... Wigal, T. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(1), 60-73. doi:10.1097/00004703-200102000-00008
- Johnston C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207. doi: 10.1023/a:1017592030434.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositionaldefiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 85-104. doi: 10.1007/BF01448375.

- Joo, S., & Kim, H. (2018) Treatment of Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and/or Tourette's Disorder with Clonidine Extended Release. *Psychiatry Investig*, 15(1), 90-93. doi: 10.4306/pi.2018.15.1.90.
- Joseph, H. M., Kennedy, T. M., Gnagy, E. M., Perlman, S. B., Pelham, W. E., & Molina, B.S.G. (2019). Fathers with childhood ADHD, parenting, and their young children's behavior: offspring of the Pittsburgh ADHD longitudinal study (PALS). *Child Psychiatry & Human Development*, 50(1), 35-44. doi: 10.1007/s10578-018-0819-3.
- Justo, A., Carvalho, J., & Kristensen, C. (2014). Desenvolvimento da empatia em crianças: a influência dos estilos parentais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 510-523. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n2/v15n2a14.pdf>
- Kaplan, G., & Newcorn, J. H. (2011). Pharmacotherapy for Child and Adolescent Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 58(1), 99–120. doi:10.1016/j.pcl.2010.10.009
- Karande, S., Bhosrekar, K., Kulkani, M., & Thakker, A. (2009). Health related quality of children with newly diagnosed specific learning disability. *Journal of Tropical Pediatrics*, 55(3), 160-169. doi: /10.1093/tropej/fmn099.
- Kast, R., & Altschuler, E. (2008). The earliest example of the hyperactivity subtype of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Jan Steen's 'The Village School' (c. 1670). *SAMJ: South African Medical Journal*, 98(8), 594-595. Recuperado de <http://www.scielo.org.za/pdf/samj/v98n8/11.pdf>
- Khune, M., Schachar, R., & Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1715-1725.
- Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2006). Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: Care, Health and Development*, 32(4), 397–406. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00609.x
- Klassen, A., Miller, A. & Fine, S. (2004) Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 114(5), 541-547. doi: 10.1542/peds.2004-0844

- Kousha, M., & Kadrodi, M. A. (2019). Can parents improve the quality of life of their children with attention deficit hyperactivity disorder? *Iranian Journal of Psychiatry, 14*(2), 154-159. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6702278/pdf/IJPS-14-154.pdf>
- Lange, K., Reichl, S., Lange, K., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2*(4), 241–255. doi:10.1007/s12402-010-0045-8
- Laugesen, B., & Groenkjaer, M. (2015). Parenting experiences of living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review of qualitative evidence. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 13*(11), 169–234. doi:10.11124/jbisrir-2015-2449
- Lee, Y., Yang, H.-J., Chen, V. C., Lee, W.-T., Teng, M.-J., Lin, C.-H., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Research in Developmental Disabilities, 51*(52), 160–172. doi:10.1016/j.ridd.2015.11.009
- Lee, Y.C., Yang, H. J., Lee, W.T., & Teng, M. J. (2019). Do parents and children agree on rating a child's HRQOL? a systematic review and meta-analysis of comparisons between children with attention deficit hyperactivity disorder and children with typical development using the PedsQL. *Disability and Rehabilitation, 41*(3), 265-275. doi: 10.1080/09638288.2017.1391338.
- Lemes, C., & Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia, 25*(1), 17-28. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lemes, P. (2016). *Fatores preditivos da qualidade de vida e da intensidade de sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes* (Tese de Pós-Graduação). Universidade Federal de Uberlândia.
- Lier, P., Ende, J., Koot, H., & Verhulst, F. (2007). Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(6), 601–608. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01724.x.

- Lima, C., Souza, D., Neiva, C., Tonello, M., & Cano, M. (2014). A influência da escola de tempo integral sobre a qualidade de vida infantil. *Revista Digital EFdesporte.com*, 190(18). Recuperado de <http://hdl.handle.net/11449/135718>
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Lopes, R., Nascimento, R., & Bandeira, D. (2005). Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 65-74. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a08.pdf>
- Maciel, E. (2006). *Qualidade de vida: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo.
- Malaca, I. (2008). *Hiperactividade com défice de atenção: que soluções? Proposta de construção de um programa de formação de pais* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa.
- Manso, L. (2012). *O eletroencefalograma na patologia de hiperatividade/défice de atenção* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Covilhã.
- Marques, M., Matias, J., Machado, R., Duarte, A., Fonseca, M., & Monteiro, P. (2018). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Idade Pediátrica: Papel dos Cuidados de Saúde Primários. *Gazeta Médica*, 5(1), 28-36. <https://doi.org/10.29315/gm.v5i1.138>
- Matos, A. M. (2013). *Detecção das alterações estruturais e funcionais para a doença de Alzheimer* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra.
- Mattos, P., & Coutinho, Gabriel. (2007). Qualidade de vida e TDAH. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 50-52. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000500011>
- McAuley, T., Crosbie, J., Charach, A., & Schachar, R. (2014). The persistence of cognitive deficits in remitted and unremitted ADHD: a case for the state independence of response inhibition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55, 292–300. doi:10.1111/jcpp.12160.
- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>

- Modesto-Lowe, V., Danforth, J., & Brooks, D. (2008). ADHD: does parenting style matter? *Clinical Pediatrics*, 47(9), 865-872. doi: 10.1177/0009922808319963.
- Moreira, L., Almeida, F., & Correia, Z. (2010). Implicações médico-legais da PHDA. *Repositório Científico do ISMAI*, 1(1), 1-13. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.24/453>
- Moura, O. (2008). Avaliação psicológica de crianças hiperactivas com défice de atenção. *Revista Diversidades*, 21(6). Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/268333655\\_Avaliacao\\_psicologica\\_de\\_crianças\\_hiperactivas\\_com\\_defice\\_de\\_atencao](https://www.researchgate.net/publication/268333655_Avaliacao_psicologica_de_crianças_hiperactivas_com_defice_de_atencao)
- Mozzato, A. & Grzybovski, D. (2011) Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(4), 731-747. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000400010>
- Neto, M. (2010). *TDAH: Transtorno de deficit de atenção/hiperactividade ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Novais, R. (2014). Perturbação de hiperatividade e défice de atenção (phda): excesso de diagnósticos? *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca*, 2(2), 40-41. Recuperado de <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/101/65>
- Nunes, M., & Werlang, B. (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e escolares. *ConScientiae Saúde*, 7(2), 207- 216. Recuperado de <https://periodicos.uninove.br/saude/article/download/970/1046>
- Oliveira, D., Ragazzo, A., Barreta, N., & Oliveira, I. (2016). Prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em uma Escola Pública da cidade de Salvador, Bahia. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 15(3), 354-358. doi: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v15i3.18215>
- Oliveira, H. (2019). *Experiências de vida de mães com filhos com PHDA* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação de Fafe.

- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2015). PHDA: O que Há de Novo no DSM-5? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 49(2), 75-94. DOI: [https://doi.org/10.14195/1647-8614\\_49-2\\_4](https://doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_4)
- Oliveira, R. (2010). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Estudo de Caso* (Dissertação de Mestrado). Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Porto.
- Organização Mundial de Saúde (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*, 41(10), 403-409.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Brasil: EDUSP.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Pardilhão, C., Marques, M., & Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperatividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(1), 592-599. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.17/1583>
- Park, J. L., Hudec, K. L., & Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 56, 25-39. doi:/10.1016/j.cpr.2017.05.003.
- Parker, H. (2011). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade*. Lisboa: Porto Editora.
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J., Coghill, D., Cooper, C., Daley, D., De Silva, C., Harpin, V., Hodgkins, P., Nadkarni, A., Setawan, J., & Sonuga-Barke, E. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European child & adolescent psychiatry*, 25(11), 1217-1231. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0841-6>
- Pereira, A. (2009). *Crescer em relação: estilos parentais educativos, apoio social e ajustamento – estudo longitudinal com crianças em idade escolar*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Coimbra.

- Pintalhão, I., Penetra, J., & Batista, J. (2019). Prática de ioga como terapia complementar ou alternativa em crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e déficit de atenção: uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 35(2), 121-135. <https://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v35i2.12087>
- Pliszka, S. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894–921. doi:10.1097/chi.0b013e318054e724
- Poeta, L., & Neto, F. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 150-155. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000300004>
- Pongwilairat, K., Louthrenoo, O., Charnsil, C., & Witoonchart, C. (2005) Quality of life of children with attention-deficit/hyper activity disorder. *J Med Assoc Thai*, 88(8), 1062–1066. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.539.6015&rep=rep1&type=pdf>
- Ramalho, J. (2010). Percurso desenvolvimental dos portadores da perturbação de hiperatividade com déficit de atenção. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16(2), 313-322. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382010000200011>
- Rappley, M. D. (2005). Attention Deficit–Hyperactivity Disorder. *New England Journal of Medicine*, 352(2), 165–173. doi:10.1056/nejmcp032387
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., & the European KIDSCREEN Group (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19, 1487–1500. doi: 10.1007/s11136-010-9706-5.
- Rebelo, J. (1986). Para uma delimitação da noção de criança hiperactiva. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 20, 203-218.

- Rebelo, J. (1997). Como ajudar alunos com hiperactividade nas escolas. *Psychologica*, 19, 165-198.
- Reininho, R. (2013). *O jogo como estratégia de modelação de comportamentos em aluno com phda* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garret.
- Reis, G., Zonta, J., Camilo, B., Fumincelli, L., Gonçalves, A., & Okido, A. (2020). Qualidade de vida de cuidadores de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 22(1). <https://doi.org/10.5216/ree.v22.59629>
- Rey, C. (2012). Pedro Melenas, el terror de las neuronas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 877-887. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000400014>
- Ribeiro, V. L. G. (2011). *Perturbação de hiperactividade com défice de atenção (PHDA): convergência da avaliação entre diferentes fontes* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior.
- Robeva, R., & Penberthy, J. (2009). Bayesian Probability Approach to ADHD Appraisal. *Methods in Enzymology*, 467(1), 357–380. doi:10.1016/s0076-6879(09)67014-2
- Rodrigues, A. (2004). *Contributos para a avaliação da criança com perturbação de hiperactividade e défice de atenção. estudo de standardização e propriedades psicométricas das formas reduzidas das escalas de conners revistas para professores e pais em crianças do primeiro ciclo* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa.
- Rodríguez-Jiménez, R., Cubillo, A. I., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Aragüés-Figuero, M., & Palomo, T. (2006). Disfunciones ejecutivas en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividade. *Revista de Neurología*, 43(11), 678-684.
- Rohde, L., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 61-70. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300009>

- Rohde, L., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 61-70. doi:10.1590/S0021-75572004000300009.
- Rosa, A., & Telles, M. (2009). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes: revisão de literatura. *Revista de Psicologia*, 3(10). doi:10.14295/idonline.v3i10.97.
- Santos, C. (2011). *A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Tipo Misto: Que perfis neuropsicológicos lhe estão inerentes e que intervenções lhe podem ser adequadas?* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa.
- Santos, M. (2013). *O estudo da influência da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) nas variáveis autoconceito e percepção de qualidade de vida em crianças com 10 a 12 anos de idade* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra.
- Santos, M. (2013). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: identificar, avaliar e intervir*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Santos, O. (2012). *Avaliação da perturbação de hiperatividade e défice de atenção na adolescência* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Educação e Ciências.
- Sawyer, M., Whaites, L., Rey, J., Hazell, P., Graetz, B., & Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(5), 530–537. doi:10.1097/00004583-200205000-00010
- Schweizer, C. & Prekop, J. (2011). *Crianças Hiperativas*. Porto: Âmbar.
- Silva, J., & Takase, E. (2011). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, neurofeedback e medidas psicológicas: uma revisão de literatura. *Revista Digital EFDeportes.com*, 16(155). Recuperado de <https://www.efdeportes.com/efd155/transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade.htm>
- Simões, C. (2012). Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção no Adulto: qual o papel do médico de família?. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28(6), 454-456. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v28n6/v28n6a12.pdf>

- Sjöwall, D., & Thorell, L.B. (2019). Neuropsychological deficits in relation to ADHD symptoms, quality of life, and daily life functioning in young adulthood. *Applied Neuropsychology: Adult*, 27, 1-9. doi: 10.1080/23279095.2019.1704287.
- Smith, M. (2008). Hyperactive Around the World? The History of ADHD in Global Perspective. *Social History of Medicine*, 30(4), 767–787. <https://doi.org/10.1093/shm/hkw127>
- Still, G. (1902). *The Coulstonian lectures on some abnormal physical conditions in children*. London: Royal College of Physicians.
- Strauss, A., & Lehtinen, L. (1947). *Psychopathology na education of the brain injure child*. New York: Grune and Statton.
- The KIDSCREEN Group (2004). *KIDSCREEN-10 index: Health-Related Quality of Life Questionnaire for children and young people*. Recuperado de <https://www.kidscreen.org/english/questionnaires/kidscreen-10-index/>.
- 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), 994–1001. doi: 0.1542/peds.2014-3482
- Turgay A. (2007). A multidimensional approach to medication selection in the treatment of children and adolescents with ADHD. *Psychiatry*, 4(8):47-57. Recuperado de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882286/pdf/PE\\_4\\_8\\_46.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882286/pdf/PE_4_8_46.pdf)
- Ullsperger, J. M., Nigg, J. T., & Nikolas, M. A. (2016). Does child temperament play a role in the association between parenting practices and child attention deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(1), 167-178. doi: 10.1007/s10802-015-9982-1.
- Valdizán, J., & Izaguerri-Gracia, A. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurologia*, 48(2), 95-99. doi: 10.33588/rn.48S02.2009017
- Valido, R. (2016). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Conhecimentos e estratégias pedagógicas dos docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico (Dissertação de Mestrado)*. Instituto Superior de Educação e Ciências.

- Valido, R. (2016). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Conhecimentos e estratégias pedagógicas dos docentes do 1.º Ciclo do Ensino Básico* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Educação e Ciências.
- Varni, J., & Burwinkle, T. (2006). The PedsQL™ as a patient-reported outcome in children and adolescents with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 1-10. doi: 10.1186/1477-7525-4-26
- Vaz, I. (2012). *Hiperatividade com Défice de Atenção* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa.
- Wasserman, T., & Wasserman, L. (2012). The sensitivity and specificity of neuropsychological tests in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology: Child*, 1(2), 90-99. doi: 10.1080/21622965.2012.702025.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.09.009.
- Werry, J., & Sprague, R. (1970). Hyperactivity. In C. Costello (Eds.), *Symptoms of psychopathology* (pp. 397- 417). New York: Wiley.
- Williamson, D., & Johnston, C. (2016). Marital and coparenting relationships: associations with parent and child symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(8), 684-694. doi: 10.1177/1087054712471717.
- Wolraich, M., Wibbelsman, C., Brown, T., Evans, S., Gotlieb, E., Knight, J., Ross, E., Shubiner, H., Wender, E., & Wilens, T. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents: A Review of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734–1746. doi:10.1542/peds.2004-1959
- Xiang, Y.-T., Luk, E., & Lai, K. (2009). Quality of Life in Parents of Children with Attention-Deficit–Hyperactivity Disorder in Hong Kong. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(8), 731–738. doi:10.1080/00048670903001968

## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**Guião da Entrevista**

<p style="text-align: center;"> <b>Seção A</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente familiar</li> </ul> </p>	<p style="text-align: center;">           -Descrição da criança             -Analisar as suas principais potencialidades e dificuldades         </p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caracterize o seu filho de um modo geral. Como é a sua personalidade?</li> <li>2. O que é que o seu filho gosta mais de fazer?</li> <li>3. Quais são as maiores dificuldades do seu filho?</li> <li>4. Caracterize a rotina do seu filho.</li> <li>5. Como é a relação do seu filho no meio familiar? consegue seguir as regras impostas pelos pais? Já aconteceu não conseguir cumprir alguma regra?</li> <li>6. A sua relação em lugares públicos é igual ou diferente?</li> <li>7. O que é que o seu filho gosta mais de fazer nos seus tempos livres, nomeadamente em casa?</li> <li>8. O seu filho costuma fazer várias coisas ao mesmo tempo? Como estudar e ao mesmo tempo cantar e ver TV?</li> <li>9. Como é a alimentação a nível de independência e autonomia?</li> <li>10. O seu filho consegue controlar os esfíncteres?</li> <li>11. O seu filho costuma escolher a roupa sozinho?</li> </ol> <p style="text-align: center;">-</p>
--	--	--

<p style="text-align: center;"><b>Secção B</b> <b>Relacionamento entre pares</b></p>	<p style="text-align: center;">-Analisar o relacionamento entre os sujeitos para com a família e amigos</p>	<p>12. O seu filho tem muitos amigos? Gosta que os seus amigos vão a sua casa?</p> <p>13. Tem muitos amigos na escola? A relação com os professores é boa?</p> <p>14. E em casa? Dá-se bem com os pais? E com os irmãos?</p> <p>15. Frequenta alguma atividade extraescolar? Como por exemplo os escuteiros, canto, música ou algum desporto como a dança ou a patinagem?</p> <p>16. O seu filho costuma dormir em casa de amigos?</p>
--	---	--

<p style="text-align: center;"><b>Secção C</b> <b>Ambiente escolar</b></p>	<p>-Analisar o impacto que a escola tem no E.E</p> <p>-Analisar o modo como os pais lidam com as crianças com esta perturbação</p>	<p>17. Como é o comportamento do seu filho em sala de aula? Fala muito? É distraído? Acha que isso o atrapalha? Em que sentido?</p> <p>18. Qual é a disciplina em que o seu filho sente mais dificuldades? O que é mais difícil para ele? Pode explicar? Quais são as disciplinas que ele gosta mais e tem mais sucesso?</p> <p>19. O seu filho esquece-se das coisas com facilidade? Consegue terminar o que inicia?</p> <p>20. Acha que o seu filho tem o apoio necessário relativamente a questões de aprendizagem e por parte do apoio na escola?</p> <p>21. Costuma fazer os trabalhos de casa com facilidade?</p> <p>22. É necessário ser o adulto a lembrar que tem de fazer os T.P.C?</p>
<p style="text-align: center;"><b>Agradecimentos</b></p>	<p>Agradecimento da colaboração do entrevistado</p>	<p>Muito obrigada pela colaboração</p>

**ANEXO II**  
**Escala de Conners para Pais**  
**(Versão Revista – Forma Reduzida)**



**ANEXO III**  
**KIDSCREEN-10**



## KIDSCREEN-10

Olá,

Como estás? É isso que queríamos que tu nos contes. Por favor, lê todas as questões cuidadosamente. Que resposta vem primeiro à tua cabeça? Escolhe e assinala a resposta mais adequada ao teu caso.

Lembra-te: Isto não é um teste, portanto não existem respostas erradas. É importante que respondas a todas as questões e para nós conseguir perceber as tuas respostas claramente. Quando pensas na tua resposta, por favor tenta pensar na tua última semana.

Não tens que mostrar as tuas respostas a ninguém. E ninguém teu conhecido vai ver o teu questionário depois de o teres terminado.

1- És rapaz ou rapariga?

Rapariga

Rapaz

2- Que idade tens?

\_\_\_\_\_ anos

3- Tens alguma deficiência, doença ou condição física crónica?

Não

Sim

Qual? \_\_\_\_\_

## KIDSCREEN-10

Pensa na última semana...

	nada	pouco	Moderada mente	muito	totalmente
1- Sentiste-te bem e em forma?					
2- Sentiste-te cheio(a) de energia?					
3- Sentiste-te triste?					
4- Sentiste-te sozinho(a)?					
5- Tiveste tempo suficiente para ti próprio(a)?					
6- Foste capaz de fazer atividades que gostas de fazer no teu tempo livre?					
7- Os teus pais tratam-te com justiça?					
8- Divertiste-te com os teus amigos(as)?					
9- Foste bom/boa aluno(a) na escola?					
10- Sentiste-te capaz de prestar atenção?					

**ANEXO IV**  
**Consentimiento Informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

**Exm(a). Sr(a).**

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, encontra-se em desenvolvimento um estudo intitulado: “*A qualidade de vida em crianças com PHDA e a relação com os pais*”, que pretende elucidar sobre a qualidade de vida das crianças com PHDA e a sua relação com os seus encarregados de educação. Desta forma, a seguinte investigação tem como principais objetivos, os seguintes:

- (1) Saber se as crianças com PHDA têm uma qualidade de vida melhor ou pior do que as crianças que não apresentam esta patologia;
- (2) Analisar se as crianças com PHDA apresentam uma relação com os pais melhor ou pior do que aquelas que não apresentam a patologia;

O presente consentimento diz respeito à autorização e colaboração para a elaboração e recolha de dados para o estudo acima referido. A sua colaboração é fundamental para o sucesso do presente estudo. A confidencialidade dos dados encontra-se completamente assegurada e garantimos que serão apenas utilizados no contexto do referido estudo e nunca para outros fins alheios a este mencionado, respeitando-se assim o direito total à privacidade.

Caso persistam dúvidas, poderá contactar a mestranda responsável pelo estudo através do e-mail: sara\_raquel\_96@hotmail.com

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

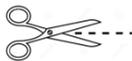
Assinatura da Mestranda

\_\_\_\_\_

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

Assinatura do(a) encarregado (a) de educação

\_\_\_\_\_



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que li, compreendi e concordo com a colaboração do meu educando no estudo intitulado: “*A qualidade de vida em crianças com PHDA e a relação com os pais*”. Fui devidamente informado(a) sobre o âmbito da participação e sobre a confidencialidade total dos dados recolhidos.

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

Assinatura do(a) encarregado (a) de educação

---