

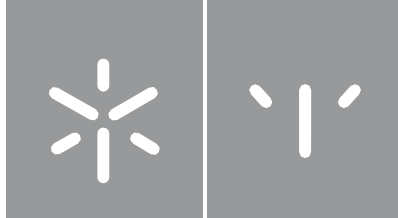


Universidade do Minho  
Escola de Psicologia

Ana Luísa Costa Monteiro

**Identificação e Intervenção na PHDA: O  
Papel e a Perspetiva dos Pais**





Universidade do Minho  
Escola de Psicologia

Ana Luísa Costa Monteiro

**Identificação e Intervenção na PHDA: O  
Papel e a Perspetiva dos Pais**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Paula Cristina Marques Martins**

outubro de 2020

## Direitos de autor e condições de utilização do trabalho por terceiros

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença [abaixo](#) indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### *Licença concedida aos utilizadores deste trabalho*



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações  
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Universidade do Minho, 19/10/2020

Assinatura: Ana Luísa Costa Monteiro

(Ana Luísa Costa Monteiro)

### **Agradecimentos**

À minha família, pela oportunidade que me deram para que pudesse seguir o meu sonho, pela motivação constante e pelo amparo e paciência nos momentos difíceis.

À Tânia, à Alexandra, à Daniela e ao Eduardo. Foram vocês que marcaram estes cinco anos. Guardo um lugar especial para cada um de vocês no meu coração.

À professora Paula, por me ter dado um modelo para seguir. Agradeço pelos ensinamentos, pela boa disposição e por toda a ajuda.

Às minhas meninas do grupo de investigação: Nini, Cristiana e Catarina. Vocês fizeram com que este percurso fosse muito mais fácil.

Às minhas grandes amigas: Ana e Amanda. Obrigada pela amizade e por nunca terem duvidado das minhas capacidades.

### **Declaração de integridade**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 19/10/2020

Assinatura: *Ana Luísa Costa Monteiro*

(Ana Luísa Costa Monteiro)

## Identificação e Intervenção na PHDA: O Papel e a Perspetiva dos Pais

### Resumo

Ao longo das últimas décadas a prevalência da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção tem aumentado, assim como a terapêutica farmacológica concomitante. Existem indicadores de que esta perturbação possa estar sobrediagnosticada, o que remete para uma possível medicalização dos comportamentos considerados como socialmente desviantes. Uma das explicações para este fenómeno centra-se nos pais, não só por constituírem elementos chave na interpretação da normatividade dos comportamentos dos filhos, mas também porque as suas autoperceções de incapacidade de gestão destas condutas influenciam a procura de ajuda especializada. Este estudo teve como objetivo explorar o papel dos pais na sinalização e procura de tratamento para crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Particular ênfase foi dada às suas perspetivas acerca dos efeitos da medicação, eficácia e impacto a longo prazo. Mediante o método de amostragem não probabilístico de conveniência e *snowball* foram entrevistados 25 pais cujos filhos tinham diagnóstico desta perturbação e estavam a ser medicados para este efeito. Os resultados enfatizam o papel da escola na sinalização do problema e apontam que a pressão exercida pelos professores, a preocupação com o aproveitamento escolar e a dificuldade de controlo dos comportamentos das crianças são os principais fatores que motivam a consulta médica. Quanto à intervenção, verificou-se uma priorização do tratamento farmacológico sobre outras modalidades terapêuticas e uma perspetiva positiva dos pais acerca da eficácia da medicação, independentemente dos efeitos secundários que produz. Concluiu-se assim que a adesão aos fármacos supre as dificuldades de gestão comportamental por parte dos progenitores, o que parece reforçar a sua procura, contribuindo para a medicalização das crianças.

*Palavras-chave:* PHDA, medicalização, progenitores, medicação

## **Identification and Intervention on ADHD: The Role and the Perspective of Parents**

### **Abstract**

Over the last few decades, the prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder has increased, as well as the concomitant pharmacological therapy. There are indicators that this disorder may be overdiagnosed, which points to a possible medicalization of the behaviors considered as socially deviant. One of the explanations for this phenomenon focuses on parents, not only because they are key elements in the interpretation of the normativity of their children's behavior, but also because their self-perceptions of inability to manage these behaviors influence the demand for specialized help. This study aimed to explore the role of parents in signaling and seeking treatment for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Particular emphasis was placed on their perspectives on the effects of medication, efficiency and long-term impact. Using the non-probabilistic sampling methods of convenience and snowball, 25 parents whose children had diagnosis of this disorder and were being medicated for this purpose were interviewed. The results emphasize the role of school in signaling the problem and point out that the pressure exerted by teachers, the concern with school performance and the difficulty in controlling children's behaviors are the main factors that motivate medical consultation. Regarding the intervention, there was a prioritization of the pharmacological treatment over other therapeutic modalities and a positive perspective from parents about the effectiveness of the medication, regardless of the side effects it produces. It was concluded that adherence to psychiatric drugs addresses parents' difficulties in managing behaviors, which seems to reinforce their search, contributing to the medicalization of children.

*Keywords:* ADHD, medicalization, parents, medication



## Índice

|  |    |
|--|----|
| Identificação e Intervenção na PHDA: O Papel e a Perspetiva dos Pais ..... | 8  |
| Prevalência .....  | 8  |
| Etiologia .....  | 10 |
| Terapêuticas: farmacológica e não farmacológica.....                       | 11 |
| Método.....  | 14 |
| Participantes.....   | 14 |
| Instrumentos .....   | 14 |
| Procedimento .....   | 14 |
| Análise de dados.....  | 15 |
| Resultados .....   | 16 |
| Sinalização dos comportamentos considerados problemáticos.....             | 16 |
| Estratégias dos progenitores prévias à consulta médica .....               | 18 |
| Intervenção na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....      | 19 |
| Discussão .....  | 22 |
| Referências .....  | 26 |

## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1. <i>Sinalização dos comportamentos considerados problemáticos.....</i>        | 17 |
| Tabela 2. <i>Estratégias dos progenitores prévias à consulta médica.....</i>           | 19 |
| Tabela 3. <i>Intervenção na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....</i> | 21 |

### **Identificação e Intervenção na PHDA: O Papel e a Perspetiva dos Pais**

A quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) define a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) como um transtorno neurodesenvolvimental cujos sintomas afetam o funcionamento pessoal, social, académico e profissional dos indivíduos. Comportamentos como a desorganização, a incapacidade de permanência numa tarefa, a fácil distração por estímulos externos e a dificuldade em escutar ou manter a atenção são característicos da condição, assim como a impulsividade e a atividade excessiva. A PHDA apresenta-se através de três formas: uma predominantemente desatenta, uma hiperativa/impulsiva e uma combinada, onde ambos os critérios de desatenção e hiperatividade/impulsividade são cumpridos (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Para que se estabeleça um diagnóstico da perturbação é necessário que os sintomas se manifestem antes dos 12 anos de idade e que permaneçam por um período mínimo de seis meses, afetando o funcionamento do indivíduo em dois ou mais contextos (APA, 2013).

Na infância, a coexistência desta perturbação com outras (como a de conduta ou a de oposição desafio) é frequente (APA, 2013; Singh, 2008). Assim, é importante a realização de uma avaliação rigorosa que atente à comorbilidade e à diferenciação das problemáticas. Em Portugal, pediatras do desenvolvimento, neuropediatras, pedopsiquiatras e psicólogos clínicos podem realizar o diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. A avaliação deve ser executada com base nos critérios de diagnóstico, mas também com o recurso à observação comportamental e à recolha de informação de múltiplas fontes (Novais, 2014).

#### **Prevalência**

São diversas as estimativas relativas à prevalência global desta perturbação, dado que varia consoante a cultura, faixa etária, metodologia adotada e critérios de diagnóstico utilizados (Holbrook, Bitsko, Danielson, & Visser, 2017; Oliveira, Pereira, Medeiros, & Serrano, 2015; Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014). Ainda assim, estima-se que o transtorno afete cerca de 7,2% da população mundial (Thomas, Sanders, Doust, Beller, & Glaszio, 2015). Quanto a Portugal, devido à falta de estudos, os dados relativos à incidência da PHDA são escassos (Oliveira et al., 2015).

Intitulada como um dos distúrbios mais comuns da infância, a PHDA está presente em cerca de 5% das crianças, predominantemente no sexo masculino (APA, 2013). Cerca de um terço dos indivíduos mantém esta condição na idade adulta, porém os sintomas são instáveis e habitualmente a hiperatividade torna-se menos expressiva durante o curso de vida (Barbaresi et al., 2013; Nathan & Gorman, 2015).

Diversos autores apontam para um aumento na prevalência da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção ao longo das últimas décadas (Batstra et al., 2012; Infarmed, 2015; Polanczyk et al., 2014; Visser et al., 2014; Xu, Strathearn, Liu, Yang, & Bao, 2018).

É possível que a consciencialização progressiva dos pais, professores e profissionais de saúde acerca do transtorno tenha contribuído para as variações no número de casos diagnosticados (Polanczyk et al., 2014; Rydell, Lundström, Gillberg, Lichtenstein, & Larsson, 2018), assim como as alterações nas diferentes edições do DSM. Estas mudanças incluem a alteração da idade de início dos sintomas dos sete para os 12 anos, a diminuição do número de critérios a serem cumpridos após os 17 anos de idade e a inclusão do grau de severidade dos sintomas. Estas modificações permitiram a inclusão de novos casos, entre eles alguns com sintomas ligeiros (McKeown et al., 2015; Nathan & Gorman, 2015; Kazda, Bell, Thomas, McGeechan, & Barratt, 2019; Voort, He, Jameson, & Merikangas, 2014).

Relacionado com o aumento de diagnósticos, surge um crescente consumo de psicofármacos para o tratamento da PHDA, o que pode estar relacionado com a pressão exercida pela indústria farmacêutica na promoção e publicitação de medicamentos para o tratamento desta condição (Conrad, 2017; Infarmed, 2015; Pereira, Ferreira, Azevedo, Barroso, & Monteiro, 2018; Kass, Posner, & Greenhill, 2015; Visser et al., 2014).

Por outro lado, a literatura da especialidade regista indicadores de que esta perturbação possa estar sobrediagnosticada (Rydell et al., 2018). Num estudo de Froehlich e colaboradores (2007), cerca de 3,3% das mais de 3000 crianças estudadas não cumpriam os critérios de diagnóstico para a PHDA segundo o DSM-IV (1994), mas possuíam um diagnóstico prévio para a perturbação e recebiam tratamento medicamentoso para a mesma. Numa revisão sistemática de Polanczyk e colaboradores (2014) os autores afirmam que ao estandardizar os procedimentos de diagnóstico utilizados, a prevalência deste transtorno diminui em várias localizações geográficas. Assim, as discrepâncias nos critérios de diagnóstico utilizados e nas fontes de informação recorridas possibilitam o surgimento destes falsos positivos.

Associado ao sobrediagnóstico surge o conceito de medicalização para definir a patologização de comportamentos considerados como socialmente desviantes. Uma vez que a maioria dos casos diagnosticados com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção são sinalizados na idade escolar, os pais e os professores constituem elementos-chave na interpretação da normatividade e ajustamento dos comportamentos das crianças. Todavia a avaliação dos sintomas por parte destes informantes é influenciada pelas expectativas dos próprios e pela comparação face aos pares. Então, quando uma criança apresenta comportamentos diferentes do expectável ou dos demais, existe uma tendência para problematizar as condutas. Aliado a isso, a dificuldade que estes indivíduos apresentam em gerir os comportamentos das crianças motiva-os a procurarem explicações ou tratamentos médicos para os desvios, categorizando-os assim como sendo um problema médico. (Conrad, 2017; Monteiro & Martins, no prelo; Novais, 2014).

### **Etiologia**

Apesar de existir uma elevada controvérsia relativamente às causas da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, a literatura confere-lhe uma natureza multidimensional impulsionada por fatores genéticos, biológicos e contextuais (Monteiro & Martins, no prelo; Oliveira, Medeiros, & Serrano, 2017).

Na revisão sistemática de Faraone e Larsson (2019) os autores exploraram a influência da hereditariedade na emergência da PHDA e através de estudos com gémeos calcularam uma heridabilidade média de 74% para a perturbação.

Outros estudos verificaram alterações neuroanatômicas presentes em indivíduos com PHDA, como alterações na volumetria total do cérebro e de certas regiões cerebrais específicas (Oliveira et al., 2017). Além disto, a perturbação está associada a uma diminuição da função do córtex pré-frontal, o que gera prejuízos ao nível da regulação da atenção e dos impulsos (Mesquita, 2015; Muzetti & Vinhas, 2011; Oliveira et al., 2017). Esta disfunção é, em parte, explicada por um déficit de dopamina e noradrenalina e, de facto, os psicoestimulantes utilizados no tratamento da PHDA atuam como agonistas indiretos destes neurotransmissores (Mesquita, 2015; Muzetti & Vinhas, 2011; Santos & Vasconcelos, 2010).

Fatores pré, peri e pós-natais como a exposição ao álcool ou tabaco durante a gestação, a prematuridade e défices nutricionais também podem contribuir para a emergência da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (Millichap, 2008; Oliveira et al., 2017).

Por outro lado, o contexto socioeducativo também apresenta um papel determinante na trajetória da PHDA, uma vez que existe um conjunto de fatores de risco que agravam e precipitam os sintomas (Novais, 2014; Oliveira et al., 2017; Teixeira, Marino, & Carreiro, 2015).

A literatura da especialidade aponta para uma relação bidirecional entre o comportamento da criança e as práticas educativas. Isto significa que a conduta da criança pode afetar a adoção de determinadas práticas parentais, assim como essas podem influenciar o modo como a criança se comporta (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008; Rezende, Calais, & Cardoso, 2019; Teixeira, Marino, & Carreiro, 2015).

Pais de crianças com diagnóstico de PHDA reagem de uma forma semelhante perante esta perturbação e daí resultam estilos e práticas próprios entre eles: experienciam níveis mais elevados de *stress*, que por sua vez se associam à utilização de práticas punitivas e fazem avaliações substancialmente mais baixas da sua autoeficácia parental quando comparados a pais cujos filhos não têm o transtorno (McRae, Stoppelbein, O'Kelley, Fite, & Smith, 2020; Primack et al., 2012; Yousefia, Far, & Abdollahian 2011). Existe uma ligação entre a autoperceção de uma baixa eficácia parental e a procura de auxílio médico, uma vez que esta busca ocorre quando os pais não se sentem capazes de lidar com as condutas dos filhos (Conrad, 2017).

### **Terapêuticas: farmacológica e não farmacológica**

A PHDA é incurável, todavia existem tratamentos que atenuam os sintomas, proporcionando ao indivíduo uma melhoria da sua qualidade de vida. A intervenção farmacológica com medicação psicoestimulante, as intervenções não farmacológicas de índole comportamental e a conjugação de ambas são os tratamentos mais utilizados para a PHDA. A literatura aponta para uma adequação etária e uma utilização sequencial destas modalidades de intervenção, devendo as intervenções não farmacológicas constituir a primeira opção de tratamento (Monteiro & Martins, no prelo; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018; Young & Amarasinghe, 2010).

A terapia comportamental tem sido o tratamento não farmacológico mais implementado. Este tipo de intervenção foca-se em identificar e modificar os antecedentes e consequentes dos comportamentos, através de estratégias comportamentais específicas, de forma a substituir um comportamento problemático por um desejável. Esta intervenção não atua diretamente nos sintomas característicos da perturbação, mas sim nos comportamentos que causam prejuízos no dia-a-dia do indivíduo. Mesmo assim, esta abordagem causa um efeito,

ainda que indireto, na sintomatologia característica da PHDA (Friedman & Pfiffner, 2020; Pfiffner & Haack, 2015).

Dentro da terapia comportamental o treino parental, as intervenções em contexto de sala de aula e o treino de competências são considerados eficazes para o tratamento da PHDA e quando utilizados em conjunto produzem efeitos mais significativos (Friedman & Pfiffner, 2020).

Como mencionado anteriormente, as práticas educativas influenciam a trajetória desenvolvimental da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Assim, o treino parental procura psicoeducar os pais acerca da PHDA e dotá-los de estratégias de gestão comportamental mais adequadas. Quanto às intervenções em contexto académico, estas seguem o mesmo modelo da formação parental: modificar comportamentos em sala de aula através da utilização de estratégias apropriadas. Entre elas encontram-se a adequação das instruções, a desconstrução de tarefas, o fornecimento de *feedback* e a recompensa ou retirada de benefícios. Já o treino de competências, ao contrário das intervenções anteriormente mencionadas, incide diretamente sobre a criança, fornecendo-lhe estratégias de organização afim de melhorar o seu desempenho académico e vida diária (Friedman & Pfiffner, 2020; Pfiffner & Haack, 2015; Training & Technical Assistance Center, 2017).

Quanto à intervenção farmacológica na PHDA, existe uma variedade de medicamentos utilizados no tratamento desta condição. Entre estes incluem-se os estimulantes do sistema nervoso central (como o metilfenidato), os não estimulantes (como a atomoxetina), os antidepressivos e os antipsicóticos (Catalá-López et al., 2017). Em Portugal, tanto o metilfenidato como a atomoxetina são comparticipados e comercializados pelo Serviço Nacional de Saúde, mas o metilfenidato demonstra-se mais eficaz na atenuação dos sintomas hiperativos e desatentos (Catalá-López et al., 2017; Infarmed, 2015; Liu, Zhang, Fang, & Qin, 2017). Efetivamente, este é o medicamento mais utilizado no tratamento da PHDA e no mercado português surge sob os nomes comerciais de Rubifen, Ritalina e Concerta (Infarmed, 2015; Liu et al., 2017; Pereira, et al., 2018).

Apesar de comprovada a eficácia do tratamento medicamentoso, este acarreta efeitos secundários a curto, médio e longo prazo. Entre os efeitos a curto prazo encontra-se a diminuição do apetite, tristeza, irritabilidade, fadiga, cefaleias, tonturas e insónias (Catalá-López et al., 2017; Pereira et al., 2018; Wilens & Hammerness, 2016). Relativamente às implicações a médio e longo prazo, diversos autores associam o consumo de psicofármacos a

prejuízos no funcionamento e desenvolvimento dos indivíduos. Busardò, Kyriakou, Cipolloni, Zaami e Frati (2016) alertam para a possibilidade de ocorrer priapismo em crianças sujeitas a tratamento com metilfenidato, já outras investigações apontam para o impacto pequeno, mas significativo deste mesmo medicamento no sistema cardiovascular, dado que o seu consumo foi associado a um aumento na frequência cardíaca e pressão arterial (Arcieri et al., 2012). Também os resultados de um estudo longitudinal de Lambert (2005) demonstram uma associação entre adultos com PHDA tratados com estimulantes desde a infância e o aumento da probabilidade de dependência de tabaco e cocaína. Por fim, através de ratos, evidenciou-se que doses moderadas de metilfenidato melhoravam o desempenho cognitivo, mas doses altas pioravam-no (Arnsten & Dudley, 2005). Já Bento, Ferreira, Lima e Manganotti (2019) verificaram que o desempenho escolar de crianças diagnosticadas com PHDA não sujeitas a tratamento farmacológico era superior ao das crianças sujeitas a tratamento com metilfenidato.

Quando comparadas todas as modalidades terapêuticas, verifica-se que o tratamento com psicoestimulantes combinado com as intervenções comportamentais produz efeitos mais significativos na PHDA (Catalá-López et al., 2017). Ainda assim, a intervenção deve corresponder a um processo sequencial, onde a não farmacologia deve ser priorizada. Porém, o consumo de psicoestimulantes tem vindo a aumentar substancialmente nas últimas duas décadas, o que levanta preocupações relativas à generalização do seu uso (DGS, 2015; Infarmed, 2015; Pereira, et al., 2018; Pires & Martins, 2019).

O número de casos diagnosticados com PHDA tem vindo a aumentar, assim como o consumo de fármacos para o tratamento desta condição. Existem indicadores na literatura que sugerem que este distúrbio possa estar sobrediagnosticado, seja pelas disparidades nos procedimentos de diagnóstico utilizados ou pela tendência dos pais e professores para problematizar as condutas das crianças. Uma vez que as práticas educativas influenciam a trajetória desenvolvimental da perturbação, a investigação neste domínio sugere que a incapacidade de gestão e controlo dos pais sobre os comportamentos dos filhos pode culminar na procura de auxílio médico, contribuindo para o recurso à farmacologia.

Posto isto, esta investigação teve como propósito explorar o papel dos pais na sinalização e procura de tratamento para filhos com PHDA. Particular ênfase foi dada às perspetivas dos progenitores acerca da medicação. Especificamente, analisou-se o processo de significação

dos pais que conduziu à problematização dos comportamentos das crianças, averiguaram-se as práticas educativas por eles adotadas na tentativa de lidarem com essas condutas e investigou-se como se articularam com as suas redes sociais no sentido de responder às suas dificuldades de gestão dos comportamentos. Quanto ao tratamento em si, investigaram-se as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e as perspetivas dos pais acerca dos efeitos da medicação, eficácia e impacto a longo prazo.

### **Método**

#### **Participantes**

Através das técnicas de amostragem não probabilística de conveniência e bola de neve virtual foram entrevistados 25 pais com idades compreendidas entre os 31 e os 61 anos ( $M = 41.44$ ;  $DP = 6.48$ ). Do total, 23 eram do sexo feminino e dois do masculino. Definiram-se como critérios de inclusão: terem filhos com diagnóstico de PHDA, sujeitos a intervenção farmacológica e a frequentar o 1º, 2º ou 3º ciclo de escolaridade.

No total obtiveram-se dados relativos a 27 jovens, dado que dois dos participantes tinham dois filhos a cumprir os critérios. Desses 27, cinco eram do sexo feminino e 22 do masculino, com idades compreendidas entre os sete e os 18 anos ( $M = 10.67$ ;  $DP = 2.74$ ).

#### **Instrumentos**

Os pais preencheram um questionário sociodemográfico e responderam a uma entrevista semiestruturada. O questionário incluía questões relativas à idade e género dos participantes e dos respetivos filhos. Quanto à entrevista, esta foi construída com base numa previamente existente de Pires e Martins (2019), sendo que as questões abordavam os seguintes tópicos: comportamentos dos filhos considerados disruptivos, estratégias adotadas pelos progenitores para lidar com estes comportamentos, recursos que mobilizaram para responder às suas dificuldades de gestão destas condutas, orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e, por fim, perspetivas dos progenitores acerca da eficácia da medicação, efeitos secundários e impacto a longo prazo. Optou-se pela realização de uma entrevista semiestruturada, uma vez que permite ao investigador adaptar as questões principais no decorrer da entrevista, com o objetivo de compreender melhor o fenómeno em estudo (Lima, 2016).

#### **Procedimento**

Após obtido o parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade do Minho, estabeleceu-se contacto com os cinco agrupamentos de escolas do concelho de Braga que



possuíam maior número de alunos no ano letivo 2017/2018. Esta informação foi obtida a partir do portal “infoescolas” que permite explorar a quantidade de alunos presentes em cada agrupamento e em cada escola consoante os ciclos.

Aos agrupamentos foi pedido que mediassem a seleção dos participantes, uma vez que as crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção se encontram sinalizadas nas escolas. Três agrupamentos aceitaram colaborar, porém o contacto com dois deles foi perdido aquando o fecho das escolas, em março de 2020, consequente da pandemia do COVID-19. Assim, com o auxílio do Agrupamento de Escolas André Soares, agendou-se uma reunião com a investigadora e com os pais que cumpriam os critérios de inclusão da amostra. Daqui foram recrutados cinco participantes, quanto aos restantes 20, estes voluntariaram-se a participar no estudo a partir de publicações feitas nas redes sociais *Facebook* e *Instagram*. O número de participantes foi estabelecido segundo o critério da saturação teórica dos dados, ou seja, até o acréscimo de novas informações ser desnecessário, uma vez que não altera a compreensão do fenómeno em estudo (Thiry-Cherques, 2009).

As entrevistas foram realizadas presencialmente (em locais acordados com os participantes), por chamada telefónica e por escrito, entre o dia 13 de novembro de 2019 e 16 de julho de 2020. Numa fase inicial do contacto os participantes foram informados acerca do objetivo da investigação, bem como do cariz das questões colocadas. Todos preencheram o consentimento informado, permitindo a gravação em áudio das entrevistas e onde lhes foi garantido o anonimato. Assim, todos os nomes mencionados nesta investigação são fictícios. Posteriormente, preencheu-se o questionário sociodemográfico e, por fim, realizaram-se as questões da entrevista.

### **Análise de dados**

Os dados foram objeto de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Este tipo de análise requer a construção de categorias e a apresentação da frequência das mesmas. O processo iniciou-se com a transcrição das entrevistas, seguido de uma leitura flutuante que permite a familiarização dos dados. Posteriormente procedeu-se à codificação manual e descritiva dos dados, atribuindo códigos a excertos das entrevistas. De seguida, agruparam-se os códigos para formar categorias e registou-se a ocorrência de cada uma no total de entrevistas. A categorização seguiu uma abordagem mista, uma vez que as categorias foram criadas à priori e as subcategorias à posteriori (Bardin, 2009; Clarke & Braun, 2012).

De forma a verificar a fiabilidade dos dados, recorreu-se à análise de conteúdo pré-estruturada, onde três júris externos receberam uma lista com a descrição das categorias de primeira e segunda ordem e uma grelha com excertos das entrevistas numerados. Aos júris pediu-se que fizessem corresponder cada excerto a uma categoria (Lima, 2013). A taxa de fiabilidade foi obtida pela divisão entre o número de acordos do júri e o total de unidades de registo, que multiplicado por 100 resultou numa percentagem de acordo de 90%.

### **Resultados**

As categorias que surgiram a partir da análise das entrevistas foram organizadas em três temas: 1) Sinalização dos comportamentos considerados problemáticos; 2) Estratégias dos progenitores prévias à consulta médica e 3) Intervenção na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. No primeiro tema (Tabela 1) encontram-se duas categorias: i) Dificuldades sentidas pelos progenitores e ii) Intervenientes que sinalizaram as dificuldades como um problema. Quanto ao segundo tema (Tabela 2), este contém duas categorias: i) Estratégias para lidar com os problemas e ii) Procura de ajuda. Já o terceiro (Tabela 3) inclui i) Prescrição médica (além da medicação) e ii) Perspetivas acerca da medicação.

#### **Sinalização dos comportamentos considerados problemáticos**

*Dificuldades sentidas pelos progenitores.* Questionou-se os pais acerca dos comportamentos das crianças que consideravam disruptivos e pediu-se que especificassem aqueles com os quais tinham mais dificuldade em lidar. A maioria dos participantes nomeou dificuldades emocionais e comportamentais (n=26) que se traduzem em problemas externalizantes como agitação, impulsividade, agressividade e desobediência (“O João explodia, depois vinham crises de choro” [P12]). As dificuldades cognitivas também foram mencionadas pela maior parte dos progenitores (n=20) e incluem a desatenção e o atraso na aquisição de competências (“A gente está a falar com ele e ele está na lua” [P3]). Adicionalmente, os participantes relataram dificuldades relacionadas com o sono (n=7), como dificuldade em adormecer e agitação durante o sono (“Parecia os ponteiros do relógio durante a noite” [P13]) e referiram problemas escolares (n=4) traduzidos em mau aproveitamento, rejeição em relação à escola e queixas por parte dos professores (“Não queria estudar, detestava e detesta aprender” [P12]). A desatenção, a agitação, a desobediência e a preocupação com o rendimento escolar são distinguidos pelos progenitores como os problemas mais difíceis de gerir.

*Intervenientes que sinalizaram as dificuldades como um problema.* Através das respostas obtidas à questão “quem identificou inicialmente o problema?”, 13 progenitores referiram que foram eles próprios que o sinalizaram (“Eu achei que dentro do normal, algo se passava com ele. Comparando com os meus sobrinhos, não tinham nada a ver” [P5]). Porém, em 10 casos foram os professores/educadores que alertaram os pais nesse sentido (“Isto já vem desde o infantário. As educadoras no infantário notaram que ele era um bocadinho diferente, pensavam que tivesse algum problema” [P4]). Aqui, das 10 respostas dadas para a comunidade escolar, cinco dos progenitores já estavam cientes dos comportamentos disruptivos das crianças, no entanto normalizavam-nos. Os restantes dados apontam para uma sinalização feita em conjunto pelos pais e pela escola (n=3) e em apenas um caso foram os pais juntamente com a família e com os professores que identificaram os comportamentos como sendo um problema médico. Importa referir que através das respostas dadas à questão “Qual foi o momento em que se apercebeu que não conseguia lidar com os comportamentos do seu filho sem recorrer a ajuda profissional?” concluiu-se que a pressão exercida por outros (nomeadamente por parte da escola e da família), a preocupação com o aproveitamento escolar e a falta de controlo/sensação de impotência dos pais sobre os comportamentos das crianças foram os principais motivos descritos para a procura de ajuda médica.

**Tabela 1**

*Sinalização dos comportamentos considerados problemáticos*

| Categoria   | Subcategoria                                   | Frequência de respostas |
|---|--|-------------------------|
| Dificuldades sentidas pelos progenitores                        | Cognitivas                                     | 20                      |
|   | Emocionais e comportamentais                   | 26                      |
|   | Escolares                                      | 4                       |
|   | Relacionadas com o sono                        | 7                       |
|   | Outros   | 6                       |
| Intervenientes que sinalizaram as dificuldades como um problema | Progenitores                                   | 13                      |
|   | Comunidade escolar                             | 10                      |
|   | Progenitores + Comunidade escolar              | 3                       |
|   | Progenitores + Comunidade escolar + Familiares | 1                       |

### **Estratégias dos progenitores prévias à consulta médica**

*Estratégias para lidar com os problemas.* Os participantes foram questionados acerca das estratégias por eles adotadas para responderem às suas dificuldades de gestão dos comportamentos das crianças antes da procura de ajuda médica. A maioria (n=18) utilizou estratégias de gestão comportamental, nomeadamente reforço/punição e estabelecimento de horários e rotinas (“Castigá-lo. Já não jogava à bola, já não comia bolas de Berlim na praia, já não comia doces, já não via televisão” [P16]). Sete respostas apontam para o auxílio no estudo, tanto na escola, como em casa (“E eu tentava acompanhar o estudo, ou seja, não ficava ele na secretária dele sozinho a trabalhar, mas eu ficava junto dele” [P4]). Em menor número encontram-se as práticas desportivas (n=2) (“Ele faz imenso desporto, ele tem imensa necessidade de fazer desporto” [P14]) e as terapias (n=3), que incluem a terapia da fala, a terapia ocupacional e o apoio psicológico (“Pedi ajuda a um psicólogo” [P25]). Outras respostas (n=9) incluem a mudança nos hábitos alimentares, o uso de medicinas alternativas e a procura de informação acerca da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (“Eu mudei a alimentação, acabamos com o sumo e tirei-lhe as bolachas” [P14]; “Tentei-me informar ao máximo, tratá-lo de igual modo, tirei alguns cursos e workshops sobre parentalidade consciente, li e pesquisei muito.” [P24]). Quando questionados acerca da eficiência das suas estratégias, 9 consideraram-nas eficazes, enquanto 11 as perspetivaram como impotentes.

*Procura de ajuda.* Aos pais foi inquirido a que tipos de ajuda recorreram ou que recursos mobilizaram para responder às suas dificuldades. Com igual número de respostas (n=9) os participantes relataram ter procurado ajuda na escola (“Foi falado com a professora para tentar a ajuda dela, mas esta não se manifestou” [P6]), junto do médico de família (“Falei com o nosso médico de família” [P19]) e junto de pediatras, neuropediatras e pedopsiquiatras (“Eu procurei ajuda através da pediatra” [P5]). Sete dos participantes recorreram a psicólogos clínicos e escolares (“Por iniciativa nossa, procuramos uma psicóloga clínica infantil” [P19]) e três pediram orientações aos familiares (“Normalmente falamos sempre com família, se bem que por ser uma família chegada já estava toda a gente a par” [P7]). As restantes respostas (n=6) referem-se à solicitação de ajuda a amigos e a equipas multidisciplinares (“Tinha uma amiga terapeuta da fala que tem dois filhos também com défice de atenção e então falei com ela” [P14]).

**Tabela 2***Estratégias dos progenitores prévias à consulta médica*

| Categoria                               | Subcategoria                           | Frequência de respostas |
|---|--|-------------------------|
| Estratégias para lidar com os problemas | Estratégias de gestão comportamental   | 18                      |
|   | Auxílio no estudo                      | 7                       |
|   | Práticas desportivas                   | 2                       |
|   | Terapias                               | 3                       |
|   | Outros                                 | 9                       |
| Procura de ajuda                        | Escola                                 | 9                       |
|   | Médico de família                      | 9                       |
|   | Pediatra/Neuropediatra/ Pedopsiquiatra | 9                       |
|   | Psicólogo                              | 7                       |
|   | Família                                | 3                       |
|   | Outros                                 | 6                       |

**Intervenção na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**

*Prescrição médica (além da medicação).* Relativamente ao tratamento da perturbação, os progenitores foram questionados acerca das intervenções complementares à medicação sugeridas pelos profissionais de saúde. Seis participantes alegam que apenas foi recomendado o tratamento farmacológico (“Apenas prescreveu medicação, avisou-me que nem sempre ia resultar e pediu-me paciência e compreensão” [P23]). Alguns (n=10) recomendaram que a criança praticasse desporto ou fosse inserida em atividades extracurriculares (“Foi-lhe aconselhado as aulas de guitarra, foi-lhe aconselhado também praticar desporto” [P2]). Em sete casos foi sugerido o recurso a terapias, incluindo terapia da fala, ocupacional ou apoio psicológico (“Reencaminhou para a psicóloga e aconselhou terapia de fala” [P11]). Três participantes referem que os profissionais auxiliaram os pais a adotarem estratégias de controlo comportamental mais adequadas (“Deu-nos um site onde podíamos ler várias coisas com muitos conselhos sobre hiperatividade, exercícios para tentarmos fazer com ele” [P2]). Duas respostas direcionam-se para estratégias que podem ser utilizadas em contexto de sala de aula e apoio ao estudo (“Ter a aula, mas não ficar o tempo todo na sala de aula. Sair, vir para a rua... nem que seja fazer a ficha e pedir à professora se não pode vir à rua 5 ou 7 minutos

e depois voltar a entrar” [P18]). Por fim, um dos participantes foi aconselhado a colocar o filho num colégio especializado para este tipo de problemática. Apenas nove progenitores seguiram as recomendações tal como fornecidas pelos profissionais de saúde.

*Perspetivas acerca da medicação.* Em termos de eficácia, 22 participantes consideraram a medicação eficaz no tratamento da PHDA (“É muito eficaz, no caso dele é” [P8]), ao contrário de três que a descreveram como ineficaz (“Eu acho que vamos ter de a reajustar quando vier a falar com o médico” [P13]). Relativamente à necessidade de uma intervenção complementar à medicação, 12 progenitores viram os fármacos como suficientes no tratamento da PHDA, enquanto 12 vão de encontro com esta perspetiva (“A medicação pode ter algum efeito no comportamento deles diário, na escola sobretudo, mas a meu ver, creio que o afeto da família e os comportamentos da família têm o maior impacto para eles” [P3]). Além disto, os pais foram inquiridos quanto às mudanças observadas após o início do tratamento medicamentoso. Aqui a maioria dos participantes mencionou alterações na capacidade de concentração (n=17), tanto a nível escolar como na manutenção de uma conversa no dia-a-dia (“Melhorou bastante a concentração” [P4]). Adicionalmente, 14 progenitores relataram melhorias no aproveitamento escolar e na execução de tarefas (“As notas estavam más e ele tem tido muito boas notas” [P8]). Outras respostas (n=10) direccionaram-se para melhorias comportamentais, traduzidas na obediência e diminuição da agitação (“Está mais calmo, embora dentro do calmo continue a ser uma criança muito mais agitada” [P2]), já com menor frequência (n=5) encontram-se as alterações na capacidade de gestão emocional, constatadas pela diminuição da agressividade e da frustração (“Já não disparata por tudo e por nada, porque se as coisas não fossem como ele queria, ele virava-se contra mim. Já me tentou bater” [P1]). Outras respostas (n=5) incluem a aquisição de novas competências e melhorias relacionadas com o sono, gestão do tempo e autoestima (“Gere melhor o tempo dele” [P8]). Por outro lado, seis progenitores não observaram mudanças após o início do tratamento farmacológico (“No início melhorou. De momento acho que já não faz nada” [P17]), mas três destes (P11; P13; P20) referem que os professores observaram alterações na escola. Por fim, explorou-se a perspetiva dos pais acerca do impacto da medicação no funcionamento e desenvolvimento do indivíduo. Das 27 crianças, 23 sentiram efeitos secundários consequentes do consumo de fármacos, entre estes encontram-se a diminuição do apetite, as dificuldades em adormecer e as alterações no humor. Quanto ao

impacto a longo prazo, 13 participantes acreditam que a medicação poderá provocar consequências negativas no futuro da criança (“Poderá eventualmente vir a ter impacto no futuro deles. Imagine que o coração ficou com um problema” [P3]). Por outro lado, dois progenitores pressupõem a inexistência de algum impacto, enquanto quatro admitiram não ter conhecimento suficiente para responder à questão

**Tabela 3***Intervenção na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*

| Categoria                             | Subcategoria                         | Subcategoria de segunda ordem     | Frequência de respostas |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Prescrição médica (além da medicação) | Apenas medicação                     | -                                 | 6                       |
|                                       | Atividades extracurriculares         | -                                 | 10                      |
|                                       |                                      | -                                 | 7                       |
|                                       |                                      | -                                 | 3                       |
|                                       |                                      | -                                 | 2                       |
|                                       |                                      | -                                 | 1                       |
| Perspetivas acerca da medicação       | Eficácia                             | Eficaz                            | 22                      |
|                                       |                                      | Ineficaz                          | 3                       |
|                                       | Suficiência                          | Suficiente                        | 12                      |
|                                       |                                      | Insuficiente                      | 12                      |
|                                       |                                      | Não tem conhecimento              | 1                       |
|                                       | Mudanças observadas após a medicação | Comportamentais                   | 10                      |
|                                       |                                      | No aproveitamento escolar         | 14                      |
|                                       |                                      | Na capacidade de concentração     | 17                      |
|                                       |                                      | Na capacidade de gestão emocional | 5                       |
|                                       |                                      |                                   |                         |

|   |                                       |    |
|---|---------------------------------------|----|
|   | Outros                                | 5  |
|   | Não foram observadas mudanças em casa | 6  |
| Impacto no funcionamento e desenvolvimento do indivíduo a longo prazo | Com impacto                           | 13 |
|   | Sem impacto                           | 2  |
|   | Não sabe                              | 4  |

### Discussão

A prevalência da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção tem aumentado nos últimos anos. A literatura regista indicadores de que esta perturbação possa estar sobrediagnosticada graças à medicalização dos comportamentos considerados como socialmente desviantes. Os progenitores apresentam um papel fulcral na conceptualização dos comportamentos como problemáticos e a sensação de incapacidade de gestão dos mesmos motiva a procura de auxílio médico na tentativa de responderem às suas dificuldades. Aquando a procura de ajuda, é suposto que os profissionais de saúde priorizem as intervenções não farmacológicas, todavia a literatura aponta para um aumento paralelo do consumo de psicofármacos para o tratamento desta perturbação.

Este estudo pretendia, através dos pais, explorar o processo de sinalização dos comportamentos considerados problemáticos e a consequente intervenção em crianças e jovens diagnosticados com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Relativamente à caracterização da amostra, confirma-se o predomínio da PHDA nos rapazes, uma vez que 81% das crianças eram do sexo masculino (APA, 2013).

Com base nos critérios de diagnósticos descritos pelo DSM-V verificou-se que a maioria dos pais observava nas crianças comportamentos característicos da PHDA mesmo antes da formulação de um diagnóstico. Aqui, as dificuldades cognitivas (como a desatenção) e os problemas emocionais/comportamentais (como a agitação e a impulsividade) foram os mais descritos.

Todavia, a configuração do comportamento como problemático nem sempre foi realizada pelos pais. A comunidade escolar atua como uma alavanca nesta conceptualização ao alertar os progenitores para a possível existência de um problema médico. Em alguns casos, tal como



se verifica nos estudos de Conrad (2017), os pais só patologizaram os comportamentos quando algum interveniente externo os alertou para os mesmos. Nesta investigação, em 37% dos casos, essa fonte foi a escola.

A desatenção, a agitação, a desobediência e a preocupação com o rendimento escolar foram distinguidos pelos progenitores como os problemas mais difíceis de gerir. Na tentativa de controlar os comportamentos disruptivos das crianças, os pais utilizaram maioritariamente estratégias de gestão comportamental (principalmente as de reforço e punição), contudo grande parte deles considerou-as ineficazes. A eficácia das intervenções comportamentais tem sido reiteradamente comprovada na literatura (Friedman & Pfiffner, 2020). As estratégias devem enfatizar o reforço sobre a punição, dado que as crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam uma diminuição da sua resposta perante a retirada de privilégios ou a não recompensa (Friedman & Pfiffner, 2020). Além disso, a aplicação das estratégias de controlo comportamental deve ser consistente e contingente, de forma a produzir efeitos mais significativos. Assim, apesar dos relatos demonstrarem que os pais efetivamente tentam gerir as condutas antes de recorrerem à farmacologia, fica em dúvida a adequação das estratégias por eles utilizadas. Ainda relacionado com o controlo comportamental, os resultados obtidos através dos relatos dos participantes vão ao encontro dos de Conrad (2017) ao demonstrarem que é a incapacidade de gestão das condutas que motiva os pais a procurarem ajuda especializada.

A pressão exercida por outros, principalmente por parte dos professores, foi outro dos motivos que influenciou a procura de ajuda médica segundo os participantes. Os pais referiam sentir-se pressionados pelas queixas destes intervenientes relativamente aos comportamentos das crianças. Assim, parece que os próprios professores têm dificuldade em gerir os comportamentos em sala de aula, pressionando os pais na procura de um tratamento para os mesmos e contribuindo para a conceptualização dos desvios como problemas do foro médico (Conrad, 2017; Harazni & Alkaissi, 2016; Jackson & Peters, 2008). Paralelamente, tal como os professores pressionam os progenitores, num estudo de Miranda (2020) verificou-se que também os pais pressionam os profissionais de saúde no sentido de enveredarem pelo tratamento farmacológico. Todos estes fatores parecem contribuir para a medicalização dos comportamentos considerados como socialmente desviantes e para o recurso aos fármacos.

A preocupação com o aproveitamento escolar das crianças foi o outro fator que incentivou a procura de auxílio médico. É habitual que os sintomas característicos da perturbação

provoquem dificuldades de aprendizagem e um consequente insucesso escolar (Oliveira et al., 2017). Assim, as dificuldades de gestão e controlo não incidem apenas sobre as condutas, como também sobre o desempenho (Conrad, 2017).

Relativamente à articulação destes pais com as suas redes sociais, Oliveira e colaboradores (2015) enfatizam o recurso a médicos de família e pediatras aquando a suspeita de um caso de PHDA. Os dados obtidos neste estudo sublinham esta ideia, mas demonstram que os pais também recorrem com frequência a professores, educadores e psicólogos clínicos ou escolares.

Quanto à intervenção na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, esta deve responder a um processo sequencial das várias modalidades, em que a não farmacologia deve constituir a primeira opção de tratamento. Nesse sentido, o treino parental e as intervenções em contexto de sala de aula devem ser priorizados na idade escolar (NICE, 2018; Young & Amarasinghe, 2010). De acordo com os entrevistados, a maioria dos profissionais de saúde não seguiu estas recomendações. Apesar de os médicos fornecerem aos pais algumas estratégias de gestão comportamental, aplicáveis no contexto familiar e escolar, estas recomendações são dispersas e não refletem as intervenções estruturadas consideradas como eficazes para o tratamento da PHDA. Além disso, os participantes relataram que o desporto foi frequentemente indicado como intervenção complementar à medicação, contudo a atividade física não é suportada como uma evidência científica (Catalá-López et al., 2017). Assim, a centralidade na medicação e a desvalorização das terapias comportamentais também parecem contribuir para o aumento no consumo de psicofármacos.

Relativamente ao medicamento que está a ser administrado à criança ou jovem, verificou-se uma adesão significativa ao metilfenidato (67%), o que corresponde aos resultados obtidos na literatura (Infarmed, 2015; Liu et al., 2017; Pereira, et al., 2018).

Analisando a perspetiva dos pais acerca do tratamento farmacológico, 81,4% dos participantes avalia a medicação como eficaz. Quando questionados acerca das mudanças observadas nos filhos após o início da administração da medicação, os progenitores relataram mudanças comportamentais, escolares, emocionais e na capacidade de concentração. Ou seja, a medicação teve efeito sobre os problemas que os pais referiam ter mais dificuldade em controlar (agitação, desobediência, preocupação com o rendimento escolar e desatenção). Assim, a medicação supre as dificuldades dos pais em gerir as condutas dos filhos.

Não obstante, alguns participantes relataram não ter observado mudanças no contexto familiar. Aqui, as avaliações positivas dos professores relativamente às mudanças observadas em sala de aula parecem influenciar a decisão de manter o tratamento medicamentoso.

A administração de psicofármacos deve ser ponderada e utilizada apenas em último recurso, uma vez que estes medicamentos estão associados a uma série de efeitos secundários (Infarmed, 2015; Pereira et al., 2018; Tarver, Daley, & Sayal, 2014; Wilens & Hammerness, 2016). Além disso, não existem dados concretos acerca das implicações a longo prazo do consumo de psicoestimulantes (Kass et al., 2015). Apesar de 78% das crianças envolvidas neste estudo experienciarem efeitos secundários consequentes dos psicofármacos (como falta de apetite, insónias e alterações do humor) e 52% dos participantes considerarem que a medicação acarreta consequências negativas para o futuro das crianças, o controlo dos sintomas parece ter um peso mais significativo na adesão à farmacologia.

Esta investigação reforça a importância da aquisição de estratégias de gestão comportamental. A pressão que os professores exercem sobre os pais remete para a incapacidade destes profissionais gerirem os comportamentos das crianças em contexto de sala de aula. Assim, torna-se fundamental provê-los de conhecimentos adequados acerca da perturbação e dotá-los com estratégias de gestão comportamental diferenciadas para a PHDA. Uma metodologia de ensino especializada para este tipo de problemática diminuiria a pressão exercida sobre os pais e melhoraria o desempenho escolar dos alunos, colmatando dois dos fatores que motivam a consulta médica e o consequente recurso à terapêutica farmacológica.

Os resultados também demonstram uma dificuldade por parte dos progenitores em controlarem as condutas dos filhos. Assim, reforça-se a importância do treino parental que tem demonstrado vantagens relacionadas com os problemas comportamentais das crianças, além de melhorias na autoestima dos pais (Amiri & Ahmad, 2015; Ciesielski, Loren, & Tamm, 2019; Coates, Taylor, & Sayal, 2015).

Como limitações desta investigação, considera-se o reduzido número de participantes e a baixa representatividade do sexo masculino. Quando Singh (2003) explorou a perspetiva dos pais, constatou que a maioria dos participantes não atribuía uma definição médica aos desvios antes da formulação do diagnóstico. Além disso, grande parte considerava a medicação ineficaz ou inapropriada para colmatar os problemas comportamentais. Estas disparidades com a presente investigação, sugerem a replicação deste estudo a uma amostra

equitativamente mista ou centrada unicamente nas perspetivas do sexo masculino. Ademais, seria importante explorar a perspetiva dos professores, uma vez que estes também parecem contribuir para a medicalização dos comportamentos disruptivos.

### Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Amiri, M., & Behpajoo, A. (2016). The effect of behavior parent training to mothers of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*, 9(4), 6-12. Disponível em <https://www.semanticscholar.org/paper/The-effect-of-behavior-parent-training-to-mothers-Amiri-Behpajoo/cd9d79825f8b205c09ebfc30bc9813b78889c862>
- Arcieri, R., Germinario, E. A., Bonati, M., Masi, G., Zuddas, A., Vella, S., ... & Panei, and the Italian Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Regional Reference Centers, P. (2012). Cardiovascular measures in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder who are new users of methylphenidate and atomoxetine. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 22(6), 423-431. doi: 10.1089/cap.2012.0014
- Arnsten, A. F., & Dudley, A. G. (2005). Methylphenidate improves prefrontal cortical cognitive function through  $\alpha 2$  adrenoceptor and dopamine D1 receptor actions: Relevance to therapeutic effects in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Behavioral and Brain Functions*, 1(1), 2. doi: 10.1186/1744-9081-1-2
- Barbarese, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., & Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*, 131(4), 637-644. doi: 10.1542/peds.2012-2354
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batstra, L., Hadders-Algra, M., Nieweg, E., Van Tol, D., Pijl, S. J., & Frances, A. (2012). Childhood emotional and behavioral problems: Reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 54(6), 492–494. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.04176.x
- Bento, L. A., Ferreira, M. A., Lima, S. E., & Manganotti, S. A. (2019). Crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade—THDA: Comparação do desempenho escolar dos

alunos tratados e não tratados com metilfenidato. *Revista Uninga*, 56(2), 151-159.

Disponível em <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/779/1975>

Braun, V., & Clarke, V. (2012). *Thematic analysis*. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.). *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 57–71). American Psychological Association, 57-71. doi: 10.1037/13620-004

Busardò, F., Kyriakou, C., Cipolloni, L., Zaami, S., & Frati, P. (2016). From clinical application to cognitive enhancement: the example of methylphenidate. *Current neuropharmacology*, 14(1), 17-27. doi: 10.2174/1570159X13666150407225902

Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Saint-Gerons, D. M., ... & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS one*, 12(7), e0180355. doi: 10.1371/journal.pone.0180355

Ciesielski, H. A., Loren, R. E., & Tamm, L. (2020). Behavioral parent training for ADHD reduces situational severity of child noncompliance and related parental stress. *Journal of attention disorders*, 24(5), 758-767. doi: 10.1177/1087054719843181

Coates, J., Taylor, J. A., & Sayal, K. (2015). Parenting interventions for ADHD: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of attention disorders*, 19(10), 831-843. doi: 10.1177/1087054714535952

Conrad, P. (2017). *Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behavior*. New York: Routledge, expanded edition.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2015). *Saúde Mental em Números – 2014*. Lisboa, DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx>.

- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*, 24(4), 562-575. doi: 0.1038/s41380-018-0070-0
- Friedman, L. M., & Pfiffner, L. J. (2020). Behavioral interventions. In M. M. Martel (Ed.), *The Clinical Guide to Assessment and Treatment of Childhood Learning and Attention Problems* (pp.149-169). Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-815755-8.00007-1
- Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., & Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(9), 857-864. doi: 10.1001/archpedi.161.9.857
- Harazni, L., & Alkaissi, A. (2016). The Experience of Mothers and Teachers of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Children, and Their Management Practices for the Behaviors of the Child a Descriptive Phenomenological Study. *Journal of Education and Practice*, 7(6), 1-21. doi: 10.4172/2161-0460.S1.004
- Holbrook, J. R., Bitsko, R. H., Danielson, M. L., & Visser, S. N. (2017). Interpreting the prevalence of mental disorders in children: tribulation and triangulation. *Health promotion practice*, 18(1), 5-7. doi: 10.1177/2F1524839916677730
- Infarmed (2015). *Medicamentos para a Hiperatividade com Défice de Atenção*. Disponível em [https://www.infarmed.pt/documents/15786/2713015/Relatorio\\_ADHD.pdf/d6043d8-561e-4534-a6b1-4969dff93b78?version=1.0](https://www.infarmed.pt/documents/15786/2713015/Relatorio_ADHD.pdf/d6043d8-561e-4534-a6b1-4969dff93b78?version=1.0)
- Jackson, D., & Peters, K. (2008). Use of drug therapy in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): maternal views and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2725-2732. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02444.x
- Lambert, N. (2005). The contribution of childhood ADHD, conduct problems, and stimulant treatment to adolescent and adult tobacco and psychoactive substance abuse. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(3), 197. doi: 10.1891/1559-4343.7.3.197
- Lima, J. Á. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fiável. *Revista portuguesa de pedagogia*, 7-29. doi: 10.14195/1647-8614\_47-1\_14

- Lima, M. (2016). O uso da entrevista na pesquisa empírica. *Métodos de pesquisa em ciências sociais: bloco qualitativo*, 24-41. Disponível em <https://centrodepesquisaeformacao.sescsp.org.br/uploads/BibliotecaTable/9c7154528b820891e2a3c20a3a49bca9/322/1507668143662883762.pdf#page=24>
- Liu, Q., Zhang, H., Fang, Q., & Qin, L. (2017). Comparative efficacy and safety of methylphenidate and atomoxetine for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Meta-analysis based on head-to-head trials. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39(9), 854-865. doi: 10.1080/13803395.2016.1273320
- McKeown, R. E., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., Cuffe, S. P., Wolraich, M. L., & Visser, S. N. (2015). The impact of case definition on attention-deficit/hyperactivity disorder prevalence estimates in community-based samples of school-aged children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 53-61. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.014
- McRae, E., Stoppelbein, L., O'Kelley, S., Fite, P., & Smith, S. (2020). Comorbid Internalizing and Externalizing Symptoms Among Children with ADHD: The Influence of Parental Distress, Parenting Practices, and Child Routines. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(5), 813-826. doi: 10.1007/s10578-020-01019-z
- Mesquita, D. S. L. (2015). *Importância da disfunção da integração sensorial e da regulação emocional na manifestação da perturbação do desenvolvimento da coordenação em crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico do Porto)
- Millichap, J. G. (2008). Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 121(2), e358-e365. doi: 10.1542/peds.2007-1332
- Miranda, M. J. R (2020). *Psicofármacos na/e PHDA em Crianças e Jovens: O Papel dos Profissionais de Saúde* (Master's thesis, Universidade do Minho)
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: does parenting style matter?. *Clinical pediatrics*, 47(9), 865-872. doi: 10.1177/0009922808319963



Monteiro, A. L., & Martins, P. C. (no prelo). PHDA: Experiências e Perspetivas dos Pais acerca da Mediação dos filhos. *Revista Contexto & Saúde*

Muzetti, C. M. G., & de Luca Vinhas, M. C. Z. (2017). Influência do déficit de atenção e hiperatividade na aprendizagem em escolares. *Psicologia argumento*, 29(65). Disponível em <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20397/19661>

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2015). *A guide to treatments that work*. Oxford University Press.

National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933>

Novais, R. (2014). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA): Excesso de Diagnósticos?. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 40-41. Disponível em <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/viewFile/101/65>

Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2015). PHDA: O que Há de Novo no DSM 5. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 75-94. doi: 10.14195/1647-8614\_49-2\_4

Oliveira, L., Medeiros, M., & Serrano, A. (2017). PHDA: Afinal, qual a sua origem? uma revisão dos fatores etiológicos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (51-1), 43-61. doi: 10.14195/1647-8614\_51-1\_3

Pereira, S., Ferreira, A. M., Azevedo, A., Barroso, C., & Monteiro, V. (2018). Illicit use of Methylphenidate: the other side of the medical prescription. *Nascer e Crescer*, 27(2), 98-104. doi: 10.25753/BirthGrowthMJ.v27.i2.13022

Pfiffner, L. J., & Haack, L. M. (2015). Nonpharmacologic Treatments for Childhood Attention-Defici/Hyperactivity Disorder and Their Combination with Medication. In P. E. Nathan,

- & L. J. Pfiffner (Ed.), *A guide to treatments that work* (pp. 55-84). Oxford University Press.
- Pires, J., & Martins, P. (2019). Saúde mental e utilização de psicofármacos em crianças e jovens em regime de acolhimento residencial em Portugal – um estudo exploratório. *Configurações*, 23, 123–137. doi: 10.4000/configuracoes.7165
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434-442. doi: 10.1093/ije/dyt261
- Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., ... Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(4), 189–197. doi:10.1007/s12402-012-0089-z
- Kass, E., Posner, J. E. Greenhill, L. L. (2015). Pharmacological Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior Disorders. In P. E. Nathan., J. M. Gorman (Eds). *A Guide To Treatments That Work* (4ªEd) (pp. 85-139). New York, NY: Oxford University Press.
- Kazda, L., Bell, K., Thomas, R., McGeechan, K., & Barratt, A. (2019). Evidence of potential overdiagnosis and overtreatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents: protocol for a scoping review. *BMJ open*, 9(11). doi: 10.1136/bmjopen-2019-032327
- Rezende, F. P., Calais, S. L., & Cardoso, H. F. (2019). Stress, parenting and family support in attention deficit/hyperactivity disorder. *Psicologia: teoria e prática*, 21(2), 153-171. doi: 10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p153-171
- Rydell, M., Lundström, S., Gillberg, C., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2018). Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between

- 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 863-871. doi: 10.1111/jcpp.12882
- Santos, L. D. F., & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 717-724. doi: 10.1590/S0102-37722010000400015.
- Singh, I. (2003). Boys will be boys: Fathers' perspectives on ADHD symptoms, diagnosis, and drug treatment. *Harvard review of psychiatry*, 11(6), 308-316. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Ilina\\_Singh3/publication/8926454\\_Boys\\_Will\\_Be\\_Boys\\_Fathers\\_Perspectives\\_on\\_ADHD\\_Symptoms\\_Diagnosis\\_and\\_Drug\\_Treatment/links/562f730608ae0077ccc9a0cb.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ilina_Singh3/publication/8926454_Boys_Will_Be_Boys_Fathers_Perspectives_on_ADHD_Symptoms_Diagnosis_and_Drug_Treatment/links/562f730608ae0077ccc9a0cb.pdf)
- Singh, I. (2008). Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nature Reviews- Neuroscience*, 9, 957-964. doi: 10.1038/nrn2514
- Tarver, J., Daley, D., & Sayal, K. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: care, health and development*, 40(6), 762-774. doi: 10.1111/cch.12139
- Teixeira, M. C., Marino, R. L., & Carreiro, L. R. (2015). Associations between Inadequate Parenting Practices and Behavioral Problems in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Scientific World Journal*, 2015, 1–6. doi:10.1155/2015/683062
- Thiry-Cherques, H. R. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Revista PMKT*, 3(2), 20-27. Disponível em [http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista\\_PMKT\\_003\\_02.pdf](http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf)
- 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), e994-e1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482

- Training & Technical Assistance Center (2017). *Classroom Interventions for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Considerations Packet*. Williamsburg. Disponível em <https://education.wm.edu/centers/ttac/documents/packets/adhd.pdf>
- Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., ... & Blumberg, S. J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34-46. doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.001
- Voort, J. L. V., He, J. P., Jameson, N. D., & Merikangas, K. R. (2014). Impact of the DSM-5 attention-deficit/hyperactivity disorder age-of-onset criterion in the US adolescent population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(7), 736-744. doi: 10.1016/j.jaac.2014.03.005
- Wilens, T. E., & Hammerness, P. G. (2016). *Straight Talk about Psychiatric Medications for Kids* (4ª ed.). New York: Guilford
- Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA network open*, 1(4), e181471-e181471. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.1471
- Young, S., & Myanthi Amarasinghe, J. (2010). Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), 116–133. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02191.x
- Yousefia, S., Far, A. S., & Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666–1671. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.323



Universidade do Minho

Conselho de Ética

## **Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas**

Identificação do documento: CEICSH 087/2019

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *PHDA: Experiências dos Pais e Perspetivas acerca da Medicação*

Equipa de Investigação: Ana Luísa Costa Monteiro, Mestrado Integrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Paula Cristina Marques Martins (Orientadora), Departamento de Psicologia Aplicada, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

### **PARECER**

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *PHDA: Experiências dos Pais e Perspetivas acerca da Medicação*. Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 22 de janeiro de 2020.

O Presidente da CEICSH

Assinado por : **ACÍLIO DA SILVA ESTANQUEIRO**

**ROCHA**

Num. de Identificação: BI042754054

Data: 2020.01.31 15:29:11+00'00'

