Universidade do Minho
Instituto de Educação

Cátia Balbina Almeida Choupina Alves

As vozes dos adolescentes com PHDA: Perceções, Experiências, Atitudes e Expectativas

outubro de 2023

Cátia Balbina Almeida Choupina Alves **As vozes dos adolescentes com PHDA: Perceções, Experiências, Atitudes e Expectativas**

UMinho | 2023

Universidade do Minho
Instituto de Educação

Cátia Balbina Almeida Choupina Alves

As vozes dos adolescentes com PHDA: Perceções, Experiências, Atitudes e Expectativas

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Educação Especial
Área de especialização em Necessidades Educativas Especiais do Domínio Cognitivo e Motor

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Maria Serrano

outubro de 2023

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.



Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações CC BY-NC-ND

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

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos os que fizeram caminho comigo e me ajudaram a concretizar este projeto:

Aos meus filhos Guilherme e João, por quem eu sou irracionalmente apaixonada... uma vida inteira talvez seja pouco para tanto amor que tenho para vos dar!

Ao meu Marido pelo apoio, compreensão, paciência e amor...

Aos meus Pais por estarem sempre lá para me agarrar...

À Professora Doutora Ana Maria Serrano, minha orientadora, pela sua inestimável sabedoria e inspiração, que não só me impulsionou a fazer mais e melhor, como também reforçou a minha crença num mundo melhor...

À Professora Doutora Ana Paula Pereira, cujo olhar afetuoso iluminou o meu caminho, pelo conhecimento transmitido, pela amizade e pelo incansável apoio.

À Carina, colega e amiga desta longa maratona, pela partilha de angústias e sorrisos e por todo o apoio e força de que necessitava.

Obrigada aos meus amigos, que foram tão compreensivos e apoiantes, apesar de terem sido negligenciados.

A todos aqueles que cruzaram o meu caminho, agradeço pelas valiosas aprendizagens, que enriqueceram a minha vida pessoal, profissional e académica....

Aos adolescentes que contribuíram para este estudo, partilhando generosamente o seu tempo e as suas histórias: a minha sincera gratidão. Este trabalho é para eles, com eles e por eles!

A todos um muito obrigado!

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.

As vozes dos adolescentes com PHDA: Perceções, Experiências, Atitudes e Expectativas

RESUMO

A Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção (PHDA) na adolescência afeta múltiplos domínios de vida, podendo conduzir a consequências psicossociais, estigmatização e desafios na sua inclusão social e académica. Uma compreensão mais profunda das perceções dos adolescentes com PHDA, pode oferecer insights para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas intervenções que estejam mais alinhadas com as suas realidades e necessidades, visando promover caminhos que lhes permitam atingir o seu pleno potencial. Contudo, as perceções e experiências vividas por estes adolescentes são frequentemente negligenciadas nos estudos.

A presente investigação propôs-se a dar voz aos adolescentes com PHDA, proporcionando-lhes o protagonismo que muitas vezes lhes é negado. Pretende-se assim, conhecer, analisar e compreender as perceções, experiências e expectativas dos adolescentes com PHDA relativamente a esta perturbação, bem como explorar as suas atitudes em relação à utilização de medicação e à sua influência na tomada de decisões acerca das intervenções terapêuticas.

Este é um estudo de natureza qualitativa, com um desenho de estudo de caso, com recurso a um *focus group* como instrumento de recolha de dados. Os quatro participantes são adolescentes diagnosticados com PHDA, acompanhados em consulta de pediatria do neurodesenvolvimento no concelho do Porto. O critério de inclusão neste estudo, foi apresentar idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, excluindo-se aqueles com Perturbações do Desenvolvimento Intelectual ou Perturbações do Espetro do Autismo. Os dados obtidos neste estudo foram analisados através da técnica de análise de conteúdo.

Este estudo evidencia que os adolescentes com PHDA, influenciados pelas perceções dos outros, tendem a ver a sua condição como um défice, atribuindo variados significados ao diagnóstico, desde "dificuldade" a "desvantagem académica". Mesmo reconhecendo os benefícios da medicação, vários efeitos secundários levam alguns a interromper o tratamento. No contexto familiar, a mãe surge como um pilar fundamental, ainda que existam tensões relacionadas com a medicação e exigências escolares. A escola é onde enfrentamos os maiores desafios, sentindo-se desvalorizados e incompreendidos pelos docentes e sublinhando a necessidade de uma relação pedagógica mais próxima. Muitos sentem-se "diferentes", enfrentam conflitos de identidade e preocupações sobre o seu futuro profissional. Os resultados destacam a necessidade de aceitação, compreensão e de relações de apoio robustas.

Palavras-chave: Adolescentes; Expectativas; Experiências; Perceções; PHDA.

The voices of adolescents with ADHD: Perceptions, Experiences, Attitudes and Expectations

SUMMARY

Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) in adolescence affects multiple life domains and can lead to psychosocial consequences, stigmatization and challenges in social and academic inclusion. A deeper understanding of the perceptions of adolescents with ADHD can offer insights into the development of therapeutic approaches and interventions that are more aligned with their realities and needs, with the aim of promoting paths that allow them to reach their full potential. However, the perceptions and lived experiences of these adolescents are often neglected in studies.

This research aims to give a voice to adolescents with ADHD, giving them the leading role, they are often denied. The aim is to get to know, analyze and understand the perceptions, experiences and expectations of adolescents with ADHD in relation to this disorder, as well as to explore their attitudes towards the use of medication and its influence on decision-making about therapeutic interventions.

This is a qualitative study, with a case study design, using a focus group as a data collection tool. The four participants are adolescents diagnosed with ADHD and followed up in a neurodevelopmental pediatric clinic in the municipality of Porto. The inclusion criterion for this study was age between 14 and 19, excluding those with Intellectual Development Disorders or Autism Spectrum Disorders. The data obtained in this study was analyzed using the content analysis technique.

This study shows that adolescents with ADHD, influenced by the perceptions of others, tend to see their condition as a deficit, attributing various meanings to the diagnosis, from "difficulty" to "academic disadvantage". Even though they recognize the benefits of medication, various side effects lead some to discontinue treatment. In the family context, the mother emerges as a fundamental pillar, even though there are tensions related to medication and school demands. School is where we face the biggest challenges, feeling undervalued and misunderstood by teachers and underlining the need for a closer teaching relationship. Many feel "different", face identity conflicts and worry about their professional future. The results highlight the need for acceptance, understanding and strong supportive relationships.

Keywords : ADHD ; Adolescents ; Expectations; Experiences ; Perceptions.

ÍNDICE

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS ii

AGRADECIMENTOS iii

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE iv

RESUMO v

SUMMARY vi

ÍNDICE vii

ÍNDICE TABELAS ix

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO 4

1. Perturbação De Hiperatividade | Défice De Atenção – PHDA 4

1.1 Perspetiva Histórica Da PHDA 4

1.2 Conceito Atual E Critérios De Diagnóstico 5

1.3 Sintomas E Caraterísticas 6

1.4 Prevalência 8

1.5 Etiologia 9

1.6 Comorbilidades 12

1.7 Avaliação E Diagnóstico Diferencial 14

1.8 Percurso Desenvolvimental E Prognóstico 15

1.9 Intervenção Terapêutica 16

1.10 Impacto Da PHDA 19

2. Adolescência E Adolescentes Com PHDA 23

2.1. Adolescência 23

2.2. Adolescentes Com PHDA 26

CAPÍTULO II: METODOLOGIAS DA INVESTIGAÇÃO 35

2.1 Abordagem Qualitativa 35

2.2 Desenho Da Investigação 37

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 49

3.1 Descrição Da Sessão De Focus Group E Dos Participantes 49

3.2 Apresentação E Análise Dos Dados 50

1. Perceções Da PHDA 50

2. Diagnóstico De PHDA..... 58

3. Perceções Sobre Medicação..... 60

CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DE DADOS..... 78

1. Recolher e analisar os significados que os adolescentes com phda atribuem ao seu diagnóstico e compreender de que forma este significado reflete a relação que estabeleceram com a condição..... 78

2.Conhecer as perceções dos adolescentes com phda sobre o impacto desta perturbação:..... 81

3.Compreender as suas atitudes em relação à medicação. 87

4.Conhecer a sua influência na tomada de decisões sobre as intervenções terapêuticas. 89

5.Compreender as suas preocupações e expetativas relativamente ao futuro. 90

6.Conhecer as suas dificuldades, necessidades e a importância dos apoios. 91

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES GERAIS 96

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 104

ANEXO 1..... 120

ANEXO 2 - GUIÃO DO *GRUPO FOCAL*..... 122

ANEXO 3 - *FOCUS GROUP* POR BLOCOS TEMÁTICOS 125

ANEXO 4 - INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES..... 131

ANEXO 5 - CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO..... 132

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 *Caraterização dos Participantes*..... 38

Tabela 2 *Sistema de Temas, Categorias e Subcategorias*..... 46

Tabela 3 *Tema 1*..... 51

Tabela 4 *Tema 2*..... 59

Tabela 5 *Tema 3*..... 61

Tabela 6 *Tema 4*..... 64

Tabela 7 *Tema 5*..... 66

Tabela 8 *Tema 6*..... 71

Tabela 9 *Tema 7*..... 73

INTRODUÇÃO

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais frequentes em crianças e adolescentes (Faraone et al., 2021) e uma das mais investigadas, com uma prevalência mundial de 5,3% em crianças e adolescentes (Polanczyk et al., 2014) e de 2,8% em adultos (Fayyad et al., 2017).

A PHDA na infância e adolescência, tem sido considerada como uma patologia de alto risco e com um forte impacto no sucesso académico, no funcionamento familiar e social, e está associado um ao baixo rendimento escolar, abandono escolar, problemas na relação com os pares e pais, lesões acidentais, uso do tabaco e drogas, gravidez na adolescência, depressões graves e risco de suicídio (Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018).

Segundo Boavida e Estrada (2019), a PHDA é tal como a perturbação do espetro do autismo, uma das mais estudadas, e simultaneamente uma das mais controversas perturbações da infância e da adolescência (Boavida & Estrada, 2019). A sua controvérsia reflete a necessidade de definir com clareza a sua etiologia (Nigg, Sibley, Thapar & Karalunas, 2020), o controverso aumento significativo de diagnósticos da PHDA e a pressão mediática sobre o uso de medicação (benefícios e riscos) e perante o aumento da prescrição de psicostimulantes (Abdelnour, Jansen, & Gold, 2022). Tendo em conta as evidências do impacto negativo da PHDA ao longo da vida, as diretrizes atuais recomendam a identificação e o tratamento contínuos da PHDA até à idade adulta (NICE, 2019).

Nos últimos anos, tem havido um aumento significativo do interesse e da produção científica dedicada à compreensão dos adolescentes com PHDA (Becker, 2020). No entanto, subsistem diversas lacunas no conhecimento das perceções, experiências e necessidades dos adolescentes que receberam o diagnóstico de PHDA (Krueger & Kendall, 2001; Eccleston et al., 2019). Apesar de a adolescência representar um período crítico no desenvolvimento, as "vozes" dos adolescentes que vivem com PHDA raramente são ouvidas, pois apesar de vários estudos se dedicarem a eles, muitas vezes não é dado valor às suas perspetivas e experiências de viver com esta condição (Eccleston et al., 2019).

A relevância de dar atenção às perceções e vivências destes adolescentes é corroborada por várias evidências. Por exemplo, muitos cessam a medicação por volta dos 21 anos, ficando com poucas alternativas de apoio disponíveis (NICE, 2019). Esta decisão, muitas vezes, é influenciada por uma série de fatores, desde socioeconómicos, como o estigma associado à condição, até aspetos relacionados com a própria medicação e tratamento (Buitelar, 2017). Adicionalmente, estudos indicam que, apesar da existência de tratamentos validados, os resultados a longo prazo para a PHDA não são

satisfatórios a nível global (Eccleston, 2019). A fim de desenvolver intervenções mais eficazes e centradas na pessoa (Eccleston, 2019; Ghosh et al., 2016) é essencial determinar quais os fatores que contribuem para a manutenção sustentada dos ganhos em todos os contextos e a longo prazo (Caye et al, 2019; Feldman, Charach & Bélanger, 2018; Gajria et al., 2014).

Esta realidade enfatiza a necessidade de se explorar e compreender as perspetivas destes adolescentes, de forma a compreender os fatores que possam ter uma influência positiva na evolução da perturbação e, potencialmente, melhorar a qualidade de vida daqueles que vivem com PHDA (Kendall et al., 2003).

O direito à participação de crianças e jovens, nos assuntos e decisões que lhes dizem respeito, encontra-se consagrado no artigo 12.º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989). A sua promoção é considerada um investimento no bem-estar das crianças e jovens, para além de contribuir para sociedades mais justas e democráticas (European Commission, 2021).

Finalidade e Objetivos de Investigação

Dentro deste enquadramento legal, e face às lacunas em integrar as perceções dos adolescentes com PHDA, o presente estudo tem como finalidade ouvir os adolescentes com PHDA e conhecer, analisar e compreender as suas perceções, experiências e expectativas, assim como explorar as suas atitudes em relação ao uso de medicação e à sua influência na tomada de decisões sobre as intervenções terapêuticas.

Este estudo também sublinha ainda a importância de capacitar os adolescentes com PHDA através de abordagens centradas nas suas potencialidades. Empoderar os adolescentes com PHDA envolve fortalecer a sua resiliência, desenvolver estratégias de *coping* eficazes e reconhecer as suas competências individuais, promovendo assim uma maior consciência de quem são e do que são capazes de alcançar.

No sentido de operacionalizar a finalidade do estudo foram delineados os seguintes objetivos:

1. Recolher e analisar os significados que os adolescentes com PHDA atribuem ao seu diagnóstico e compreender de que forma este significado reflete a relação que estabeleceram com a condição.
2. Conhecer as perceções dos adolescentes com PHDA sobre o impacto desta perturbação, na perceção de si próprio; no contexto familiar; no contexto escolar; e nas dinâmicas entre pares.

2. Compreender as suas atitudes em relação à medicação.
3. Conhecer a sua influência na tomada de decisões sobre as intervenções terapêuticas.
4. Compreender as preocupações e expetativas relativamente ao futuro.
5. Conhecer as suas dificuldades, necessidades e a importância dos apoios.

Organização da Dissertação

A presente investigação, intitulada "As vozes dos Adolescentes com PHDA: Perceções, Experiências, Atitudes e Expectativas", encontra-se estruturada em quatro capítulos, os quais são precedidos por uma introdução que contextualiza a pertinência da pesquisa e apresenta a sua finalidade e objetivos.

O primeiro capítulo, faz o enquadramento teórico, através de uma revisão bibliográfica dividida em duas partes distintas. Na primeira parte, procede-se ao enquadramento teórico da PHDA, abordando aspetos como o conceito, as características, a prevalência, a etiologia, as comorbilidades e a avaliação da PHDA, conforme definido no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5). Além disso, é feita uma análise da evolução e prognóstico da PHDA, das abordagens terapêuticas mais comuns e do seu impacto em diferentes contextos. A segunda parte, oferece uma visão geral da investigação relevante no domínio das perceções dos adolescentes com PHDA, iniciando por um breve enquadramento sobre a adolescência.

O segundo capítulo, aborda detalhadamente a metodologia adotada para a presente investigação. Neste capítulo, define-se a questão de investigação, delineia-se os objetivos do estudo e são abordados os seguintes temas: a abordagem qualitativa utilizada; o desenho da investigação - onde estão descritos os participantes, o instrumento de recolha de dados: *focus group*, e os procedimentos de análise dos dados; assim como os princípios éticos da investigação e os critérios de confiança.

O terceiro capítulo deste trabalho centra-se na apresentação e análise dos dados resultantes do grupo focal, ordenados de acordo com o sistema de temas e categorias resultante da análise dos resultados.

O quarto capítulo é referente à discussão dos dados anteriormente apresentados, confrontando-os com estudos científicos sobre as perceções dos adolescentes com PHDA e retomando os objetivos centrais desta investigação.

O estudo termina com a conclusão e considerações finais, limitações e sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, iremos apresentar os resultados da revisão bibliográfica realizada, que foi considerada relevante para uma melhor compreensão da temática em estudo e proporciona o suporte teórico necessário para a interpretação dos dados e conclusões no âmbito deste estudo.

1. Perturbação de Hiperatividade | Défice de Atenção – PHDA

Neste segmento do enquadramento teórico, exploram-se os aspetos relacionados com a Perturbação de Hiperatividade|Défice de Atenção (PHDA), nomeadamente a sua evolução conceptual, definição, sintomatologia, epidemiologia, etiologia e comorbilidades associadas. Aborda-se também o diagnóstico da PHDA, o impacto desta perturbação nos diferentes contextos, bem como as abordagens de intervenção. Para uma compreensão aprofundada desta temática, são apresentadas evidências recolhidas na literatura especializada e interdisciplinar.

1.1 Perspetiva Histórica da PHDA

Os registos históricos comprovam que a Perturbação de Hiperatividade|Défice de Atenção (PHDA) não é uma problemática da moda e que o seu conceito e definição têm evoluído significativamente ao longo dos anos (Boavida & Estrada, 2019). A comunidade científica apresentou diversas nomenclaturas para a PHDA, e a sua definição foi alvo de sucessivas atualizações. O registo mais antigo que se conhece remonta a 1775, pelo médico alemão Melchior Adam Weikard, que caracterizou crianças e adultos com sintomas como desatenção, distração, falta de persistência, hiperatividade e impulsividade (Martinez-Badia & Martinez-Raga, 2015). Antes dele, pensava-se que o médico escocês Sir Alexander Crichton (1798) tinha sido o pioneiro ao detalhar um distúrbio semelhante à PHDA, destacando a sua natureza inata, contrariando a ideia de que era apenas influenciada por fatores sociais, e mencionou a possibilidade de coexistir com outras perturbações mentais (Martinez-Badia & Martinez-Raga, 2015). Contudo, as primeiras referências de cariz científico à PHDA são atribuídas ao pediatra britânico George Still (1902). Still atribuía os comportamentos associados à PHDA a causas orgânicas, relacionando-os a anomalias físicas e a más condutas familiares. Embora as teorias de Still tenham sido progressivamente aprimoradas na compreensão dos sintomas semelhantes à PHDA, Baumeister et al. destacaram paralelismos com outras perturbações na infância. Ainda assim, as contribuições de Still permanecem como referência fundamental na

conceptualização do que hoje é identificado como PHDA (Martínez-Badía & Martinez-Raga, 2015). A associação da hiperatividade a lesões cerebrais ganhou relevo aquando da epidemia de encefalite na Europa e nos EUA, no fim da primeira guerra mundial (1917-1918). Os clínicos da época confrontaram-se com um elevado número de crianças que, apesar de terem sobrevivido a esta infeção cerebral, exibiam consideráveis sequelas cognitivas e comportamentais (Barkley, 2015). Moura et al. (2020) referem que muitas destas crianças manifestavam comportamentos semelhantes aos atualmente categorizados como hiperatividade, apresentando dificuldades na atenção, regulação da atividade e impulsividade. Os trabalhos de Barkley (2015) revelam uma correlação positiva entre a utilização de antidepressivos e anfetaminas e os sintomas da hiperatividade, beneficiando o desempenho académico e reduzindo a agitação psicomotora. Apesar da relevância destas descobertas, estas não tiveram grande impacto durante vários anos. (Barkley, 2015; Lange et al., 2010). Na década de 40, surge o conceito de "lesão cerebral mínima" que, nos anos 60, é alterado para "Disfunção cerebral mínima", devido à semelhança com pacientes com lesões no sistema nervoso central (Martinez-Badia & Martinez-Raga, 2015). Em 1968, o DSM-II apresentou a designação "Reação hipercinética da infância", dando ênfase à hiperatividade motora e impulsividade. No DSM-III (1980), esta nomenclatura foi revista para "Perturbação do Défice de Atenção", onde o défice de atenção e a impulsividade foram realçados como sintomas centrais (Barkley, 2015). Mais tarde, a terminologia evoluiu para "Perturbação de Défice de Atenção: com e sem Hiperatividade", colocando a hiperatividade como característica predominante.

Com a publicação do DSM-IV (1994), adotou-se a nomenclatura de "Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção", sendo consagrada uma nova divisão dos sintomas (tipo misto; predominantemente desatento e predominantemente hiperativo-impulso), referindo que é de extrema importância observar o comportamento da criança em diversos contextos. É neste manual que se reconhece pela primeira vez a PHDA em adultos, sublinhando que os indivíduos não superam esta condição com o crescimento, embora modifiquem os seus sintomas como resultado da maturidade. Estas conclusões são apoiadas por Beiderman et al. (1990), que também apoiam a ideia de que a PHDA não é causada por maus pais, dieta, tecnologia moderna ou outros mitos prevalentes (Martinez-Badia & Martinez-Raga, 2015).

1.2 Conceito Atual e Critérios de Diagnóstico

O DSM-V (2014) é atualmente o manual referenciador de diagnóstico e introduz o termo "Perturbação de Hiperatividade|Défice de Atenção" (PHDA). Esta perturbação é agora classificada nas

Perturbações do Neurodesenvolvimento, refletindo uma mudança significativa na forma como se compreende esta condição (Oliveira et al., 2015). Este manual define que a PHDA se caracteriza por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, incompatível com o nível de desenvolvimento esperado para a idade e que interfere de modo significativo no funcionamento académico, social ou profissional (APA, 2014). Para o diagnóstico, é essencial que os sintomas se manifestem na criança antes dos 12 anos de idade e se mantenham por, pelo menos, seis meses em níveis desadaptativos, em dois ou mais contextos. Os critérios de diagnóstico da PHDA, segundo o DSM-5, enumeram dezoito sintomas: nove de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade. Para a existência de um diagnóstico de PHDA, a criança terá que apresentar 6 ou mais sintomas de desatenção e/ou 6 ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade (APA, 2014). Estabeleceu-se ainda um ponto de corte de cinco sintomas para os adultos, pois traduz com maior rigor o grau de disfunção que a PHDA provoca nesta fase de desenvolvimento, sendo o suficiente para um diagnóstico confiável. Este critério reforça a ideia de que os sintomas da PHDA persistem ao longo da vida, ainda que declinem em número, e contribui para aprimorar os indicadores que apontam para um subdiagnóstico e consequente falta de tratamento na idade adulta (Oliveira et al., 2015). Os mesmos autores realçam que, no DSM-V, já se pode fazer um diagnóstico conjunto entre a PHDA e a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), desde que os critérios de diagnóstico sejam cumpridos para ambas as problemáticas. Acrescenta-se ainda três formas de "apresentação", de acordo com os sintomas mais preeminentes: predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa/impulsiva e combinada (APA, 2014). O DSM-V inclui três especificadores de gravidade (ligeira, moderada e grave) para melhor traduzir a variedade de intensidade dos sintomas (Oliveira et al., 2015). De acordo com o DSM-V, existem ainda outras duas categorias: a PHDA com Outra Especificação e a PHDA Não Especificada. É ainda possível que a PHDA se encontre em remissão parcial, se os critérios inicialmente identificados deixarem de estar presentes nos 6 meses anteriores a uma nova avaliação, ainda que continue a existir um impacto significativo a nível social, académico ou ocupacional (APA, 2014).

1.3 Sintomas e Caraterísticas

A PHDA é caracterizada por uma tríade sintomatológica clássica: desatenção, hiperatividade e impulsividade, que devem ser muito evidentes pela sua frequência, gravidade e intensidade. Os três grupos de sintomas caracterizam-se, respetivamente, pela "dificuldade em dirigir e manter a atenção e pouca persistência para a realização das tarefas", "agitação motora excessiva e desadequada" e

"dificuldade em gerir os impulsos e em protelar a recompensa" (APA, 2014).

Para Barkley (2015), a atenção apresenta-se como um constructo multidimensional, compreendendo o alerta, a ativação, a seletividade, a manutenção da atenção e o nível de apreensão. Este autor refere ainda que o défice de atenção na PHDA resulta de dificuldades para regular a atenção, ao invés de uma falta de atenção. Fernandes, Almeida e Alfaiate (2018) acrescentam que as investigações provam que a desatenção condiciona a hiperatividade e a impulsividade, ao contrário do que se pensava anteriormente. A desatenção é definida pela dificuldade de permanência da atenção, ignorando pormenores e cometendo erros por descuido em tarefas escolares ou atividades; dificuldade em seguir instruções, em se organizar e em terminar tarefas, evitando as que implicam a atenção sustentada (APA, 2014). Para além disto, pessoas com este perfil aparentam não ouvir quando se fala diretamente, e tendem a distrair-se facilmente com estímulos externos, podendo perder objetos ou esquecer-se de atividades do quotidiano (APA, 2014).

A hiperatividade tem tendência a manifestar-se mais na escola, pois é onde se exige um comportamento mais controlado e de autocontenção (Barkley, 2015). A hiperatividade é caracterizada pelo movimento excessivo dos membros superiores e/ou inferiores quando o indivíduo está sentado; pela tendência para se levantar, correr ou saltar na sala de aula ou noutras situações em que não é adequado; pela dificuldade em envolver-se com tranquilidade em tarefas de lazer e, ainda, por falar em excesso (APA, 2014).

Ao nível da impulsividade, as crianças com PHDA apresentam, frequentemente, uma baixa capacidade de manutenção da inibição de respostas, de adiantamento da gratificação, bem como dificuldades na capacidade de adesão a regras e de regulação/inibição de comportamentos em situações sociais (APA, 2014). Pode, ainda, ser definida como um padrão específico de resposta a determinadas tarefas, caracterizada essencialmente pela rapidez e imprecisão (Barkley, 2015). Desta forma, a impulsividade é definida pela dificuldade em esperar pela sua vez, podendo conduzir à precipitação de respostas antes de as perguntas terem terminado e à interrupção ou interferência nas atividades dos outros (APA, 2014).

A PHDA insere-se, assim, num espectro clínico alargado, cujos sintomas centrais ocorrem concomitantemente com outros problemas do neurodesenvolvimento, bem como problemas do domínio cognitivo, comportamental e emocional (Thapar et al., 2017). Para além da sintomatologia nuclear, as crianças e adolescentes com esta perturbação evidenciam frequentemente outras características que apoiam este diagnóstico, e que podem incluir dificuldades no funcionamento adaptativo, na realização académica e na relação com os pares (Barkley, 2015). De referir, ainda,

outros atributos como falta de persistência; labilidade emocional; baixa tolerância à frustração; e baixa autoestima (DSM-5, 2014; Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018).

Através de observações neuropsicológicas, foi possível caraterizar os sintomas da PHDA como consequência de alterações nas funções executivas, nomeadamente 1) inibição comportamental; 2) atenção sustentada e seletiva; 3) resistência à distração; 4) memória de trabalho, verbal e visual; 5) memória de trabalho temporo-sequencial; 6) motricidade fina e coordenação motora; 7) fluência verbal; 8) planificação e 9) autorregulação emocional e motivacional (Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018).

A desregulação emocional não se encontra incluída nos critérios de diagnóstico do DSM-5, no entanto, estes sintomas ocorrem frequentemente, havendo evidência de que partilham substratos neurobiológicos comuns (Yue et al., 2022). Segundo Shaw et al. (2014) e Faraone et al. (2019), a desregulação emocional afeta 40% a 50% das crianças com PHDA e 35% a 70% dos adultos com a mesma condição, independentemente de outras possíveis comorbilidades. Thapar et al. (2017) sublinham que embora existam diversas características associadas, nem todas as crianças com este diagnóstico as manifestam.

Segundo Faraone et al. (2021) e Willcutt (2012), indivíduos com PHDA de apresentação combinada e desatenta revelam défices mais acentuados em quase todas as medidas neurocognitivas, incluindo funções intelectuais, executivas, atenção, memória de trabalho e velocidade de processamento, quando comparados àqueles que manifestam uma apresentação hiperativa-impulsiva. Embora os indivíduos com PHDA de apresentação combinada e desatenta tenham perfis neurocognitivos semelhantes, existem diferenças em certas áreas: na inibição, na memória (com o PHDA-C a evidenciar maior dificuldade) e na velocidade de processamento (onde o PHDA-D mostra maior comprometimento). Por outro lado, os sujeitos com a apresentação hiperativa-impulsiva apresentam défices menos pronunciados, e em determinadas situações, os seus desempenhos são comparáveis aos de crianças com um desenvolvimento considerado normal (Faraone et al., 2021; Willcutt, 2012).

1.4 Prevalência

A PHDA é uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais comuns em idade escolar (Faraone et al., 2021). Esta afeta pessoas de todas as idades, independentemente do sexo, nível cognitivo, ambiente socioeconómico ou raça (Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018). Segundo o DSM-5 (2014), a sua prevalência global situa-se nos 5,3% em crianças e 2,5% em adultos. As investigações indicam que entre 50% a 80% das crianças diagnosticadas cumprem os critérios para o diagnóstico

durante a adolescência e 10% a 65% na idade adulta (Barkley & Ficher, 2019). Fayyad et al. (2017) apontam para uma prevalência de 2,8% em adultos, enquanto Luo, Weibman, Halperin e Li (2019) indicam que a taxa de prevalência mundial da PHDA varia entre 8% e 12%. A discrepância nos dados de prevalência parece derivar dos diversos critérios metodológicos utilizados no diagnóstico de indivíduos com PHDA. Quando estes critérios são uniformizados, observa-se uma prevalência semelhante entre os países, que se tem mantido constante nos últimos anos (Oliveira et al., 2015; Rohde, Buitelaar, Gerlach, & Faraone, 2019). Apesar da estabilidade da prevalência, há cada vez mais casos diagnosticados com esta condição, provavelmente devido ao aumento do reconhecimento e da consciencialização da comunidade médica, assim como à maior informação à população em geral (Cordinhã & Boavida, 2008). Em Portugal, embora não tenham sido realizados verdadeiros estudos epidemiológicos, alguns trabalhos sugerem uma prevalência entre 4% e 5% em crianças em idade escolar (Oliveira et al., 2015). Adicionalmente, estima-se que cerca de 80 mil crianças portuguesas sofram de PHDA, sublinhando a crescente relevância desta perturbação no país (Neto, 2014).

Relativamente à prevalência da PHDA em função do género, verifica-se uma maior incidência no sexo masculino, apresentando uma proporção de 2:1 em crianças e 1,6:1 em adultos (APA, 2014). Segundo Xu, Strathearn, Liu, Yang e Bao (2018), os rapazes têm uma maior propensão ao diagnóstico de PHDA em comparação com as raparigas, estimando-se uma prevalência de 12% e 4,7%, respetivamente. Acredita-se que, enquanto os rapazes manifestam sintomas mais vincados de hiperatividade, as raparigas tendem a ser mais desatentas, o que faz com que os seus sintomas passem muitas vezes despercebidos (Cordinhã & Boavida, 2008). Por esse motivo, presume-se que o número de casos de PHDA subdiagnosticados em raparigas seja muito significativo, até porque, na adolescência e na idade adulta, com a redução da componente de hiperatividade, a diferença de prevalência entre sexos é mínima (Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018).

1.5 Etiologia

A Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção (PHDA) é vista como uma *lifespan disorder*, isto é, uma perturbação de caráter permanente, cuja génese é multifatorial, com forte predisposição genética e desregulação neurobiológica (Oliveira, Medeiros, & Serrano, 2017). Embora exista muita controvérsia acerca das causas da PHDA, a literatura atribui-lhe uma natureza multidimensional, resultante da intrincada interação entre fatores genéticos, pré-natais, perinatais, pós-natais, ambientais, contextuais e neurobiológicos (Oliveira et al., 2017). As razões avançadas por Luo et al. (2019) para esta origem multifatorial, centra-se na diversidade de comorbilidades, na variedade

de perfis clínicos, nos diferentes padrões de comprometimento neurocognitivo e na existência de variadas anomalias cerebrais, tanto estruturais como funcionais. Estes autores estimam uma heritabilidade entre 60% e 80%, e consideram que entre 10% a 40% das causas da PHDA estão associadas a fatores contextuais e ambientais. Em contrapartida, Nigg et al. (2020) destacam um distúrbio de autorregulação e atribuem uma pesada responsabilidade não apenas à genética, mas também ao ambiente, à dieta e ao ritmo intenso do dia-a-dia.

Fatores Genéticos. Os fatores genéticos na PHDA foram estabelecidos através de estudos envolvendo indivíduos com relações familiares, nomeadamente em investigações com gémeos monozigóticos e dizigóticos, bem como em estudos de adoção (Oliveira et al., 2017). Pesquisas com gémeos monozigóticos indicam uma forte influência hereditária na PHDA, com uma taxa estimada de hereditariedade entre 70% e 80% em crianças e adultos (Oliveira et al., 2017). Adicionalmente, estudos envolvendo parentes de primeiro grau de indivíduos com PHDA demonstram que o risco de desenvolver esta perturbação é cinco a dez vezes maior, enquanto o risco entre irmãos é três a cinco vezes superior ao da população geral (Barkley, 2015; Posner, Polanczyk, & Sonuga-Barke, 2020; Thapar & Cooper, 2016). Apesar do peso da heritabilidade, existe evidência substancial que correlaciona genes envolvidos na síntese de neurotransmissores com a PHDA, nomeadamente relacionados com transportadores e recetores de dopamina, serotonina e noradrenalina (Cortese, 2023; Faraone et al., 2021; Oliveira et al., 2017). A alteração do nível destes neurotransmissores leva a uma desregulação catecolaminérgica central, que pode estar na origem da fisiopatologia desta perturbação (Cordinhã & Boavida, 2008). Esta perspetiva é reforçada pela eficácia terapêutica de substâncias com ação dopaminérgica e serotoninérgica (Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018). Segundo Cortese et al. (2015), a existência de alterações neuroquímicas relacionadas com neurotransmissores é uma das hipóteses mais aceites sobre a etiologia da PHDA.

A importância crucial das vias da dopamina, noradrenalina e serotonina indica que a redução destas vias resulta em défices na atenção, inibição de impulsos e funções executivas. Neste contexto, Oliveira et al. (2017) mencionam que muitos investigadores propõem que a PHDA pode derivar de um défice global nas funções executivas ou de um défice nuclear em determinados domínios destas funções.

Fatores Neurobiológicos. A investigação imagiológica em crianças e adolescentes com PHDA revela diferenças significativas no desenvolvimento cerebral, tanto a nível estrutural como funcional. Estas diferenças envolvem diferentes área do sistema nervoso central, particularmente do córtex pré-frontal, gânglios da base e cerebelo (Barkley, 2015; Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018;

Hoogman et al., 2017; Oliveira et al., 2017). Num estudo volumétrico das áreas subcorticais em indivíduos com PHDA, Hoogman et al. (2017) observaram uma diminuição acentuada do volume de áreas subcorticais relacionadas com a regulação das funções executivas, como a amígdala, núcleo *accumbens, putamen* e hipocampo. Observa-se também uma redução no volume da massa cinzenta e uma diminuição de 3-5% no volume cerebral total (Fernandes, Almeida & Alfaiate,2018). Os mesmos autores sublinham que as diferenças no desenvolvimento cerebral incluem ainda um atraso na maturação cortical e uma diminuição da sua espessura. Esta redução é mais pronunciada em crianças, mas tende a normalizar-se na idade adulta. Shaw et al. (2007) estudaram as trajetórias de desenvolvimento cortical e concluíram que o auge da espessura cortical foi alcançado em 50% dos pontos aos 10,5 anos, o que é consideravelmente mais tardio do que no grupo de controlo, onde ocorre aos 7,5 anos.

Os estudos de neuroimagem funcional indicam uma redução da atividade cerebral global, especialmente nos gânglios da base e no lobo frontal. A hipoativação do lobo frontal, revela que esta região cerebral consome menos glicose e oxigénio em comparação com indivíduos que não apresentam esta condição (Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018). Outras evidências sugerem que, uma superativação da amígdala (envolvida na regulação da emoção) e a hipoativação do córtex frontal (o qual processa estímulos emocionais) são a base para as dificuldades de regulação emocional em crianças com PHDA (Shaw et al., 2014).

Fatores Pré, Peri e Pós-Natais. Oliveira et al. (2017) e Cordinhã e Boavida (2008) indicam que diversos estudos têm evidenciado que certas ocorrências durante a gravidez podem potenciar o risco de desenvolvimento da PHDA. Entre os fatores de risco ambiental e biológico, destacam-se: aditivos, intolerâncias e alergias alimentares; exposição a metais e toxinas; consumo de tabaco e álcool durante a gravidez; eclampsia; duração prolongada do parto; prematuridade; baixo peso ao nascer; infeções do sistema nervoso central; traumatismos cranianos graves; e anóxia. Por sua vez, Franz et al. (2018), identificaram que as crianças com baixo peso à nascença, ou que nasceram prematuramente, apresentam um risco três vezes maior de serem diagnosticados com PHDA. Referem, ainda, que este risco é ainda mais acentuado em indivíduos que nasceram com um peso extremamente baixo (inferior a 1000gr) ou com extrema prematuridade (inferior a 28 semanas).

Fatores Ambientais. Antunes (2021) refere que são vários os fatores ambientais potencialmente envolvidos na patogénese da PHDA; contudo, a sua influência direta não está comprovada. Além dos fatores ambientais referidos anteriormente, acrescentam-se os ácidos gordos e a carência de ferro e zinco. De acordo com Oliveira et al. (2017), nos últimos tempos, emergiram

várias suposições sugerindo que toxinas ambientais (i.e., chumbo) e aditivos alimentares (i.e., açúcares; corantes), poderiam elevar o risco de desenvolver esta condição. Contudo, estes autores salientam que diversas investigações determinaram que aditivos alimentares não são causadores desta perturbação. Além disso, os resultados sobre a influência do chumbo e outras toxinas ambientais são, também, controversos (Oliveira et al., 2017). Algumas pesquisas apontam para níveis sanguíneos reduzidos de ácidos gordos em crianças com PHDA (Cortese et al., 2015). Um estudo envolveu 90 crianças (algumas com sintomas de PHDA) entre os 6 e 12 anos, onde foram submetidas a um tratamento com ácidos gordos ômega-3/6 durante 12 meses (Barragán, Breuer & Döpfner, 2017). Estes autores concluiram que estes ácidos podem ser benéficos como terapia complementar ao tratamento com metilfenidato, otimizando a tolerância, a dosagem e a adesão ao tratamento. Relativamente ao papel do ferro na PHDA, ainda não está completamente esclarecido, mas sabe-se que está relacionado com problemas de aprendizagem, alterações cognitivas e desequilíbrios nos neurotransmissores da dopamina (Cortese et al., 2022).

Fatores Contextuais. Os fatores contextuais, nomeadamente familiares e socioculturais, não são causadores da PHDA, mas podem influenciar a sua evolução (Oliveira et al., 2017). Situações como famílias numerosas; ambientes familiares marcados por conflitos e falta de estrutura; separação dos pais; baixo estatuto socioeconómico; envolvimento dos pais em atividades criminosas; problemas de saúde mental da mãe (i.e.,depressão); psicopatologia do pai; défices cognitivos; e, ainda, disfunção psicossocial podem ser identificados como fatores de risco familiar associados (Cordinhã & Boavida, 2008; Oliveira et al., 2017). A literatura também aponta para uma ligação entre a PHDA e a Perturbação de Stress Pós-Traumático, traumas e adversidades vivenciadas na primeira infância (Antshel et al., 2013; Biederman et al., 2013; Perry, 2008). Importa ainda destacar que a qualidade das relações no seio familiar e no ambiente escolar não são vistas como possíveis causas, mas sim como fatores que podem agravar ou atenuar o risco (Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018; Oliveira et al., 2017).

1.6 Comorbilidades

Alguns estudos apontam para uma etiologia partilhada entre as Perturbações do Neurodesenvolvimento, baseada no desenvolvimento cerebral atípico comum e devido a possíveis fatores ambientais partilhados (Caye et al.,2021). Esta base poligénica comum base pode explicar a

elevada taxa de comorbilidades entre a PHDA e outras perturbações. Segundo Moura et al. (2021) o diagnóstico único de PHDA é bastante invulgar. Estima-se que entre 50% a 90% das crianças com PHDA tenham pelo menos uma comorbilidade, e que cerca de metade destas apresente pelo menos duas comorbilidades (CADDRA, 2020). As patologias frequentemente associadas incluem Perturbação de Ansiedade, Perturbação Depressiva, Perturbações da Personalidade, Perturbação da Linguagem, Perturbação da Aprendizagem Específica, Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora, Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição e Desafio, Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbação do Sono (APA, 2014; Moura et al., 2020). Segundo o DSM-5 tanto a Perturbação da Ansiedade como a Perturbação Depressiva surgem em indivíduos com PHDA, numa proporção superior à da população em geral. A Perturbação do Comportamento está presente em 25% das crianças com PHDA com apresentação combinada e a Perturbação de Oposição e Desafio (POD) é a comorbilidade mais comum em PHDA, com uma prevalência de 10% na população geral e de 55%-84% em indivíduos com PHDA (CADDRA, 2020; DSM-5, 2014). A Perturbação da Aprendizagem Específica está frequentemente associada à PHDA, nomeadamente no domínio da leitura, escrita e matemática. Estima-se que entre 25% a 40% das crianças com PHDA cumpram os critérios de comorbilidade com a Perturbação da Aprendizagem Específica na leitura – Dislexia (Moura et al., 2020). A Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora ocorre em 50%-60% das crianças com PHDA, enquanto que as perturbações do sono estão presentes em cerca de 25% dos casos (Barkley, 2015; Biederman et al., 2013; Cortese et al., 2022; Faraone et al., 2021). A PHDA e a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) coexistem em 20% a 50% dos casos (Franke et al., 2018) sendo, por isso, comum que crianças com PHDA manifestem dificuldades e comportamentos típicos de crianças com PEA, como desafios na comunicação e nas relações sociais (Miranda-Casas et al., 2013). A avaliação de certas funções neuropsicológicas, como inibição, memória de trabalho, variabilidade do tempo de reação e planeamento, pode esclarecer as semelhanças e diferenças entre estas duas condições (Miranda-Casas et al., 2013).

Existem, ainda, estudos que indicam uma forte relação entre PHDA e obesidade (Quesada et al., 2018), e adolescentes com PHDA apresentam um risco triplicado de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 (Chen et al., 2018). Jameson et al. (2016) referem, ainda, uma maior incidência de alergias, asma, dores de cabeça, enxaquecas, enurese e problemas gastrointestinais em crianças com PHDA.

Para além das questões anteriormente mencionadas, a literatura tem vindo a explorar um novo construto associado à PHDA, denominado de "Tempo Cognitivo Lento" (Faraone et al., 2021). Este

conceito engloba diversas características, tais como lentidão, esquecimento, passividade, apatia e distração da criança (Barkley, 2015; Faraone et al., 2021; Moura et al., 2020).

1.7 Avaliação e Diagnóstico Diferencial

Dado que a PHDA é um problema crónico, com elevada prevalência nas crianças, e acarreta um impacto significativo ao logo de toda a vida do indivíduo, é solicitada, de forma crescente, a sua avaliação e intervenção (Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018). O diagnóstico da PHDA é essencialmente clínico e baseado nos critérios descritos no DSM-5 (Anexo 1), devendo, por isso, ter em conta os contextos em que ocorrem a sintomatologia, o grau de inconsistência em relação à idade, o nível de desenvolvimento e o impacto funcional (APA, 2014).

Para Oliveira e Pereira (2021), o processo de avaliação da PHDA é bastante complexo e deve ser feito por uma equipa multidisciplinar, composta por diferentes profissionais de saúde (pediatras, neuropediatras, pedopsiquiatras, psicólogos), incluindo os pais e professores, e a adoção de procedimentos múltiplos (i.e., preenchimento de escalas; aplicação de testes de desempenho). Não menos importante, neste processo, é a própria criança ou adolescente, que oferece a quem está a proceder à avaliação a oportunidade de observar o seu comportamento, assim como, fornece informações preciosas quanto às suas emoções, sentimentos e autoestima, sobre o modo como encara o seu contexto escolar, e sobre as suas relações interpessoais com pares e familiares. Especificamente, no que toca aos adolescentes, importa compreender as suas perceções sobre os seus problemas, funcionamento familiar e académico (Oliveira & Pereira, 2021).

A avaliação envolve a aplicação de um amplo protocolo. Dele fazem parte: 1) a observação/identificação dos comportamentos nucleares desta perturbação em vários contextos,; 2) o diagnóstico diferencial de outras perturbações que poderão estar igualmente presentes e/ou a explicar as alterações comportamentais; 3) a avaliação do funcionamento neurocognitivo (i.e., funções executivas, atenção e memória de trabalho); 4) a análise do ajustamento psicossocial, das dinâmicas familiares e das práticas parentais, entre outras (Moura et al, 2020; Oliveira & Pereira, 2021; Moura et al, 2020). Devem ser sistematicamente abordados tanto a história materna quanto o período gestacional e o parto, quanto à exposição do feto a substâncias (i.e., tabaco; álcool; drogas ilícitas; medicamentos). Os mesmos autores referem que a história familiar também deverá ser abordada para se avaliar a presença e a distribuição de doenças orgânicas e psiquiátricas. Na história clínica devem ser indagados os critérios diagnósticos de acordo com a classificação, início, duração, severidade, frequência e repercussão do comportamento nos diferentes contextos nos quais está inserido (Moura et

al., 2020; Oliveira & Pereira, 2021). A fim de concluir o processo de avaliação e diagnóstico foram desenvolvidas provas psicológicas no sentido de apoiar o diagnostico de PHDA. Atualmente estão disponíveis várias ferramentas para a avaliação desta perturbação, sendo de destacar: a Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC), a Escala de Inteligência de Wechshler para crianças – 3ª Edição (WISC - III) e o questionário de Conners (Cordinhã & Boavida, 2008; Moura et al., 2020).

Como referido anteriormente, a PHDA está associada a uma elevada incidência de comorbilidades. Assim, torna-se fundamental efetuar um diagnóstico diferencial rigoroso, considerando todos os critérios estabelecidos no DSM-5 (APA, 2014) e identificar problemas concomitantes. Por diversas razões, em alguns indivíduos, não foi realizada uma avaliação nem estabelecido o diagnóstico de PHDA nas fases iniciais do seu desenvolvimento. Oliveira et al. (2015) salientam que, ao diagnosticar adultos, os especialistas podem focar-se na documentação dos sintomas que surgem na média infância ou início da adolescência, sem necessidade de analisar todo o histórico do paciente antes dos sete anos de idade. Contudo, a necessidade de que vários sintomas se manifestem antes dos 12 anos sublinha a relevância clínica desta fase do desenvolvimento (APA, 2014).

1.8 Percurso Desenvolvimental e Prognóstico

A PHDA tem uma evolução crónica e, apesar de se observar uma melhoria sintomática e funcional ao longo do tempo, entre 50% a 70% das crianças diagnosticadas podem continuar a exibir alguns sintomas que afetam a sua vida adulta, impactando as áreas académica, profissional, afetiva e social (Faraone et al., 2021). Embora os sintomas tendam a diminuir com a idade (com até 65% dos indivíduos a apresentarem uma remissão parcial), apenas 15% das crianças com PHDA alcançam uma remissão total, tanto em termos de sintomas como de comprometimento funcional no início da vida adulta (Rodhe et al., 2019). Segundo Willcutt (2012), somente 35% das crianças diagnosticadas com PHDA mantêm a apresentação ao longo do seu desenvolvimento. Estudos longitudinais indicam que os sintomas de hiperatividade e impulsividade tendem a decrescer com a idade, enquanto os sintomas de inatenção são mais estáveis e podem persistir ao longo da vida (Faraone et al., 2021; Luo et al., 2019). Willcutt (2012) acrescenta que, em 37% dos casos, as crianças mantêm a apresentação PHDA-C, mudam para PHDA-D em 29,8% dos casos e apenas 2,7% transitam para PHDA-HI. Por outro lado, as crianças com PHDA-D mantêm a apresentação em 39,9% dos casos ou deixam de cumprir os critérios clínicos para o diagnóstico de PHDA em 49,8% dos casos. A apresentação PHDA-HI é a mais volátil, com apenas 14,5% das crianças a mantê-la, enquanto a maioria (66,8% dos casos) deixa de manifestar os sintomas necessários para o diagnóstico de PHDA (Willcutt, 2012).

Embora grande parte dos casos só seja diagnosticada no início da escolaridade obrigatória, alguns estudos indicam que os sinais desta patologia podem manifestar-se em crianças muito jovens e até em bebés (Athanasiadou et al., 2020). Estes autores referem que, em idades precoces, certos sinais e sintomas, como temperamento instável, episódios frequentes de choro, sono agitado, elevada agitação ou desinteresse nas brincadeiras, podem ser sugestivos de PHDA. Diagnosticá-la em idade pré-escolar em idade pré-escolar é desafiante devido às significativas mudanças desenvolvimentais que ocorrem nas crianças nos primeiros anos de vida (Athanasiadou et al., 2020). Diversos estudos evidenciam que crianças de 3 anos com sintomas de PHDA têm uma probabilidade muito maior de cumprir os critérios de diagnóstico da patologia aos 13 anos (Athanasiadou et al., 2020). Enquanto no pré-escolar a hiperatividade é a manifestação predominante, no início da escolaridade, a desatenção torna-se mais evidente e impactante. Na adolescência, os sinais de hiperatividade tornam-se menos frequentes, podendo manifestar-se através de um comportamento mais inquieto ou uma sensação interna de nervosismo e impaciência (Faraone et al., 2021). Na idade adulta, além da desatenção e inquietação, a impulsividade pode continuar a ser um desafio, mesmo quando a hiperatividade diminui (APA, 2014). O prognóstico da PHDA varia consoante a fase de diagnóstico, a severidade dos sintomas e o momento de início da intervenção. A presença de comorbilidades pode tornar o prognóstico mais reservado, exigindo estratégias terapêuticas adaptadas a cada situação. O tipo de educação e o contexto socioeconómico e cultural da família são fatores determinantes para um prognóstico mais positivo (Rodhe et al., 2019).

O diagnóstico e a intervenção na PHDA são determinantes para o seu prognóstico, promovendo a redução da intensidade dos sintomas, a melhoria do rendimento académico e a facilitação da integração social (Caye et al., 2017).

1.9 Intervenção Terapêutica

A intervenção atempada é de extrema importância, considerando o impacto negativo que a PHDA pode ter na trajetória desenvolvimental (Coghill et al., 2023). Dado que a PHDA é um distúrbio crónico, o propósito da intervenção não é a cura, mas sim a melhoria dos resultados funcionais a longo prazo. O objetivo é permitir que os indivíduos alcancem o seu potencial máximo, e não apenas controlar os sintomas centrais da PHDA (Cortese et al., 2022). A intervenção deve ser delineada de forma individualizada, ajustada ao perfil funcional da criança ou adolescente, evoluindo ao longo do

tempo e considerando os diferentes contextos em que a criança se insere (Caye et al., 2017).

É consensual que a abordagem mais eficaz é a multimodal, combinando intervenções farmacológicas com estratégias não farmacológicas (Antshel et al., 2013; Coghill et al., 2023; Cortese et al., 2015). Uma das principais vantagens da intervenção multimodal é a maior probabilidade de manutenção do sucesso terapêutico ao longo do tempo, adaptando as abordagens não farmacológicas às necessidades da criança, ao longo do seu desenvolvimento e otimizando os contextos para garantir o êxito da terapêutica (Rodrigues & Antunes, 2014). Independentemente da abordagem escolhida, deve ser centrada na criança ou adolescente, envolvendo pais e professores no processo de intervenção (Antunes, 2021).

Intervenção Farmacológica. A intervenção farmacológica é a que apresenta maior evidência de eficácia no controlo dos sintomas da PHDA (Chan & Martinussen, 2016; Nazarova et al., 2022). Esta abordagem inclui tanto psicostimulantes como fármacos não estimulantes do sistema nervoso central, ambos fundamentais no plano de intervenção multimodal para a perturbação referida (Moura et al., 2020).

Os psicostimulantes, como o metilfenidato e as anfetaminas, são frequentemente a primeira escolha no tratamento da PHDA (Cortese, 2023). O Metilfenidato bloqueia a recaptação da dopamina e da noradrenalina, atuando como um estimulante, sendo comummente a primeira escolha de tratamento (Moura et al, 2020). Ao estimular o cérebro e os neurotransmissores cerebrais, o metilfenidato contribui para a regulação do controlo motor, atenção, organização, planeamento e tomada de decisões (Moura et al., 2020). Em Portugal, o metilfenidato está disponível em formulações de curta, média e longa duração, comercializado sob as designações como *Rubifen, Ritalina* e *Concerta*. Recentemente, surgiu a lisdexanfetamina, vendida sob a marca *Elvanse*, marcando a introdução da primeira anfetamina no país. A sua atuação assemelha-se à do metilfenidato, mas com um efeito mais duradouro. Conforme indicado por Moura et al. (2020), este fármaco revela-se particularmente eficaz e bem tolerado no tratamento da PHDA em adultos. Os fármacos não estimulantes são uma alternativa quando a criança com PHDA tem comorbilidades. A atomoxetina, vendida sob o nome *Strattera* atuam como inibidores seletivos da recaptação pré-sináptica de noradrenalina no córtex pré-frontal, potenciando a transmissão noradrenérgica, crucial para a atenção, aprendizagem e memória (Cortese, 2023).

Em situações onde os fármacos anteriormente mencionados não se mostram eficazes, os antidepressivos tricíclicos podem ser uma alternativa (Nazarova et al., 2022).

A administração dos psicoestimulantes pode implicar efeitos colaterais preocupantes como

desregulação do sono, perda de apetite, perda de peso, cefaleias, dor abdominal e exacerbação da ansiedade, no entanto, o seu impacto varia consoante a dosagem prescrita (Moura et al., 2020). Assim, conclui-se que a intervenção farmacológica visa utilizar medicamentos adequados para potenciar a concentração e atenção da criança, melhorar as relações interpessoais, a aprendizagem, a persistência nas tarefas e diminuir a impulsividade e agressividade. Importa salientar que, em Portugal, não se recomenda medicar crianças com PHDA com menos de 6 anos (Moura et al., 2020).

Intervenção Não Farmacológica. As abordagens psicossociais mais recorrentes são a terapia comportamental e a terapia cognitivo-comportamental. Estas intervenções podem ser realizadas de várias formas, abrangendo o maior número de contextos e situações vivenciadas pela criança ou adolescente com PHDA. O principal objetivo destas intervenções é promover a alteração de comportamentos e o desenvolvimento de competências específicas (Rodrigues & Antunes, 2014).

Segundo Oliveira et al. (2017), a intervenção cognitivo-comportamental baseia-se na premissa de que há uma correlação direta entre a cognição e o comportamento, sugerindo que alterações cognitivas podem moldar ações. Esta intervenção visa potenciar a capacidade de autocontrolo dos alunos em contextos significativamente disfuncionais e reduzir comportamentos problemáticos, otimizar o comportamento social e melhorar o desempenho académico (Oliveira et al., 2017; DuPaul et al., 2014).Algumas das estratégias utilizadas incluem programas de treino das competências sociais e cognitivas, modelos de autoinstrução, automonitorização e autorregulação comportamental, bem como estratégias de resolução de problemas, ou outros (Loro-López et al., 2009).

A intervenção comportamental é uma das técnicas mais utilizadas na PHDA. DuPaul et al. (2014) esclarecem que as intervenções comportamentais se concentram e modificam os antecedentes e consequentes comportamentos, utilizando estratégias específicas, com o intuito de substituir as condutas problemáticas pelas desejáveis. Esta intervenção não incide diretamente nos sintomas típicos da perturbação, mas sim nos comportamentos que afetam negativamente o quotidiano do indivíduo (Antunes, 2021). No entanto, esta abordagem tem impacto, ainda que algumas das estratégias comportamentais com maior evidência científica incluam: contratos e registos comportamentais, reforço, programas de economia de fichas, extinção, custo de resposta, tempo de exclusão e "time-out" (DuPaul et al., 2014).

As abordagens terapêuticas, devem ser dirigidas aos diferentes contextos onde há desajustes (Rodrigues & Antunes, 2014). Desta forma, a intervenção em contexto familiar, assume uma relevância primordial, pois permite elucidar os pais sobre as características das crianças com PHDA e promover práticas educativas parentais mais eficazes, que reforcem os comportamentos adaptativos dos filhos e

reduzam os disruptivos. Neste contexto, Rodrigues e Antunes (2008) salientam que a intervenção familiar deve assumir diferentes formas, incluindo programas de treino para os pais (i.e.,"Incredible Years" de Carolyn Webster-Stratton; "Juntos no Desafio" de Paulo Costa) e intervenções focadas na relação e interação entre pais e filhos (especialmente na adolescência, a partir dos 11 anos, período em que tendem a surgir os primeiros conflitos parentais). A eficácia desta intervenção está relacionada com a gravidade dos sintomas apresentados pelas crianças e com o comprometimento e motivação tanto dos pais como das próprias crianças ao longo de todo o processo (Antunes, 2021).

As intervenções em contexto escolar são de particular importância, porque é neste meio que os sintomas se tornam particularmente evidentes e onde terão, mais frequentemente, comportamentos disruptivos (Moore et al., 2015). De acordo com Rodrigues (2008), a abordagem psicossocial em ambiente escolar pode abarcar domínios como: formação de docentes; cooperação entre casa, técnicos e escola; intervenção comportamental em sala de aula e de competências sociais. Crianças e adolescentes com PHDA podem, se necessário e benéfico, ser integrados nos serviços de educação especial. Nestes serviços identificam-se medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, bem como recursos específicos a mobilizar, de forma a quebrar o ciclo de desmotivação e desinteresse académico, favorecendo o seu sucesso escolar e estabelecendo os alicerces para o seu desenvolvimento pessoal e social (Oliveira & al., 2017; DuPaul et al., 2014).

1.10 Impacto da PHDA

O impacto da PHDA não se limita apenas às crianças, estendendo-se a toda a sua rede social, resultando em repercussões negativas no seu ajustamento social, académico e emocional (Oliveira et al., 2017). Por este motivo, muitas investigações têm-se focado no impacto da PHDA ao longo do ciclo vital dos indivíduos, nos seus diversos contextos, e, em particular, no seu funcionamento adaptativo (Faraone et al., 2021). De acordo com Barkley e Fischer (2019), Faraone et al. (2021) e Coghill et al. (2023), a PHDA manifesta-se em diferentes domínios, nomeadamente em termos académicos (ver 1.11) e familiares (ver 1.12). Estes autores descrevem, ainda, o impacto da PHDA ao nível:

Impacto Comportamental. Crianças e jovens com PHDA apresentam uma propensão maior para envolvimento em comportamentos de risco. Tais comportamentos englobam consumo de substâncias como tabaco, álcool ou drogas (15%-19% da população com PHDA); condução com velocidade excessiva e acidentes frequentes (50% mais acidentes de bicicleta e duas a quatro vezes mais acidentes automóveis); bem como lesões traumáticas e de morte prematura (menos 12 anos de

expectativa de vida nos adultos com PHDA).

Impacto Social. Estes jovens demonstram competências sociais limitadas, enfrentando desafios nas relações sociais (50%-70%), sendo frequentemente rejeitados pelos pares ou alvo de bullying. Há, também, uma maior incidência de gravidez na adolescência (40%), entre as adolescentes com PHDA e comportamentos delinquentes ou antissociais (40%-50%).

Impacto Psicológico. Destacam-se dificuldades em expressar pensamentos e emoções, como problemas no controlo da raiva, da agressividade, baixa tolerância à frustração e irritabilidade; um grau acentuado de imaturidade; autoestima reduzida; e desafios na resolução de problemas. Segundo os mesmos autores, os indivíduos com PHDA apresentam, ainda, um risco acrescido para uma reduzida qualidade de vida e de ação suicida.

Impacto Financeiro. Devido à sintomatologia e comorbilidades frequentemente associadas, a PHDA representa um significativo encargo financeiro, sendo vista como uma das patologias crónicas mais onerosas (Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018). Por exemplo, no contexto educativo, o custo anual de uma criança com PHDA é cerca de 16 vezes mais, do que uma criança com um desenvolvimento neurotípico (Fernandes, Almeida & Alfaiate, 2018). Adicionalmente, o salário mensal de um adulto com PHDA é, em média, 37% inferior ao da população em geral (Pelham et al., 2020). Estes custos elevados têm sido documentados em diversos países, como na Austrália, onde o impacto económico em 2019 ascendeu a 20 biliões de dólares anuais - equivalente a 25 mil dólares por indivíduo com PHDA (Deloitte, 2019). Segundo Fernandes, Almeida e Alfaiate (2018), vários especialistas internacionais defendem que avaliar, diagnosticar e intervir na PHDA não só potencia a melhoria da qualidade de vida de uma parcela considerável da população, como também resulta numa economia anual de milhões de euros para as sociedades.

Impacto no Contexto Escolar. De acordo com os autores Flanigan e Climie (2018) e Kos, Richdale e Hay (2006), crianças e adolescentes com PHDA são facilmente identificáveis em contexto escolar. Os mesmos autores referem que estes jovens tendem a demonstrar falta de motivação ou um empenho reduzido nas atividades, enfrentam dificuldades na interpretação e construção de textos, e frequentemente não conseguem compreender instruções de forma adequada. Adicionalmente, revelam dificuldades na gestão do tempo e do espaço, problemas de planeamento, limitações na memória a curto prazo e desafios na persistência nas tarefas. A impulsividade nas respostas e comportamentos de oposição em relação ao professor são também comuns. Estes alunos muitas vezes carecem de métodos de estudo eficazes, que incluam planeamento, monitorização e autoavaliação (Cordinhã &

Boavida, 2008).

Segundo Mulholland et al. (2015), entre 31% a 45% das crianças com PHDA enfrentam uma dificuldade de aprendizagem associada. A comorbilidade da PHDA com Perturbações de Aprendizagem Específica, com défice na leitura (Dislexia), na escrita e na matemática, indica que o desempenho académico destes jovens pode ser comprometido (Moura et al., 2020). Verifica-se, ainda, que as crianças com PHDA têm desempenhos académicos inferiores às crianças típicas e aos seus irmãos, e são referenciadas para educação especial em maior número que os seus pares (Barkley, 2015; Biederman et al., 2013). De acordo com Taanila et al. (2014), crianças e adolescentes com PHDA tendem a ter taxas mais elevadas de retenção escolar e aspirações académicas reduzidas. Apesar destes desafios, são crianças com um bom potencial cognitivo, uma vez que, em média, o seu funcionamento intelectual não se distancia da população escolar em geral (DuPaul & Stoner, 2003; Rodrigues & Antunes, 2014). No entanto, são muitas vezes percecionadas de forma negativa, especialmente pelos professores. São frequentemente rotuladas como "preguiçosas" ou "mal-educadas", repreendidas, menos questionadas, raramente elogiadas e frequentemente criticadas (Moura et al., 2020).

Ewe (2019) sublinha a importância de relacionamentos de alta qualidade entre professores e alunos. Uma relação positiva entre ambos está ligada ao desempenho académico dos alunos, à autoeficácia, comportamentos pró-sociais e relações interpessoais (Chan & Martinussen, 2016). Estas são áreas onde, frequentemente, alunos com PHDA enfrentam desafios. No estudo de Rogers e Tannock (2013), verificou-se que as crianças com PHDA viam os seus professores como mais autoritários e sentiam-se menos competentes e integradas. Estes investigadores também constataram que um vínculo mais forte entre estes alunos e os professores correlaciona-se com uma maior motivação académica (Ewe, 2019). Na sua meta-análise, MacLean, Krause e Roger (2023) exploraram a qualidade das relações entre alunos com PHDA e os seus professores. Os resultados sublinharam a importância central dos professores para estes estudantes e destacam a relação recíproca entre docente e discente. Estas descobertas são cruciais para refletir sobre como os professores podem melhor apoiar alunos com esta condição, potenciando resultados positivos a nível académico, social e psicológico (MacLean, Krause & Roger, 2023).

Impacto no Contexto Familiar. O impacto da PHDA estende-se a toda a família. Esta é submetida a uma pressão significativa ao tentar gerir as dificuldades comportamentais e de aprendizagem associadas à PHDA (Barkley, 2015). Os desafios sentidos pela família, influenciam o modo como a criança é percecionada, educada e acompanhada ao longo do seu desenvolvimento até à

idade adulta (Antunes, 2021).

Segundo o modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1979), as dinâmicas familiares são fundamentais para o desenvolvimento de crianças e adolescentes (Barkley & Fischer, 2019). A família apresenta, assim, um papel determinante e fundamental para o desenvolvimento e crescimento da criança (Bronfenbrenner & Evans, 2000; Serrano, 2007) e exerce uma influência profunda na evolução, manifestação e prognóstico da PHDA (Johnston & Mash, 2001). Para a Academia Americana de Pediatria a família constitui a principal fonte de força e suporte para a criança, sublinhando o papel singular da mãe na promoção do bem-estar (Mahmutović et al, 2020). Para a Academia Americana de Pediatria a família constitui a principal fonte de força e suporte para a criança, sublinhando o papel singular da mãe na promoção do bem-estar (Mahmutović et al., 2020). Ainda que o desenvolvimento da PHDA tenha raízes em fatores genéticos e neurobiológicos (Nigg et al., 2020), as dinâmicas familiares frequentemente intensificam ou atenuam os seus comportamentos característicos (Johnston & Mash, 2001).

Face às complexidades associadas à PHDA, as relações entre pais e filhos com esta condição são frequentemente pautadas por conflitos e é comum observar inconsistências nas rotinas familiares (Barkley & Fischer, 2019; Boavida & Estrada, 2019; Coghill et al., 2023; Faraone et al. 2021). Os contextos familiares destes jovens, tendem a apresentar práticas parentais mais negativas, um aumento do stress entre os seus membros, uma probabilidade três a cinco vezes maior de separação ou divórcio dos pais, e uma propensão para estratégias de *coping* desadaptativas (Faraone et al., 2021).

Estudos revelam que os estilos educativos dos pais têm um papel moderador em relação à PHDA. Concretamente, um estilo educativo materno, que seja excessivamente protetor, interage com os sintomas de PHDA, levando a um aumento da ansiedade, depressão, perturbação de conduta, sintomas antissociais e limítrofes (Cavallina, Pazzagli, Ghiglieri, & Mazzeschi, 2015). Os mesmos autores revelam que, quando comparadas com mães de crianças sem PHDA, as mães de crianças com esta perturbação tendem a ser mais diretivas e negativas, e menos interativas socialmente. Por sua vez, as crianças com PHDA mostram-se menos cooperantes e mais negativas (Barkley, 2015; Cavallina, Pazzagli, Ghiglieri, & Mazzeschi, 2015; DuPaul et al., 2014). As investigações sugerem, ainda, que ambientes familiares pouco enriquecedores e demasiado restritivos, que não incentivam a autonomia, podem intensificar a ansiedade nestas crianças (Kepley & Ostrander, 2007). Em contraste, os mesmos autores referem, que uma parentalidade excessivamente permissiva pode elevar o risco de acidentes nestas crianças. Por outro lado, o carinho e a proximidade paterna, interagem com os

sintomas de PHDA, resultando em menor ansiedade, diminuição de perturbações de conduta e menos sintomatologia antissocial (Salazar et al., 2015). A proximidade paterna também está relacionada com uma maior aceitação por parte dos pares e tem uma correlação negativa com a rejeição pelos pares e comportamentos sociais problemáticos (Kepley & Ostrander, 2007).

Nas famílias com crianças e adolescentes diagnosticados com PHDA, observa-se um aumento nas taxas de prevalência de problemas de saúde mental nos pais. Estas crianças, têm uma probabilidade significativamente maior de ter um dos pais com problemas de saúde mental, como depressão (especialmente nas mães), ansiedade, consumo de substâncias ou perturbações de personalidade (Faraone et al., 2021). Além disto, as mães de crianças ou adolescentes com esta condição, têm tendência a apresentar baixa autoestima, sentimentos de autocensura e isolamento social (Barkley, 2015).

O relacionamento destas crianças com os seus irmãos é caracterizado por conflitos, registando-se uma prevalência de disputas duas a quatro vezes superior em comparação com os seus pares (Faraone et al., 2021). Os irmãos destas crianças podem crescer sentindo-se exaustos devido ao convívio disruptivo e instável (Barkley & Fischer, 2019). Os mesmos autores sublinham a importância de analisar as famílias com membros com PHDA como unidades de interações interpessoais, para melhor compreender as suas dinâmicas e a influência da sintomatologia da PHDA. Reconhecer e caracterizar as dinâmicas familiares e sociais dos adolescentes com PHDA é crucial para identificar fatores de vulnerabilidade e direcionar intervenções mais eficazes, visando melhorar a sua qualidade de vida (Barkley & Fischer, 2019). Os mesmos autores sublinham a importância de analisar as famílias com membros com PHDA como unidades de interações interpessoais, para melhor compreender as suas dinâmicas e a influência da sintomatologia da PHDA.

2. Adolescência e Adolescentes com PHDA

Este capítulo oferece uma visão geral da investigação relevante na área das perceções dos adolescentes com PHDA. A pesquisa bibliográfica realizada inclui estudos que exploraram como a PHDA é percecionada tanto pelo público em geral como por aqueles diagnosticados com a condição. O capítulo inicia-se com um breve enquadramento sobre a adolescência.

2.1. Adolescência

A adolescência é uma das fases mais intensas e desafiantes do desenvolvimento humano, marcada por significativas transformações físicas, emocionais e sociais (WHO, 2014). Estas mudanças podem influenciar positiva ou negativamente a forma como os adolescentes se relacionam consigo mesmos, com as suas famílias, amigos (Simões et al., 2010) e com a sociedade em geral.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) define a adolescência como o período entre os 10 e os 19 anos, enquanto a Organização das Nações Unidas (ONU, 1995) estabelece os limites entre os 15 e os 24 anos. É referido com frequência que a adolescência se inicia com as transformações fisiológicas da puberdade (Ferreira & Nelas, 2006). No entanto, é difícil determinar com precisão quando termina a infância e começa a idade adulta, uma vez que estes limites podem variar consoante a personalidade do indivíduo e o contexto sociocultural em que está inserido (UNICEF, 2011). Diversos autores destacam o papel significativo da sociedade no prolongamento da fase da adolescência. Esta é caracterizada por uma maior permanência na casa dos pais, pela extensão dos anos de estudo e pelo adiamento de etapas como o primeiro emprego e o casamento, o que resulta num prolongamento da dependência afetiva e social, mantendo as gerações mais jovens afastadas das decisões (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

A adolescência, anteriormente vista apenas como preparação para a vida adulta (Sprinthall & Collins, 2003), ganhou destaque no final do século XX, sobretudo com a perspetiva ecológica de Bronfenbrenner (1979). A sua perspetiva destaca a importância dos múltiplos contextos e sistemas em que um indivíduo está inserido e como estes interagem e influenciam o seu desenvolvimento ao longo da vida (Bronfenbrenner & Morris, 1999). A importância dos contextos e das relações no desenvolvimento humano é partilhada por Hill (1980), no seu modelo de desenvolvimento adolescente, que oferece uma visão holística e integrada das transformações que ocorrem durante este período crucial da vida, abordando domínios como relações familiares, autonomia e identidade (Sprinthall & Collins, 2003). Estas transformações interagem com os contextos sociais e podem influenciar o desenvolvimento psicológico e social do adolescente. A teoria do Desenvolvimento Positivo dos Jovens propõe, de igual forma, uma abordagem integrada e holística ao desenvolvimento adolescente, enfatizando o seu potencial para alcançar um estilo de vida saudável e incluírem-se de forma construtiva na sociedade (Lerner et al., 2011). Reconhece-se, assim, a adolescência como um processo multifacetado, marcado por transformações biofisiológicas, cognitivas, afetivas e sociais, que exige da sociedade um papel ativo na promoção do potencial do adolescente (Lerner et al., 2011).

A família e os amigos desempenham um papel crucial na construção da identidade do adolescente, assim como as interações no ambiente escolar e com instituições socioculturais (Cole, M.,

& Cole, S., 2003; Erikson, 1968). Ao entrar na adolescência, os jovens mudam a forma como se autodescrevem, com base nas crenças e valores interiorizados por influência familiar, escolar e social (Cole, M., & Cole, S., 2003). As transformações corporais tornam-se uma das principais preocupações para o adolescente, influenciando profundamente a imagem que tem de si próprio e determinando, em grande parte, a forma como é tratado pelos que o rodeiam (Castells & Silber, 2006). Surge uma maturação social, traduzida numa crescente necessidade de independência dos pais, numa aproximação ao grupo de amigos e numa redefinição do autoconceito, com uma renovada perceção de si mesmo (Castells & Silber, 2006). O adolescente explora vários *"eus"* na sua procura de autoconhecimento, consciente de que as suas escolhas influenciarão as futuras decisões e responsabilidades enquanto adulto (Papalia & Feldman, 2013). Na adolescência, observa-se igualmente um alargamento a nível do pensamento, o qual se vai tornando mais autorreflexivo e crítico, possibilitando aos adolescentes compreender o ponto de vista do outro (Papalia & Feldman, 2013).

As mudanças biológicas estão intrinsecamente relacionadas com o desenvolvimento cognitivo (Papalia & Feldman, 2013). Na adolescência, observamos transformações cognitivas significativas e determinantes. Através de estudos de imagiologia, verifica-se que o cérebro do adolescente ainda está em fase de desenvolvimento e não se encontra plenamente maturado (Papalia & Feldman, 2013). Estas transformações significativas nas estruturas cerebrais influenciam os processos emocionais, de julgamento, comportamentais e de autocontrolo (Papalia & Feldman, 2013). Na última década, o avanço do conhecimento científico aprofundou a nossa compreensão sobre como a experiência e o ambiente se combinam com a genética para moldar o cérebro do adolescente (UNICEF, 2017). Os progressos na neurociência revelam que o cérebro do adolescente continua a evoluir, representando uma segunda janela vital de oportunidade para melhorar potenciais desenvolvimentos negativos que possam ter acontecido durante os primeiros anos de vida (UNICEF,2017). Esta é uma fase determinante para estabelecer e manter comportamentos sociais e emocionais essenciais para a saúde mental. É amplamente reconhecido, na literatura internacional, que o rastreio da saúde mental durante a adolescência é uma prática essencial nos cuidados primários de saúde, sendo aconselhado para todos os jovens entre os 12 e 18 anos (Zuckerbrot et al., 2018). Dadas as repercussões negativas destas perturbações nos domínios educacional, familiar e social, bem como os seus elevados custos financeiros e sociais, torna-se imperativo identificar e intervir precocemente nos problemas de saúde mental dos adolescentes (Faraone et al., 2021). Contudo, a limitada literacia em saúde mental nesta faixa etária não potencia a procura de ajuda junto dos profissionais de saúde (Loureiro et al., 2012). Atualmente, é consensual que um maior conhecimento sobre a própria saúde leva a uma procura mais

célere de serviços adequados, resultando, a longo prazo, em menores despesas de saúde e uma menor dependência dos serviços médicos (Santos, 2010).

2.2. Adolescentes com PHDA

Historicamente, pensava-se que a Perturbação de Hiperatividade|Défice de Atenção (PHDA) só existia na infância. Agora, há um reconhecimento crescente de que, para até 80% das crianças com PHDA, os sintomas de desatenção e hiperatividade persistirão na adolescência e para além dela (van Lieshout et al., 2016), sendo recomendado a continuação da identificação e tratamento da PHDA na idade adulta (NICE, 2018). Apesar disto, a maior parte dos adolescentes interrompe a medicação quando completa 21 anos, ficando assim com pouco apoio alternativo (McCarthy et al. 2009; NICE, 2018). O aumento da exigência social e da responsabilidade; o processo de construção de identidade; a transformação corporal; a sexualidade; o desenvolvimento social e educacional; as alterações emocionais e comportamentais, e os relacionamentos interpessoais, representam um desafio acrescido para um adolescente com PHDA e, como tal, traduzem-se em fatores de risco para um bom ajustamento psicossocial (Cole, M., & Cole, S., 2003; Harpin, 2005; Sibley et al., 2014). Os sintomas da PHDA na adolescência seguem um curso variável. Embora a maioria dos indivíduos afetados apresentem uma melhoria na sintomatologia, particularmente ao nível hiperatividade, os sintomas de desatenção são mais persistentes, e alguns indivíduos podem satisfazer os critérios de diagnóstico pela primeira vez durante a adolescência (Shaw & Sudre, 2021).

Os adolescentes com PHDA têm uma maior probabilidade de enfrentar dificuldades académicas, conflitos nas relações com os pares e familiares, lesões acidentais, comportamentos antissociais e de oposição, consumo de tabaco e drogas, gravidez, acidentes de trânsito, depressões graves e risco de suicídio (Faraone et al., 2021). Estimativas empíricas indicam que os adolescentes com PHDA têm uma maior predisposição para se envolverem em atividades criminosas, constituindo um grupo de alto risco com desfechos precários na idade adulta (Barkley, 2015; Faraone et al, 2021; Moura et al., 2020).

A persistência da sintomatologia da PHDA na adolescência é agravada quando existem comorbilidades, como ansiedade, depressão e alterações de conduta, bem como uma história familiar de PHDA e a presença de fatores psicossociais adversos (Barkley, 2015).

Sultan et al. (2021) conduziram um estudo com o objetivo de quantificar as taxas de comorbilidades de saúde mental em adolescentes com e sem PHDA. Concluíram que 9,5% da amostra

de adolescentes cumpria os critérios para a PHDA e que esta estava associada a distintos eventos adversos. Para estes autores, em comparação com adolescentes típicos, a maioria dos adolescentes com PHDA (69,5%) apresentava pelo menos uma condição de saúde mental comórbida, tais como perturbações de ansiedade (33,3% vs. 25,1%), perturbações de humor (23,2% vs. 13,1%), comportamentos disruptivos (50,8% vs. 11,9%) e consumo de substâncias, como álcool e drogas (20,5% vs. 10,6%). Numa meta-análise envolvendo mais de 5.000 adolescentes e os seus pais, Faraone et al. (2021) evidenciaram significativos prejuízos na qualidade de vida dos jovens com PHDA quando comparados com os seus pares de desenvolvimento típico. Estes prejuízos estendem-se ao funcionamento emocional, social e académico (Lee et al., 2016). Outra meta-análise concluiu que os adolescentes com PHDA apresentam claras dificuldades em modular a sua resposta a situações novas ou stressantes (Graziano & Garcia, 2016). Coghill et al. (2023) analisaram o impacto da PHDA no quotidiano das crianças com esta perturbação e das suas famílias, salientando a amplitude dos desafios enfrentados por elas e por adolescentes, bem como o seu reflexo nas atividades diárias e relações interpessoais. Compreender o comprometimento funcional dos adolescentes com PHDA é fundamental para perceber como os sintomas primários desta e as comorbilidades associadas influenciam os diferentes domínios das suas vidas (Meyer et al., 2022). Estes autores sublinham ainda que as perspetivas dos adolescentes sobre as associações entre os sintomas da PHDA e o comprometimento funcional na sua vida diária são muitas vezes negligenciadas.

Na literatura sobre as perceções da PHDA, verifica-se uma predominância das perspetivas de pais, professores e profissionais que trabalham com crianças e adolescentes com esta patologia. Este enfoque é confirmado por Palikara et al. (2022), que ao analisarem documentos de crianças diagnosticadas com Perturbações do Neurodesenvolvimento, concluíram que a maioria refletia as opiniões dos pais. Sublinham a importância de incluir as vozes das crianças na tomada de decisões sobre as suas necessidades de saúde, cuidados e educação.

A abordagem dominante na literatura sobre PHDA centra-se nos défices e desafios associados a esta perturbação, fomentando perceções negativas sobre ela (Bowen & Greenway, 2022; Travell & Visser, 2006). Contudo, assiste-se a uma transição da abordagem centrada nos défices, para um paradigma de crescimento positivo centrado nas competências, nas forças e na promoção da saúde, através de abordagens como a resiliência (Bowen & Greenway, 2022; van Breda, 2018).

Conforme salientado por Cortese et al. (2022), apesar da importância dos estudos neurobiológicos sobre PHDA, é crucial investigar aspetos psicossociais, como o estigma e a neurodiversidade. A literatura sobre a perceção dos adolescentes com PHDA tende a focar-se no

desempenho escolar e na utilização de fármacos (Jangmo et al., 2019). Outras investigações abordam a qualidade de vida (Lee et al., 2016), autoestima (Bussing et al., 2012; Harpin et al., 2016; Rasmussen et al., 2018, 2022) e autoconceito (Houck et al., 2011; Krueger & Kendall, 2011). Estes estudos sugerem que os adolescentes com PHDA têm frequentemente baixa autoestima, distorções no autoconceito, uma pior qualidade de vida e menor adesão à medicação (Barkley, 2015; Cordinhã & Boavida, 2008). Diversos estudos indicam que os adolescentes com PHDA enfrentam desafios significativos, onde os seus atributos os impedem de cumprir normas e expectativas sociais valorizadas, como o bom desempenho académico (Brinkman et al., 2012; Gallichan & Curle, 2008; Hallberg et al., 2010). Estes jovens também enfrentam problemas sociais, como ter menos amizades, serem mais suscetíveis ao bullying e serem frequentemente rejeitados pelos colegas (Grygiel et al., 2018; Hoza et al., 2002; Wiener, 2020). As relações entre pais e filhos com PHDA são, muitas vezes, mais difíceis e conflituosas, com os jovens a demonstrarem comportamentos mais desobedientes, levando a abordagens parentais mais diretivas, controladoras e autoritárias (Barkley, 2015; Johnston & Mash, 2001; Lange et al., 2010). Os estudos de Gallichan e Curle (2008) e de Eccleston (2017) sugerem que a perceção negativa que os adolescentes têm da PHDA está influenciada pelo seu contexto sociocultural e pelas expectativas da sociedade. Contudo, ambientes mais flexíveis favoreciam perceções mais positivas da PHDA, uma vez que estes fomentavam um sentido de agência e um sentido positivo de si próprio. Por conseguinte, os sentimentos de empoderamento ou de desempoderamento foram determinados pelo contexto e fundamentais para moldar as experiências futuras dos participantes (Eccleston, 2017; Gallichan & Curle, 2008).

Em 2022, Bowen e Greenway observaram que as perceções negativas da PHDA predominam entre os adolescentes. Outros estudos também confirmaram que os adolescentes com esta condição tendem a ter uma visão menos positiva e mais problemática sobre si mesmos em comparação com os seus pares sem o diagnóstico (Seabi et al., 2012). Estas perceções negativas, aliadas às dificuldades académicas e relacionais, geram sentimentos de frustração, inadequação e descontrolo, com implicações relevantes ao nível da autoestima e do autoconceito (Bowen & Greenway, 2022; Eccleston, 2017; Gallichan & Curle, 2008; Travell & Visser, 2006).

A revisão de Eccleston et al. (2019) concluiu que a PHDA tem implicações profundas no bem-estar físico e emocional dos adolescentes e para o sentido de si mesmo. Varma e Wiener (2020) referem que, apesar de estes jovens estarem cientes dos seus sintomas, problemas sociais (Eccleston et al., 2019) e dificuldades com o desempenho académico (Chan & Martinussen, 2016; Wiener & Daniels, 2016), podem não reconhecer a gravidade das suas dificuldades. Os mesmos autores referem

que face aos desafios diários do contexto escolar, muitos adolescentes com PHDA apresentam elevados níveis de frustração e sentimentos de fracasso e desilusão. Embora alguns investigadores defendam que a PHDA influencia negativamente o autoconceito, outros encontraram que crianças e jovens com PHDA possuem uma imagem excessivamente positivas de si mesmos (Hoza et al., 2002, 2004; Owens et al., 2007). Estes jovens, comparativamente aos seus pares com desenvolvimento típico, tendem a manifestar um "Viés Ilusório Positivo". Isto significa que, apresentam uma avaliação mais otimista das suas competências e experiências em diferentes áreas das suas vidas (como social e académica) do que a avaliação feita pelos pais, professores ou por medidas objetivas, como testes escolares (Hoza et al., 2002; Owens et al., 2007). Por este motivo, alguns autores questionam a fiabilidade de depender exclusivamente de autorrelatos de experiências internas destes jovens, ponderando como este viés pode influenciar a sua perceção noutras áreas, como a experiência de ansiedade, depressão ou solidão (Hoza et al., 2002). No estudo de Hinshaw e Scheffler (2014), ao comparar as autoperceções de crianças e adolescentes com PHDA com um grupo de controlo, verificou-se que os primeiros tinham uma maior propensão para sobrevalorizar as suas competências em relação às avaliações dos adultos. Existindo uma tendência particularmente notória nos domínios de maior défice (Hinshaw & Scheffler, 2014). A visão irrealista sobre si mesmos pode ser interpretada tanto como um fator mal adaptativo, como uma estratégia adaptativa e de autoproteção (Hoza et al., 2016; Owens et al., 2007). Esta perspetiva positiva, permite manter a motivação e a persistência face a desafios (Owens et al., 2007).

Para avaliar o conhecimento sobre a PHDA, Bussing et al. (2012) utilizaram métodos qualitativos em 374 adolescentes diagnosticados com PHDA e nos seus pais. Concluíram que, embora os seus participantes tenham tido um bom conhecimento sobre esta perturbação, ainda de verifica que existem alguns equívocos sobre ela. Por exemplo, muitos consideraram o açúcar uma causa de PHDA. Este estudo revela ainda, que a maioria dos adolescentes obteve informação sobre a PHDA no contexto das suas interações diárias, como na escola ou no seu círculo social, e raramente procuravam informação adicional sobre esta condição. As preferências sobre as fontes de informação, tanto dos pais como dos adolescentes eram a Internet, seguidas das do médico. A revisão sistemática realizada por Wong et al. (2017) sobre as perceções de crianças/ adolescentes e dos seus pais acerca do diagnóstico de PHDA, revelou que a maioria identificava corretamente os sintomas, embora alguns aparentassem rejeitar o diagnóstico. Adicionalmente, ao comparar as perceções de pais, professores e médicos com as das crianças/adolescentes, observou-se que estes últimos tendiam a sobrestimar o número e a gravidade dos seus sintomas (Wong et al., 2017). Dada a importância de avaliar o

funcionamento de um adolescente com PHDA a partir de múltiplas perspetivas, concluiu-se que, apesar das discrepâncias entre autoavaliações e avaliações externas (como as de pais e professores), todas são valiosas. Estas fornecem *insights* únicos sobre os adolescentes com PHDA, enriquecendo a compreensão sobre eles e orientando o desenvolvimento de intervenções específicas nos diferentes contextos (Ismail et al., 2017).

As investigações em torno das experiências de vida de adolescentes com PHDA indicam que estes frequentemente se sentem definidos pelos seus sintomas, não sendo reconhecidos pelo o que realmente são (Krueger & Kendall, 2001). Estas perceções têm impacto no seu sentido de identidade e nas suas interpretações de como se enquadram na sociedade (Gallichan & Curle, 2008).

Relativamente às causas da PHDA, os estudos mostram diversas conceções por parte dos adolescentes com PHDA: uma condição médica ou deficiência; um défice académico; uma perturbação comportamental ou emocional; uma faceta da sua personalidade; ou algo "normal" (Avisar & Lavie-Ajayi, 2014; Brinkman et al., 2012; Charach et al., 2014; Knipp, 2006; Sikirica et al., 2015; Wiener & Daniels, 2016). No estudo de Krueger e Kendall (2001), os participantes não consideravam que a PHDA fosse uma "doença" que precisasse de "reparação", mas sim uma parte integrante da sua personalidade. Os diferentes significados, que os adolescentes atribuem à PHDA, revelam as suas crenças em relação à medicação (Singh, 2013). De acordo com Andersson Frondelius et al. (2019) os adolescentes com esta perturbação procuram a aceitação e um sentido de normalidade, enquanto tentam compreender a singularidade e vulnerabilidade do seu diagnóstico.

Um estudo retrospetivo sobre as experiências de vida de crianças e adolescentes com PHDA concluiu que estes sentem uma forte necessidade de "serem eles próprios" e não serem apenas vistos como "portadores de PHDA" (Rasmussen et al., 2018). Alguns dos participantes deste estudo, ocultavam o diagnóstico com receio de serem vistos de forma diferente. Os autores evidenciaram que o diagnóstico e o tratamento medicamentoso na infância podem ter um efeito protetor na sua autoestima, embora alguns participantes tenham sentido que foram estigmatizados devido ao diagnóstico. A perspetiva dos adolescentes com PHDA e dificuldades de aprendizagem foi explorada por Brook e Boaz (2005). Nesta investigação, constataram que muitos desses jovens se sentem, frequentemente, isolados e incompreendidos por parte dos pais e pares.

O estudo de Kendall (2016) sobre a experiência destes jovens no contexto escolar, concluiu que, embora não quisessem ser vistos "como PHDA", desejavam que os professores estivessem informados e fossem compreensivos. Vários estudos indicam que a relação com os professores, a sua empatia e compreensão, são cruciais para a experiência escolar destes adolescentes (Gibbs et al.,

2016; Kendall, 2016). Para Polanczyk et al. (2014), as experiências de estigma associadas à PHDA são omnipresentes, comprometem o sucesso e são barreiras importantes para o reconhecimento e tratamento da PHDA devendo, assim, ser ativamente combatidas.

A qualidade de vida é uma área de pesquisa que pode oferecer *insights* significativos sobre o impacto da PHDA na vida dos adolescentes. A perceção que um jovem tem da sua condição pode influenciar a forma como se vê, afetando, consequentemente, a sua qualidade de vida e o seu autoconceito (Cortese, 2023).

Os investigadores Travell e Visser (2006) conduziram um estudo com o objetivo de compreender as experiências, perceções e opiniões de 17 jovens diagnosticados com PHDA a partir de cinco posições: os 'sintomas' da PHDA e as suas consequências, o processo de diagnóstico e tratamento, as intervenções, o diagnóstico pessoal e a sua participação e voz. Após o diagnóstico, a intervenção farmacológica era o passo comum, com poucas referências a intervenções de natureza psicológica ou social. Os autores questionaram a eficácia a curto prazo da medicação em comparação com o potencial impacto psicológico a longo prazo. Travell e Visser (2006) defendem que a voz do jovem deve ser considerada nos processos de avaliação e intervenção. Por outro lado, um estudo exploratório sobre as experiências de pais, crianças e jovens face ao diagnóstico e tratamento da PHDA concluiu que, apesar dos apoios disponíveis, não se sentiram plenamente compreendidos, ouvidos e não foram envolvidos no processo de diagnóstico, no plano de intervenção e nem no tratamento (Carr-Fanning & Guckin, 2018).

O objetivo do estudo de Newlove-Delgado et al. (2018) foi explorar as experiências de crianças e jovens diagnosticados com PHDA durante a transição dos serviços pediátricos para os serviços de adultos. Nesta investigação qualitativa, constatou-se que as referências a intervenções não medicamentosas eram escassas, sendo a medicação e os seus efeitos o tópico predominante. Os autores sublinharam a necessidade de ouvir as preocupações de crianças e jovens relativamente à medicação e de levar em consideração as suas perceções e experiências para orientar as políticas sobre a prescrição de fármacos. Apesar da medicação ser, frequentemente, a primeira linha de tratamento para a PHDA, a relevância das intervenções não farmacológicas tem sido cada vez mais enfatizada (Moore et al. 2016; NICE, 2018). As perceções dos adolescentes acerca da PHDA, o significado que atribuem ao diagnóstico e as suas atitudes em relação ao tratamento com medicamentos estimulantes foram estudadas por Ghosh et al. (2016). Estes autores concluíram que, para planear intervenções apropriadas, é importante conhecer as perceções individuais sobre a PHDA e as motivações para optar ou não pelo tratamento com medicamentos estimulantes.

Com base no estudo de Singh (2013) sobre o impacto social e ético do diagnóstico e tratamento da PHDA em jovens, concluiu-se que alguns participantes experienciaram efeitos secundários notáveis, sentindo uma "perda da sua identidade" como resultado da medicação. Em contraste, outros participantes descreveram a sensação de ter adquirido uma "segunda personalidade" (uma personalidade adicional que complementa o seu verdadeiro "eu") ao tomar a medicação, sem que isso comprometesse a sua identidade. Outros estudos focaram-se em compreender a visão dos adolescentes com PHDA sobre a condição e a medicação. Os resultados indicaram que estes jovens reconhecem os benefícios funcionais da medicação, especialmente no contexto escolar e familiar (Knipp, 2006; Singh et al., 2010).

Com o intuito de determinar a prevalência das razões que levam crianças e adolescentes com PHDA a interromper e/ou reiniciar a medicação e de averiguar o comprometimento funcional após a interrupção do tratamento, Brinkman et al. (2012) conduziram um estudo qualitativo com 579 participantes, com idades entre os 7,0 e os 9,9 anos. Verificaram que interromper e/ou reiniciar a medicação é uma prática comum neste grupo etário e que os adolescentes exercem mais controle sobre as escolhas. O mesmo estudo sugere que os adolescentes com PHDA podem necessitar de um suporte adicional, durante a transição da gestão familiar para a autogestão da PHDA, bem como de abordagens que promovam a continuidade do tratamento. Apesar dos protestos dos jovens face aos notáveis efeitos secundários, físicos e emocionais, pais e profissionais frequentemente, consideraram imperativo o tratamento medicamentoso (Avisar & Lavie-Ajayi, 2014; Brinkman et al., 2012; Charach et al., 2014; Knipp, 2006; Singh, 2012). Esta postura levou a que os jovens se sentissem passivos, desempoderados e invalidados (Avisar & Lavie-Ajayi, 2014; Brinkman et al., 2012; Charach et al., 2014). Estas conclusões destacam a complexidade das decisões terapêuticas dos jovens, influenciadas pela sua identidade.

No estudo "*You're 18 Now, Goodbye*" de Newlove-Delgado et al. (2018), evidenciou-se que a sensação dominante durante a transição dos serviços pediátricos para os de adultos era a incerteza relativamente à medicação e à sua gestão. Neste contexto, os jovens demonstravam falta de suporte adequado por parte dos profissionais. Os autores sublinham que a perceção da qualidade das relações era fundamental nas perceções de crianças e jovens com PHDA. O apoio formal ou informal e os processos maturacionais facilitaram o auto-desenvolvimento e a consolidação da identidade (Newlove-Delgado et al., 2018).

De acordo com Stickley et al. (2019), embora alguns estudos sugiram que a maioria dos adolescentes olha para o futuro com otimismo, outras investigações salientam que certos fatores, como

a desvantagem socioeconómica ou experiências adversas na infância (Iovu et al., 2018), podem conduzir a expectativas negativas sobre o futuro. Em paralelo, a comorbilidade com sintomas depressivos tem sido associada a uma visão mais pessimista do futuro durante a adolescência (Iovu et al., 2018). Price et al. (2017) defende que manter expectativas positivas em relação ao futuro pode servir como um recurso para promover a resiliência entre adolescentes com PHDA, proporcionando estratégias adaptativas para lidar com as adversidades. Reconhecer e validar as experiências destes jovens e, simultaneamente, adotar uma abordagem colaborativa e empoderadora pode atenuar o impacto psicológico da medicação e do estigma associado. Assim, conclui-se que é imperativo implementar estratégias que visem maximizar a resiliência, a autonomia e as competências dos adolescentes com esta condição. Esta abordagem facilitará o desenvolvimento saudável da identidade e reforçará a autoestima dos adolescentes com PHDA (Eccleston et al., 2019).

A investigação atual sugere que os adolescentes que se sentem respeitados, validados e capacitados para tomar decisões de forma autónoma, têm uma maior confiança nas suas capacidades e uma autoestima mais robusta (Brinkman et al., 2012; Charach et al., 2014; Gallichan & Curle, 2008). O desenvolvimento da autoconsciência, da autonomia e o reconhecimento dos seus pontos fortes, conduziu a uma compreensão de si mesmos como indivíduos completos, e não meramente definidos por uma "perturbação".

Os avanços no desenvolvimento de abordagens mais eficientes para a PHDA, têm vindo a otimizar os resultados funcionais a longo prazo, pois permitem a compreensão das necessidades e desafios que as crianças e adolescentes enfrentam (Ringer, 2019, 2020). Nesse sentido, vários investigadores enfatizam a importância de conhecer as experiências pessoais destes adolescentes e de entender os seus contextos de vida (Ringer, 2019). Para Carnevale (2020), ao ouvir as vozes das crianças, não só se valorizam as suas experiências e preocupações como também se as reconhece como agentes ativos, capazes de participar em decisões que os afetam.

Face à prevalência global da PHDA e o seu impacto no bem-estar dos jovens, juntamente com as comorbilidades associadas (Polanczyk et al., 2014; Willcutt 2012), é imperativo compreender a relação entre a sintomatologia deste quadro e as consequências psicossociais. Assim, é vital sensibilizar a sociedade sobre esta condição, minimizando o estigma e garantindo que estes jovens sejam apoiados por todos, visando uma melhor qualidade de vida (Lebowitz, 2016).

Compreender os fatores de risco e de proteção da PHDA associados à adolescência, possibilita o desenvolvimento de abordagens mais alinhadas com as suas realidades e os desafios impostos por esta condição. Os estudos sobre fatores protetores e a resiliência introduzem uma visão mais positiva e

dinâmica das trajetórias de vida destes adolescentes, considerando estes construtos como mediadores do impacto da adversidade (Simões et al., 2010).

Ouvir as vozes dos adolescentes com PHDA ajuda a promover a compreensão das suas experiências, das suas interações em diferentes contextos, bem como a conhecer as suas aspirações e preocupações. As vozes destes adolescentes são essenciais na promoção de intervenções mais eficazes e estratégias que promovam uma evolução positiva da perturbação, reduzindo o risco e o estigma proporcionando, assim, a resiliência (Chan & Martinussen, 2016; Eccleston et al., 2019).

De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Agenda 2030 (ONU, 2015), é essencial garantir que todos os jovens alcancem o seu máximo potencial, sendo este um pilar para o bem-estar e a prosperidade das sociedades. Abordagens de empoderamento, que valorizem os pontos fortes dos adolescentes com PHDA, envolvem reconhecer os aspetos positivos da PHDA como a sua energia, criatividade e empatia (Bowen & Greenway, 2022; Sedgwick et al., 2019). Abordagens que valorizem os pontos fortes destes adolescentes podem potenciar melhores resultados à sua qualidade de vida.

CAPÍTULO II: METODOLOGIAS DA INVESTIGAÇÃO

Este capítulo é dedicado à descrição da metodologia utilizada neste estudo, contextualizando os caminhos percorridos e justificando as opções tomadas. Inicia-se com a descrição da abordagem da pesquisa, a caracterização dos participantes, bem como os métodos e técnicas empregues na recolha e análise dos dados. Finaliza-se com os procedimentos utilizados para sua análise. Posteriormente, serão também demonstrados os critérios de confiança que nortearam este estudo, assim como os seus princípios éticos.

Com o intuito de fundamentar a análise do tema e proporcionar maior familiaridade sobre ele, este trabalho foi desenvolvido através de uma metodologia qualitativa, de abordagem exploratória, com um desenho de estudo de caso (Yin, 2005).

2.1 Abordagem Qualitativa

Para uma melhor compreensão da realidade vivida pelos adolescentes diagnosticados com PHDA, optou-se por uma metodologia qualitativa. É particularmente apropriada para este estudo, pois visa retratar sentimentos, experiências, comportamentos e emoções percecionadas pelos participantes (Bogdan & Biklen, 1994). Esta investigação enquadra-se no paradigma construtivista-interpretativo (Coutinho, 2015), tem um carácter descritivo e adota um *design* de estudo de caso (Bogdan & Biklen, 1994; Yin, 2005).

Almeida e Freire (2008) salientam que a metodologia qualitativa, se orienta para a compreensão e descrição holística dos fenómenos. O seu propósito é, assim, aprofundar a compreensão do comportamento e da experiência humana, procurando perceber o processo através do qual as pessoas constroem significados, e descrever a natureza dos mesmos (Bogdan & Biklen, 1994). Bell (1997) destaca que, ao adotar uma perspetiva qualitativa, os investigadores estão mais focados em compreender as perceções individuais do mundo, priorizando a compreensão em detrimento da análise estatística.

Segundo Bogdan e Bihlen (1994), a investigação qualitativa destaca-se por cinco características fundamentais: (1) O ambiente natural é a principal fonte de dados, sendo o investigador o agente central na sua recolha; (2) Os dados recolhidos são essencialmente de carácter descritivo; (3) Os investigadores que utilizam metodologias qualitativas interessam-se mais pelo processo em si do que propriamente pelos resultados; (4) A análise dos dados é conduzida de forma indutiva; e (5) O principal interesse do investigador é compreender o significado que os participantes atribuem às suas

experiências. Os mesmos autores sublinham que os investigadores qualitativos partem para um estudo munidos dos seus conhecimentos e experiências prévias, formulando hipóteses que estão abertas a modificações e reformulações à medida que a investigação progride.

A investigação qualitativa promove a colaboração entre o investigador e os participantes, valorizando as perspetivas destes sobre a realidade em estudo (Bogdan & Biklen, 1994). Esta abordagem foca-se no estudo de processos que, ao contrário de abordagens experimentais, não são diretamente examinados nem quantificados (Guba & Lincoln, 1994). No âmbito desta abordagem metodológica, focada na descrição de fenómenos naturais, o estudo de caso foi identificado como o método mais adequado. Este visa uma análise intensiva e detalhada de uma entidade claramente definida, ou seja, um caso (Coutinho, 2015).

Yin (2005) defende que o estudo de caso é o método ideal quando o fenómeno em análise está intrinsecamente ligado ao seu contexto e quando múltiplas fontes de informação são essenciais para a sua compreensão Merriam (1988) argumenta, ainda, que um estudo de caso é apropriado quando se pretende observar e descrever um fenómeno de forma detalhada e profunda, destacando o seu caráter descritivo, indutivo e particular, bem como a sua natureza heurística, que pode enriquecer a compreensão do estudo em si. Quando se fala de estudo de caso, a divisão básica referida por vários autores é a divisão entre estudo de caso único e estudo de caso múltiplo ou comparativo ou multicasos (Bogdan & Bilken, 1994; Yin, 2005). Diversos autores, como Bogdan & Bilken (1994) e Yin (2005), distinguem entre estudo de caso único e estudo de caso múltiplo ou comparativo. Enquanto os estudos de caso mais frequentes focam numa única unidade (por exemplo, um indivíduo ou instituição), existem, também, estudos de casos múltiplos que analisam várias unidades em simultâneo (Bogdan & Bilken, 1994; Yin, 2005).

Nesta investigação, optou-se por um estudo de caso múltiplo, dada a inclusão das perceções de vários adolescentes. Este estudo possui um caráter descritivo, pois apresenta as conclusões de forma detalhada e considerando múltiplas unidades de análise. O estudo de caso, tal como qualquer outro método, apresenta vantagens e desvantagens. Por um lado, oferece simplicidade nos procedimentos e pode estimular novas descobertas, sendo que os dados de casos múltiplos são, frequentemente, vistos como mais robustos (Ventura, 2007). Por outro lado, o mesmo autor refere, que este método exige ao investigador, competências específicas devido ao seu envolvimento direto na investigação, existindo uma dificuldade de generalização dos resultados que se obtêm. Desta forma, o estudo de caso, embora se processe de uma forma simples, exige ao investigador uma especial atenção e cuidado; boa capacidade de fazer perguntas; ser bom ouvinte, adaptável e flexível; assim

como ser imparcial, separando as suas ideologias e preconceitos (Ventura, 2007).

Critérios de Confiança

Na década de 80, a investigação qualitativa enfrentou controvérsias relacionada com a questão do rigor e da qualidade científica (Coutinho, 2015; Fortin, 2009). Enquanto alguns argumentavam que esta deveria ter critérios científicos distintos da pesquisa quantitativa, outros argumentavam que nesta metodologia não eram necessários tais critérios (Coutinho, 2015). O mesmo autor sublinha que embora a pesquisa qualitativa se tenha, inicialmente, alinhado com os critérios de rigor da investigação tradicional, foram considerados inadequados e substituídos por outros. Guba e Lincoln (1994) defendem que a pesquisa qualitativa deve garantir critérios de confiança como (a) credibilidade: plausibilidade dos resultados para os sujeitos da pesquisa; (b) transferibilidade: possibilidade de transferir os resultados para outros contextos; (c) consistência: a estabilidade dos resultados no tempo; (d) confirmabilidade: possibilidade de confirmar os resultados.

Neste estudo, o critério de credibilidade foi assegurado através da análise destes documentos por um elemento externo à investigação, mas com conhecimentos na área em causa. Para garantir a transferibilidade do estudo, foi fornecida uma descrição pormenorizada do contexto e dos participantes, permitindo que outros investigadores avaliem a aplicabilidade dos resultados noutros contextos. No que concerne à consistência, refere-se à possibilidade de replicar o estudo e produzir os mesmos resultados (Guba & Lincoln, 1994). Este tipo de replicabilidade exata é difícil em estudos qualitativos devido à singularidade dos contextos e participantes (Coutinho, 2015). A confirmabilidade refere-se à validade dos dados recolhidos e à verificação de que as interpretações não foram influenciadas pela perspetiva do investigador (Guba & Lincoln, 1994). Para assegurar este critério, é crucial documentar transparentemente todo o processo investigativo (Coutinho, 2015).

2.2 Desenho da Investigação

Participantes

Num estudo qualitativo, a seleção dos participantes é de extrema importância (Bardin, 2016). De acordo com Creswell (2009), os participantes são escolhidos de forma intencional, com base nas questões que o investigador pretende explorar, e é essencial que tenham experiência no tema em questão, garantindo uma amostra homogénea e contribuindo para o desenvolvimento de novas teorias.

Seguindo as diretrizes da literatura sobre recrutamento de participantes para investigações qualitativas, este estudo utilizou uma amostra de conveniência composta por adolescentes

diagnosticados com PHDA e acompanhados em consulta de pediatria do neurodesenvolvimento no concelho do Porto. O critério de inclusão neste estudo, foi apresentar idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos. Estabeleceu-se, ainda, como critérios de exclusão, participantes com Perturbações do Desenvolvimento Intelectual e Perturbações do Espetro do Autismo.

Com base nos critérios estabelecidos, constituiu-se um grupo de quatro participantes, todos acompanhados pelo mesmo pediatra, embora tenham sido abordados por diferentes vias. Tendo em conta as diretrizes de Morgan et al. (2002), a idade e as características de atenção dos adolescentes em causa, considerou-se ter um número ótimo de participantes. A seguir, apresenta-se a tabela com a síntese dos dados participantes.

Tabela 1

Caraterização dos Participantes

Participante	Sexo	Idade	Ano Escolar	N.º de irmãos	Tipo Familiar
Ana	Feminino	18	12ª ano	3	Tradicional
Maria	Feminino	15	9º ano	3	Tradicional
Miguel	Masculino	14	7º ano	1	Tradicional
Rita	Feminino	14	9º ano	1	Tradicional

Nota. Os nomes dos participantes são fictícios.

Instrumento de Recolha de Dados: Focus Group

Para Fortin (2009) a seleção do método de recolha de dados é da responsabilidade do investigador, tendo em consideração a natureza do problema em estudo e os resultados pretendidos. Desta forma, o instrumento de medida selecionado, deve permitir responder aos objetivos propostos, sendo claro, fiável e coerente (Fortin, 2009). Tendo em vista o objetivo do estudo e a população-alvo, optámos pela técnica do "*Focus Group*" por ser o método de recolha de dados que se mostrou mais adequado para a persecução dos objetivos propostos.

Os "*focus group*" revelam-se uma técnica eficaz para investigações envolvendo crianças e jovens, pois proporcionam um ambiente acolhedor que encoraja os participantes a expressar as suas opiniões (Krueger & Casey, 2009). Esta abordagem tem – se mostrado eficaz na obtenção de visões e perceções destes grupos etários (Horowitz et al., 2003), uma vez que se sentem mais relaxados a debater questões entre pares, do que numa entrevista individual com um adulto (Horner, 2000).

De acordo com Morgan (2002), o "*Focus Group*" é uma técnica qualitativa que orienta a discussão entre um conjunto de indivíduos, baseando-se em entrevistas não diretivas (Krueger & Casey,

2009). Os autores acrescentam que esta abordagem permite captar uma multiplicidade de visões e reações emocionais no contexto do grupo. O propósito de um grupo focal não é alcançar um consenso, mas sim produzir dados qualitativos que elucidem sobre as atitudes, perceções, motivações, preocupações e opiniões dos participantes, fomentando uma consciência coletiva (Krueger, 1994).

Segundo Howitt e Cramer (2008), o método de grupos focais distingue-se das entrevistas individuais pela sua dinâmica interativa. Os dados produzidos em grupos focais são, claramente, influenciados pela interação grupal, o que pode levar a resultados que divergem daqueles obtidos em entrevistas individuais. Para Morgan et al. (2002), o *"Focus Group"* apresenta diversas vantagens, entre as quais a capacidade de recolher uma vasta quantidade de informação de vários participantes, num curto espaço de tempo. Esta técnica beneficia de uma grande diversidade de dados oriundos da interação grupal, da espontaneidade e genuinidade dos participantes, potenciadas pelo sentimento de anonimato (Krueger, 1994). Este ambiente favorece a partilha de opiniões, minimizando o efeito de desejabilidade social. Além disso, promove uma reflexão aprofundada sobre temas específicos, permitindo captar diferentes perspetivas e sendo sensível a variáveis culturais (Krueger & Casey, 2009). Contudo, apesar das vantagens evidenciadas, esta metodologia também apresenta limitações. Entre elas, destaca-se: a) dificuldade em determinar se as interações grupais refletem genuinamente as opiniões individuais; b) permite apenas abordar um número limitado de tópicos; c) o papel do moderador é desafiante, exigindo experiência na gestão de informação; d) a análise dos dados pode ser complexa devido a diferenças na dinâmica dos grupos; e e) pode ser desafiante conciliar disponibilidades e reunir os participantes (Morgan et al, 2002; Gibson, 2007).

Segundo Krueger e Casey (2009), um "*focus group*" distingue-se em termos de objetivo, tamanho, composição e procedimentos específicos. Assim, é essencial que contemple cinco características fundamentais: a seleção criteriosa dos participantes, a extração eficaz de dados qualitativos, uma discussão alinhada ao objetivo e a compreensão do tema em análise (Krueger & Casey, 2009). Dado que os participantes deste estudo são adolescentes com PHDA, é crucial garantir certas especificidades, processos e considerações para que a moderação ocorra com sucesso (Morgan et al., 2002). Os investigadores têm à disposição diversos métodos para selecionar os participantes mais adequados, podendo, inclusive, recorrer a incentivos para o recrutamento (Krueger, 1994).

Para Krueger (1994), o número de participantes de um grupo focal é determinada por dois critérios: deve ser suficientemente reduzido para que todos possam partilhar as suas ideias e suficientemente amplo para garantir uma diversidade de opiniões. Grupos menores e maiores apresentam desafios específicos (Morgan, 2002), por exemplo, quanto maior for o grupo, menor será a

oportunidade de interação (Gibson, 2007). Ainda que a dimensão dos grupos possa variar entre quatro e doze participantes (Kueger & Casey, 2009), no contexto de crianças e adolescentes, essa dimensão dependerá da faixa etária dos mesmos (Gibson, 2016). Morgan et al. (2002) defendem que, para grupos mais jovens, o ideal é ter entre quatro a cinco participantes por grupo focal.

De acordo com Krueger e Casey (2000), as questões propostas ao grupo devem ser claras, concisas e objetivas, começando pelas mais gerais e tornando-se, gradualmente, mais específicas. Estas devem ser abertas ou semiabertas, centrando-se num único tópico e deve evitar-se perguntas que comecem com "porquê" para prevenir respostas demasiado racionais e socialmente aceites (Krueger & Casey, 2000).

Quanto ao papel do moderador, este deve orientar a discussão, atuando simultaneamente como facilitador (Rabiee, 2004). São diversos os fatores que podem influenciar a dinâmica do grupo e, por consequência, a moderação. Contudo, algumas diretrizes são cruciais para uma moderação bem-sucedida. É fundamental que o moderador tenha experiência com crianças, permitindo-lhe guiar eficientemente a discussão (Gibson, 2007; Kelly, 2013). Deve adotar uma postura amigável e descontraída (Kelly, 2013), evitando ser demasiado autoritário, e transmitindo confiança (Gibson, 2007; Kelly, 2013), criando assim um ambiente informal que incentive o diálogo entre os jovens. O moderador deve estar atento a sinais de cansaço, desinteresse ou distração do grupo, procurando manter o seu envolvimento (Halcomb et al., 2007). A sensibilidade do investigador aos sentimentos dos participantes e a capacidade de gerir a dinâmica do grupo são essenciais para garantir o sucesso da sessão (Gibson, 2007; Kelly, 2013).

A duração ideal de um *focus group* é aquela, que previne a fadiga e dispersão dos participantes, mantendo a concentração no objetivo da pesquisa e assegurando a recolha de informações suficientes para uma análise de qualidade (Halcomb et al., 2007). Embora a média de tempo seja entre uma a duas horas (Rabiee, 2004), é crucial que o investigador tenha em conta o período de atenção típico da faixa etária e das especificidades do grupo. Por exemplo, sessões mais curtas podem ser mais eficazes quando há crianças mais novas envolvidas (Morgan et al., 2002).

Para Denscombe (2010) a utilização de estímulos, como vídeos ou fotografias, são particularmente úteis para envolver participantes mais jovens. Os mesmos autores referem que estes estímulos são, frequentemente, utilizados para motivar a discussão em grupo e direcionar a conversa para um tópico específico, familiar a todos os participantes

Caraterização do Guião de *Focus Group.* Na elaboração do guião foram levadas em consideração as regras do grupo focal, que determinam que as questões sejam colocadas por etapas

(Halcomb et al., 2007). Desta forma, foi elaborado um guião para a sessão de *focus group*, tendo por base conceitos fulcrais encontrados na revisão da literatura e nos objetivos deste estudo (Kinalski et al., 2017). Este guião (Anexo 2), composto por questões abertas, visa promover reflexão e debate sobre as perceções e experiências dos adolescentes com PHDA. A existência de um guião previamente planeado e estruturado, com base em dimensões encontradas na literatura, proporciona segurança ao investigador, garantindo que ele não se desvia das suas questões de investigação (Merriam, 1998; Patton, 2002). Este debate não se limitou à obtenção de respostas às questões colocadas pelo moderador, mas também abrangeu temas que surgiram espontaneamente entre os adolescentes (Halcomb et al., 2007). Neste processo de interação, os tópicos debatidos são, por vezes, refutados, enquanto noutras são confirmados ou reforçados, contribuindo para a potencial geração de novos conhecimentos (Kinalski et al., 2017).

O guião do grupo focal, com 39 perguntas previamente organizadas em 11 categorias (Anexo 3), apresenta questões como:

O que é para vocês a PHDA?

Como se sentiram quando souberam que tinham PHDA?

Qual o efeito que acham que a medicação tem na vossa forma de ser?

Quais são os teus receios/preocupações em relação à PHDA?

A ordem das perguntas foi meramente indicativa, tendo sido adaptada, sempre que necessário. Da mesma forma, ao longo do grupo focal, foram acrescentadas ou retiradas algumas questões, de acordo com a sua pertinência. O quadro de categorias proposto inicialmente, e que serviu de linha condutora para as questões do guião, foi baseado na literatura. Contudo, apenas após uma análise aprofundada dos resultados, se pôde definir as categorias e subcategorias finais.

Procedimentos de Recolha de Dados

O primeiro passo do processo de recolha de dados foi a seleção dos participantes, baseada nos critérios previamente definidos, um passo crucial na configuração de um *focus group*.

Com o apoio de um pediatra do desenvolvimento, iniciou-se o recrutamento de participantes que cumprissem os critérios do estudo, em contexto privado. Simultaneamente, a investigadora abordou potenciais participantes da sua rede de contactos. Relativamente ao local para a realização do grupo focal, optou-se por um espaço particular dedicado ao ensino artístico, propriedade da investigadora encarregue do estudo. O local selecionado apresentava excelentes condições de luminosidade, ventilação, espaço, conforto e privacidade, sendo também de fácil acesso a todos os participantes.

Os participantes e/ou encarregados de educação foram inicialmente contactados por telefone, com o propósito de fornecer esclarecimentos adicionais sobre a investigação e agendar o grupo de discussão. Posteriormente, foi enviado um documento informativo (Anexo 4), para elucidar sobre os aspetos relevantes da investigação, incluindo a necessidade de gravar a sessão para análise subsequente dos dados e para obter o respetivo consentimento informado (Anexo 5).

Importa salientar que nos contactos estabelecidos com os pais de possíveis participantes, os motivos mais referidos para não participar neste estudo foram o facto de não terem aberto o diagnóstico para com os filhos e o receio em expô-los a uma situação, que sentiam que os podia fragilizar.

A seleção das participantes iniciou-se 27 de outubro de 2022 e encerrou 25 de março de 2023, data em foi realizada a sessão de *focus group*. Dado o perfil dos participantes e a necessidade de se deslocarem a um espaço desconhecido, foi oferecido um incentivo à participação, conforme sugerido na literatura sobre este método (Krueger, 1994). Nesse sentido, todos os participantes presentes na sessão receberam vales da FNAC no valor de 20 euros, um encargo suportado pela investigadora. Esta abordagem resultou, inicialmente, na adesão de oito participantes, com idades entre 14 e 19 anos. Contudo, na sessão, apenas metade compareceu, mesmo tendo confirmado anteriormente a sua presença. Assim, o estudo contou apenas com quatro adolescentes, estando, ainda assim, em conformidade com os critérios estabelecidos para grupos focais nesta faixa etária (Morgan et al., 2002).

A sessão de *focus group* ocorreu no dia 25 de março de 2023, um sábado, pelas 14h30, e teve uma duração de 90 minutos. Quanto às estratégias de registo, utilizou-se gravação em vídeo e áudio da sessão, contando com a autorização prévia de todos os intervenientes. De acordo com a orientações de Krueger e Casey (2000), todo o equipamento foi devidamente preparado e testado com antecedência.

O grupo focal começou com uma saudação do moderador, que se apresentou e expressou a sua gratidão pela presença de todos. Os participantes posicionaram-se frente a frente numa mesa, pois segundo Krueger (1994), esta disposição facilita que a fala de cada um seja bem escutada por todos e que expressões faciais e gestos sejam bem visualizados (comunicação não verbal).

O diálogo teve início com uma breve exposição dos objetivos da investigação e, subsequentemente, a assinatura da declaração de consentimento informado. Foi garantido aos participantes a total confidencialidade e anonimato das suas intervenções, bem como a liberdade de optar por não participar no estudo ou de se abster de responder a determinadas questões. Adicionalmente, foram esclarecidas todas as normas pertinentes à realização do focus group. A sessão

foi conduzida pela investigadora, apoiada por um elemento auxiliar que assegurou as gravações em áudio e vídeo. Ao longo da sessão de *focus group*, a investigadora teve de intervir mais ativamente para fomentar a dinâmica interpessoal e aprofundar as respostas dos participantes. A utilização de atividades e materiais - "o estímulo" (Denscombe, 2010), foi crucial para incentivar a discussão.

Finalizado o processo da recolha de dados, procedeu-se à sua transcrição integral, e a mesma constituiu a versão escrita dos dados recolhidos. Todos os nomes, foram substituídos por nomes fictícios e os nomes dos profissionais foram omitidos. Finda a transcrição, o material em áudio e vídeo foi arquivado, de modo a ser possível o seu acesso no decorrer da análise. Posteriormente, este material será destruído de forma definitiva.

Princípios Éticos da Investigação. Os procedimentos adotados durante a recolha, análise e partilha dos dados, respeitaram os princípios éticos da investigação, quer em relação aos participantes, quer em relação à aplicabilidade dos resultados obtidos conforme sugerido por diversos autores (Almeida & Freire, 2008; Merriam, 1998). A investigação científica que envolve menores exige um cuidado redobrado com os princípios éticos, de modo a assegurar a proteção, o bem-estar e os direitos das crianças (Fernandes & Tomás, 2011). Neste sentido, os mesmos autores, consideram que as crianças e os adultos envolvidos na investigação devem estar cientes dos objetivos e da natureza da pesquisa, dos métodos utilizados e dos resultados. Honram-se estes princípios éticos assim através do consentimento informado entregue aos participantes. Este documento assegura, ainda, o compromisso de respeitar e garantir o anonimato, a confidencialidade, e a proteção dos dados obtidos na investigação.

Método de Análise de Dados

Os dados obtidos no âmbito desta investigação foram submetidos à metodologia da análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (2016), é um conjunto de técnicas de análise das que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A organização da análise de conteúdo, segundo Bardin (2016), passa por diferentes fases: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material e 3) o tratamento, a inferência e a interpretação dos resultados obtidos. A pré-análise é a fase de organização. Corresponde a um período de intuições, tendo como objetivo organizar e sistematizar as ideias tornando-as operacionais, de modo a orientar um esquema para o desenvolvimento das operações seguintes. A fase da exploração do material consiste, essencialmente, em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. Finalmente, a terceira fase diz respeito ao tratamento dos dados em

bruto de maneira a serem significativos e válidos, etapa onde o investigador pode fazer inferências e adiantar e adiantar interpretações (Bardin, 2016).

Assim, atendendo à realidade do nosso estudo, foi efetuada uma leitura flutuante do seu conteúdo de forma a estabelecer contacto e conhecer o texto. Obteve-se, assim, o corpus da análise, ou seja, o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos de análise (Bardin, 2016). Realizada a leitura flutuante dos discursos das entrevistadas, procedemos a uma análise categorial definida por Bardin (2016) como "o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem". Assim, as categorias representam classes que agrupam um determinado conjunto de elementos intitulados de unidades de registo, sendo eles reunidos de acordo com os caracteres comuns que possuem (Bardin, 2016).

O tema é, geralmente, utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de crenças, ou de tendências, correspondendo a uma regra de recorte do sentido e não da forma (Bardin, 2016). O critério de categorização adotado nesta análise foi o semântico. Ou seja, a categorização temática, em que todos os temas com o mesmo significado foram agrupados na mesma categoria (Bardin, 2016). Através da revisão da literatura, foram construídas categorias prévias, pelo que, inicialmente a análise dos dados obtidos neste estudo foi dedutiva. Posteriormente, a partir dos detalhes das informações obtidas na recolha de dados, foram surgindo novas categorias, tratando-se assim de uma análise indutiva (Patton, 2002). Através da análise do conteúdo da sessão de *focus group*, surgiram novas categorias, além das definidas previamente e de carácter teórico, nomeadamente no que se refere às características e relacionamentos com pares com PHDA e ao custo financeiro da medicação.

Da análise dos dados emergiram sete temas: 1) Perceções da PHDA; 2) Diagnóstico de PHDA; 3) Perceções sobre a Medicação; 4) Família; 5) Escola; 6) Dinâmicas de Pares; 7) Perceções sobre si mesmo e o Futuro. Dentro de cada tema, são detalhadas categorias e subcategorias, de acordo com a tabela 2. Estes temas subdividiram-se em 27 categorias que, por sua vez se fragmentaram em 11 subcategorias.

O primeiro tema, "Perceções da PHDA", segmentou-se em 6 categorias: Contextos associados à PHDA; Significados da PHDA; Conhecimentos gerais; Enquadramento sintomatológico; Perspetivas positivas; e A perceção dos outros. Dentro da categoria Enquadramento sintomatológico encontramos quatro subcategorias: Sintomas e Características; A PHDA dos outros; Controlo e perceção dos sintomas; Fatores que influenciam os sintomas de PHDA. A categoria Perspetivas positivas engloba três

subcategorias: Aspetos positivos da PHDA; Áreas de ótimo funcionamento; e a PHDA enquanto vantagem.

O segundo tema, “Diagnóstico de PHDA” subdividiu-se em duas categorias: Processo de diagnóstico; e Significados do diagnóstico.

O terceiro tema, “Perceções sobre a Medicação”, segmentou-se em quatro categorias: Fármacos, Efeitos secundários, Eficácia da medicação e relação custo-benefício; e a Importância do apoio profissional e o poder de decisão.

O quarto tema, “Família”, contempla duas categorias: Mãe; e a Relação com os irmãos. Na categoria Mãe, identificam-se duas subcategorias: Estilos parentais; e Pressões sentidas.

O quinto tema, “Escola”, dividiu-se em 6 categorias: Dificuldades Escolares *versus* Desempenho Escolar; Professores; Medidas de apoio em sala de aula; Estratégias de Aprendizagem; Melhores formas de Aprender; e Relações com os Pares em Ambiente Escolar.

O sexto tema, “Dinâmicas de Pares”, segmentou-se em duas categorias: Círculo de amigos; e Relação com os outros com PHDA.

Por fim, o sétimo tema, “Perceções sobre si mesmo e o Futuro”, estruturou-se em cinco categorias: Baixa-autoestima e frustração; Sensação de diferença; Desejos de mudança; Conflitos de Identidade; e Receios, às preocupações e expectativas em relação ao futuro. A categoria referente aos Conflitos de Identidade inclui duas subcategorias: Características da PHDA *versus* Personalidade; e Múltiplos "Eus".

Tabela 2

Sistema de Temas, Categorias e Subcategorias

Tema	Categoria/Subcategoria	Descrição
Perceções da PHDA	**Contextos associados à PHDA** **Significados da PHDA** **Conhecimentos gerais** **Enquadramento Sintomatológico** ▪ Sintomas e caraterísticas ▪ A PHDA nos outros ▪ Controlo e perceção dos sintomas ▪ Fatores que influenciam os sintomas da PHDA **Perspetivas positivas** ▪ Aspetos positivos da PHDA ▪ Áreas de ótimo funcionamento ▪ A PHDA Enquanto Vantagem **A perceção dos outros**	Este tema explora os significados que os adolescentes conferem à PHDA, os contextos relacionados, a etiologia percecionada e o conhecimento geral acerca desta perturbação. Investigaram-se, também, os sintomas e características associados à PHDA, centrando-se nas descrições fornecidas pelos participantes. Discutiu-se o controlo e a consciência dos sintomas, assim como os fatores que influenciam o seu agravamento ou melhoria. Esta análise contemplou as estratégias de autorregulação referidas pelos participantes e as perceções acerca dos aspetos positivos da PHDA e das áreas onde os participantes mais se sobressaem. Este tema incluí um debate sobre uma possível abordagem à PHDA, centrada nas forças em detrimento da visão dos défices. Por fim, analisou-se o impacto das perceções dos outros na experiência dos jovens com PHDA.
Diagnóstico de PHDA	**Processo Diagnóstico** **Significados do diagnóstico**	No âmbito deste tema, explorou-se o conhecimento prévio dos participantes sobre a PHDA. Analisou-se em detalhe o processo de diagnóstico, investigando as várias etapas e as experiências dos envolvidos. Além disso, examinaram-se os significados que os participantes atribuem ao seu diagnóstico, com um enfoque na relação percecionada entre o diagnóstico e a PHDA.

Perceções sobre a Medicação	**Fármacos** **Efeitos secundários** **Eficácia da medicação e relação custo-benefício** **A importância do apoio profissional e o poder de decisão**	Neste tema abordaram-se as categorias relacionadas com os fármacos utilizados no tratamento da PHDA, os efeitos secundários associados à medicação e a perceção da eficácia face aos custos associados.
Família	**Mãe** ▪ Estilos Parentais ▪ Pressões Sentidas **Relações com os Irmãos**	Esta análise ofereceu uma perspetiva detalhada das experiências dos participantes no contexto familiar. No âmbito deste tema, investigou-se o papel das mães na vida dos participantes com PHDA, analisando os estilos parentais praticados, as pressões sentidas no contexto familiar e a dinâmica das relações fraternas.
Escola	**Dificuldades Escolares *versus* Desempenho Escolar** **Professores** **Medidas de apoio em sala de aula** **Estratégias de aprendizagem** **Melhores formas de aprender** **Relações com os Pares em contexto escolar**	No tema "Escola," investigou-se a experiência dos participantes com PHDA no contexto escolar, explorando as suas perceções em relação às dificuldades académicas, as interações com professores, as medidas de apoio disponíveis, as estratégias de aprendizagem utilizadas, as preferências por métodos de ensino e as dinâmicas sociais com os pares em contexto escolar.
Dinâmicas entre Pares	**Círculos de amigos** **Relação com outros com PHDA**	Neste tema, exploraram-se categorias associadas aos círculos de amigos e às interações com outros indivíduos que têm PHDA. Analisaram-se as experiências dos participantes relativamente às suas relações dentro dos círculos de amigos e à dinâmica estabelecida com outros que partilham da mesma condição, a PHDA.
Autoperceção e o Futuro	**Autoestima e frustração** **Sensação de diferença**	Este tema visa pretende obter uma compreensão mais profunda sobre

	Desejos de mudança **Conflitos de Identidade** ▪ Características da PHDA *versus* Personalidade ▪ Múltiplos "Eus" **Receios, preocupações e expectativas de futuro**	autopercepção dos participantes, especialmente considerando a influência da PHDA na sua identidade, autoimagem e nas expectativas que têm para o futuro. Foram analisadas ainda categorias que abordam a baixa autoestima e a frustração, sensações de diferença e desejos de mudança.

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente capítulo dedica-se à apresentação e análise dos dados obtidos na sessão de grupo focal. Começa-se por uma curta descrição da sessão de grupo focal e dos que nela participaram. De seguida, apresenta-se os dados obtidos nesta investigação, tendo como base a análise de conteúdo de Bardin (2016). Realizou-se uma análise minuciosa dos resultados, para que estes proporcionassem uma visão ampla das perceções, experiências e expectativas dos adolescentes com PHDA.

3.1 Descrição da Sessão de Focus Group e dos Participantes

A discussão de focus grupo iniciou-se com a dinâmica de quebra gelo "Que animal sou?". Se por um lado, se tencionava estimular a dinâmica do grupo, por outro pretendia-se favorecer o pensamento sobre si próprios. Inicialmente, o grupo mostrou-se pouco recetivo, talvez por falta de à vontade com os outros colegas e com a moderadora.

Importa fazer notar o comportamento não-verbal ao longo da sessão de focus group, pois este possui um papel comunicativo importante, transmitindo informações sobre as intenções e emoções dos participantes (Krueger, 1994).

A Ana e Rita já conheciam o moderador e são irmãs, talvez por isso, mostraram-se muito à vontade com a sua presença na sessão. Ambas são muito comunicativas, o que foi determinante para o clima de discussão do grupo focal

No caso do Miguel este chegou ao cabisbaixo e envergonhado à sessão, mostrando-se inicialmente pouco colaborativo. Este participante sentiu-se mal durante o foco do grupo e disse que em parte foi por nervosismo, mas depois tentou justificar-se dizendo que foi apenas dor de barriga. Refere que porque não sabia o que se ia perguntar no focus grupo, ele não sabia o que é que poderia esperar e isso era muito importante para ele, poder antecipar o que ia acontecer. Acrescenta ainda, que estes seus sintomas são comuns em momentos de estresse ou de preocupação, e que foram estes que conduziram ao processo de diagnóstico da PHDA. O Miguel demostrou desde o início do focus grupo, a necessidade de falar sobre a questão da medicação e aproveita em diferentes momentos para dizer que quando toma os medicamentos não fala tanto.

A Rita esteve grande parte do focus grupo com uma atitude pouco recetiva, calada ou com respostas muito curtas, mas ao longo do tempo foi-se sentindo mais à vontade.

Pudemos ainda observar que os participantes exibiram comportamentos típicos da PHDA. Um participante estava constantemente a virar páginas do bloco, outro desenhava, um terceiro fazia

origamis e ainda outro rodava canetas ou pressionava o botão delas. Em determinados temas, os participantes falaram num tom mais suave e hesitante, revelando alguma vulnerabilidade. Duas das participantes femininas, por diversas vezes, distraíram-se da discussão de grupo, necessitando de questionar o investigador sobre qual a pergunta que estava a ser discutida.

3.2 Apresentação e Análise dos Dados

Para uma interpretação clara e sistemática dos dados provenientes do grupo focal, estes serão expostos conforme o sistema de temas e categorias emergentes da análise de conteúdo (Tabela 2). Esta análise será ilustrada com excertos verbatim das intervenções dos participantes. Importa sublinhar, conforme já mencionado anteriormente, que os nomes próprios foram excluídos das transcrições para assegurar o anonimato dos intervenientes, bem como quaisquer detalhes que pudessem eventualmente identificar os participantes deste estudo.

1. Perceções da PHDA

As perceções dos participantes sobre a PHDA oferecem *insights* valiosos acerca de como a condição é vivenciada no dia a dia. Este tema explora os significados que os adolescentes conferem à PHDA, os contextos associados, a etiologia percecionada e o conhecimento geral acerca desta perturbação.

Investigaram-se, também, os sintomas e características que lhe estão associados, centrando-se nas descrições fornecidas pelos participantes. Discutiu-se o controlo e a consciência dos sintomas, assim como os fatores que influenciam o seu agravamento ou melhoria.

Esta análise explorou ainda, as perceções acerca dos aspetos positivos da PHDA e das áreas onde estes mais se sobressaem. Este tema incluí um debate sobre uma possível abordagem à PHDA, centrada nas forças em detrimento da visão dos défices. Por fim, analisou-se o impacto das perceções dos outros na experiência dos adolescentes com PHDA.

Tabela 3

Tema 1

Tema 1		
Categoria		Unidade de Significado
Contextos associados à PHDA		"...uma dificuldade, que muitas vezes a nível escolar, pelo menos a mim é mais a nível escolar...".
Significados da PHDA		"A palavra eu. E depois as palavras que fazem parte de PHDA... "... é um desafio"; "...não considero uma doença, talvez mais uma condição."
Conhecimentos Gerais		"... um bocado tipo... mente"; "Uma maneira de ser."; "...antes justificava tudo pela personalidade e agora continuo a fazer isso."; " ... acho que sou mesmo o (tipo)combinado..."; "..., é um bocado de eu tentar aprender a viver com isso.".
Enquadramento Sintomatológico	Sintomas e caraterísticas	"... distrai-o muito facilmente..."; "...nunca consigo motivar-me para continuar e por isso acabo sempre a meio."; "... é principalmente a falta de foco, falta de vontade, falta de interesse."
	A PHDA nos outros	"...não para quieto e não consegue estar sozinho..."; "(ele)...não consegue mesmo."; "tornam-se... no palhacinho da turma..."
	Controlo e perceção dos sintomas	"...depois já nos perdemos e às vezes nem nos apercebemos isso."; "...acho que não é uma coisa... bem controlada. Mas eu apercebo-me que me distraio.".
	Fatores que influenciam os sintomas da PHDA	"Quando está muito barulho...Não consigo mesmo...";"Se for com muita gente eu não consigo estar a ouvir a conversa."; "E ainda por cima na minha sala é tipo tudo árvores... com as folhas sempre abanar...".
Perspectivas positivas	Aspetos positivos da PHDA	"A maioria é negativo, mas também tem alguns aspetos positivos...o hiperfoco... falar muito pode ser positivo.".
	Áreas de ótimo funcionamento	"Eu gosto muito de música..."; "eu tenho muita criatividade...", "Eu gosto de desenhar...".

	A PHDA Enquanto Vantagem	"Eu acho que sim!"; "... em relação à criatividade pode ser uma vantagem. Mas não acho que seja necessário ter PHDA para se ser criativo."; ""Desenvolvem outras capacidades...".
A Perceção dos Outros		"É tipo, presta atenção!"; " ...há pessoas que podem levar só um bocado na indiferença e depois há outras pessoas que podem usar tipo "Aí que estranho.".

Contextos associados à PHDA. Nesta categoria explorou-se como esta perturbação afeta diferentes áreas da vida, e em que contextos os participantes sentem que tem maior impacto. Uma constatação imediata é a associação quase instintiva da PHDA ao contexto escolar, sugerindo que a condição é percecionada, principalmente, como um desafio académico. A maioria dos participantes, diz que o primeiro pensamento associado à PHDA é "... penso na escola principalmente, em estudar..." (Ana, ¶32). Contudo, ao longo da discussão, os participantes concluíram que a PHDA não está limitada ao âmbito escolar: "Eu consigo aplicar a vários momentos." (Rita, ¶38), mas estende-se a outros contextos da vida quotidiana, como interações familiares e relações entre pares. Este reconhecimento sublinha a natureza abrangente da PHDA, que impacta vários domínios da vida de quem a possui.

Significados da PHDA. Esta categoria proporciona uma visão mais aprofundada dos significados pessoais da PHDA. Desta forma, os participantes foram questionados sobre quais as três primeiras palavras que lhes vinham à mente quando pensavam na PHDA. O Miguel, apresentou uma descrição terminológica dos sintomas da PHDA e considera-a como uma parte de sua identidade: "A palavra eu. E depois as palavras associadas à PHDA, hiperatividade, défice de atenção." (¶27). Já outros participantes consideraram a PHDA como sendo uma dificuldade que afeta sua vida diária e que está na sua maioria associada a uma desvantagem em termos académicos.

"Talvez pense numa dificuldade..." (Rita, ¶29).

"... penso na escola... é ... um sentimento, uma dificuldade..." (Ana, ¶32).

"...estudar, aulas ... é uma dificuldade, mas também é um desafio!" (Maria, ¶41).

Conhecimentos Gerais. Este subtema oferece uma compreensão mais detalhada das conceções dos participantes sobre a etiologia da PHDA e os seus conhecimentos quanto às suas diversas apresentações, assim como a sua trajetória ao longo da vida. A perceção comum entre os participantes, é que a PHDA não é uma "doença", mas uma característica intrínseca à sua forma de

estar e de ser.

"Eu acho que é tipo... mente..." (Maria, ¶41).

"...não considero uma doença, talvez mais uma condição." (Rita, ¶56).

"Uma maneira de ser." (Ana, ¶138).

Os participantes demonstram, ainda, reconhecer que a PHDA é uma condição que está associada a diferentes níveis de funcionalidade, que prolonga no tempo e que tem diferentes tipos de apresentação.

"Na minha perspetiva sempre foi mais o défice de atenção do que o hiperativo... acho que sou mesmo o (tipo) combinado." (Miguel, ¶402).

"...nós na idade dele não éramos assim..." (Ana, ¶438).

"O meu melhor amigo ...tem (PHDA), mas o dele é muito diferente do meu..." (Rita, ¶466).

".... é um bocado de eu tentar aprender a viver com isso." (Rita, ¶566).

De forma a compreender se existia um conhecimento da PHDA, prévio ao seu diagnóstico procurou-se perceber junto dos participantes em que momento a PHDA entrou no seu léxico pessoal. O Miguel referiu que "...já sabia há algum tempo." (¶84), enquanto que a Ana e a Maria manifestaram incerteza: "Não sei." (¶85-86). Já a Rita, alinhou-se com o Miguel, dizendo: "Eu já há muito tempo...Não sei exatamente o tempo certo." (¶87). Isto aponta para uma familiaridade crescente com a condição, mas também para uma ambiguidade em relação ao momento ideal de informação acerca do diagnóstico.

Enquadramento Sintomatológico.

Sintomas e Características. Nesta categoria exploram-se os sintomas e características associados à PHDA, com ênfase na forma como os participantes descreveram e compreenderam esses traços. No que se refere à identificação de sintomas e características da PHDA, todos os participantes ofereceram uma descrição terminológica dos mesmos.

"Distraem-se facilmente."(Maria, ¶89)

"... hiperatividade e do défice de atenção..."(Miguel, ¶90)

"... uma dificuldade em manter a atenção."(Rita, ¶93)

Os participantes mencionaram: dificuldades escolares, perder-se nas conversas, esquecimentos, abstração do contexto, distração, ansiedade, falta de foco, falta de vontade, falta de interesse e falta de motivação.

"... é uma dificuldade, ... mais a nível escolar, não consigo atingir os objetivos que conseguiria

atingir." (Ana, ¶32)

"... distrai-o muito facilmente, ... nem é... com coisas de visíveis...eu acho que é tipo mais com coisas da minha cabeça. Tipo estou nas aulas e vem-me por exemplo uma música à cabeça e parece que estou..., mas começo a fazer assim com o lápis." (Maria, ¶101)

"... é principalmente a falta de foco, falta de vontade, falta de interesse." (Rita, ¶105)

Enquanto a falta de foco e a facilidade de distração são consistentemente mencionadas, há uma variação na forma como a PHDA se manifesta. O Miguel revela que é falador e ansioso, "... falo muito... ficava muito nervoso e vomitava, principalmente depois de testes difíceis ou depois de notas más ..." (¶518), demostrando que a PHDA não afeta apenas a atenção e a hiperatividade, mas também pode estar associada a outros sintomas emocionais e comportamentais. Em contraste com o discurso do Miguel, a Rita diz ser tendencialmente mais calada: "Eu sou calada se estiver muita gente ou se não estiveres à vontade...com a pessoa." (¶502). Estas nuances individuais sugerem que a PHDA não é um conjunto estanque de sintomas, mas tem manifestações diversificadas.

Outro aspeto referido foi a dificuldade dos participantes, em começar e terminar tarefas.

".... Sempre que eu tento aprender a fazer alguma coisa, já tentei aprender a desenhar, tentei focar-me em alguma coisa, mas nunca consigo motivar-me para continuar e por isso acabo sempre a meio." (Miguel, ¶153)

"... eu tenho imensos desenhos inacabados. Comecei, chego a meio e desisto." (Rita, ¶160)

A gestão do tempo é outro dos sintomas associados à PHDA.

".... o que eu faço em dez horas ele faz em uma. O que ele faz em uma hora ou duas horas eu faço em dias ... às vezes nem sempre consigo... eu esforçava-me e estudava até podia demorar, tipo os meus amigos todos demoravam tipo três horas, e eu demorava dez horas, mas conseguia!" (Ana, ¶249).

A dificuldade dos participantes em começar e terminar tarefas, reflete a sua luta com a auto-motivação e a persistência. Isto é relevante, especialmente em contextos académicos, onde a capacidade de completar tarefas é crucial.

A PHDA nos Outros. A discussão em grupo, conduziu à emergência de um novo tópico "a PHDA nos outros", já que todos tinham conhecimento de alguém com PHDA. Os participantes demonstraram grande facilidade em identificar sintomas da PHDA nos outros. No entanto, algumas descrições estão tingidas de julgamentos ou interpretações negativas.

"... é a hiperatividade em pessoa... (¶440) e está sempre a falar, mesmo quando não é preciso... exagera de propósito. Porque as pessoas riem-se, por isso, acho que ele também

exagera um pouco..." (Miguel, ¶442).

Ana concorda e acrescenta: "Querem ser o centro das atenções, às vezes tornam-se um bocadinho no palhacinho da turma..." (¶444). A Rita refere que também tem um colega com PHDA e que as características dele estão relacionadas com "... falta de foco ou falta de interesse... (¶448) A falta de motivação é em coisas que não lhe interessam." (¶450).

No caso da Maria e da Ana, que têm um irmão mais novo com PHDA, descrevem-no como:

"...é super irrequieto (¶428) ...não consegue fazer nada, ele não foca, ele não estuda... a minha mãe ... vai ter um trabalho com ele no futuro e já está a ter porque ele... não consegue mesmo."(Ana, ¶433).

Controlo e Perceção dos Sintomas. Esta subcategoria explorou como os participantes percecionaram o controlo dos seus sintomas e a sua consciência em relação aos mesmos. Procurou-se ainda analisar a existência de estratégias de autorregulação. Enquanto alguns participantes mostraram uma consciência clara dos seus sintomas, outros acharam difícil reconhecê-los em tempo real.

"...e depois já nos perdemos e às vezes nem nos apercebemos isso (¶41) ... acho que não é uma coisa ... bem controlada. Mas eu apercebo-me que me distraio." (Maria, ¶116)

"Nem me percebo. Só quando a aula acaba (¶107) ... de vez em quando sinto que estou a falar um bocadinho demasiado." (Miguel, ¶109).

"Ás vezes, numa aula, acontece-me deixar de ouvir e eu não me apercebo... só um bom pedaço depois é que tento voltar a focar-me, mas é difícil." (Rita, ¶110).

Fatores que Influenciam os Sintomas de PHDA. Nesta análise, foram investigados os fatores que influenciam a manifestação e intensidade dos sintomas da PHDA. Ao discutir os fatores que poderiam intensificar os sintomas da PHDA, emergiu uma preferência por ambientes controlados e estruturados, associando estes ambientes aos colégios privados. Estímulos externos, como o ruído ou a presença em grandes grupos, são vistos como agravantes, salientando que, além das intervenções diretas, a modificação ambiental pode ser uma estratégia útil na gestão da PHDA.

"Quando não tenho interesse pelo que está a acontecer." (Miguel, ¶475)

" ...quando eu estou na aula eu acho ...tento sempre arranjar algo... não sou que tento arranjar..., mas começo a falar para o lado, mesmo sem intenção de dizer alguma coisa... mesmo quando eu estou com amigos... distraio-me completamente da conversa... (Maria, ¶479)

"Quando está barulho, vou estar a ouvir mais aquilo que está lá fora do que está cá dentro." (Ana, ¶476)

Curiosamente, um dos participantes destaca uma perspetiva divergente sobre o ruído: “Por mais estranho que pareça o ruído até me ajuda (¶485) ... enquanto estudo, eu meto música na minha coluna e ligo o rádio atrás de mim.... qualquer coisa desde que esteja barulho...” (Rita, ¶487). Isto indica que, apesar de existirem variáveis gerais que influenciam os sintomas da PHDA, a experiência individual de cada adolescente pode variar significativamente.

> O posicionamento físico em sala de aula é apontado como crucial para alguns dos participantes. "Eu tenho que estar mesmo à frente do quadro."(Ana, ¶493)
>
> “... (e longe das janelas) ainda por cima na minha sala é tipo tudo árvores... com as folhas sempre abanar!” (Maria, ¶492)

A Rita acrescenta ainda que o seu funcionamento se altera em função do tamanho do grupo em que está inserida, referindo que

> “...com um grupo...um bocadinho maior, eu vou ficar muito mais calada .... Se eu estiver com alguém que me dê muito bem, eu já estou muito agitada e não me calo, uma coisa que eu faço muito, é interromper-me a mim mesma... começo a falar alguma coisa e depois de em vez de acabar este assunto, meto outro. E vai sempre assim...” (¶499).

O Miguel refere que evita situações em se sinta exposto perante os outros: “Apresentar um trabalho dá-me uma ansiedade... fico ali... e de vez em quando paraliso.” (¶469).

As observações dos participantes acerca de como certos contextos (multidões, barulho) exacerbam seus sintomas indicam que, enquanto eles podem ver a PHDA como parte de sua personalidade, reconhecem que o ambiente desempenha um papel significativo na manifestação da condição.

Perspectivas Positivas acerca da PHDA. Neste subtema, explorou-se as perceções sobre os aspetos positivos da PHDA e as áreas de ótimo funcionamento em que os participantes se destacaram. Envolveu-se, também, uma discussão sobre uma possível abordagem às forças da PHDA em detrimento da visão dos défices. Quando se fala de PHDA, o paradigma comum tende a centrar-se predominantemente nas dificuldades e desafios que lhes estão associados. No entanto, procurou-se explorar junto dos participantes, uma visão menos convencional, focando-se nas potencialidades que esta condição pode trazer.

Aspetos Positivos da PHDA. O discurso predominante, quando se trata da PHDA, enquadra-a maioritariamente na categoria dos défices. Esta visão é confirmada pela resposta generalizada dos participantes, quando solicitados a ponderar se possuir PHDA é um aspeto positivo ou negativo. A generalidade dos participantes, vê esta condição como algo predominantemente negativo. No entanto,

o Miguel oferece uma visão multifacetada:

> "Depende... de qual o sintoma. A maioria é negativo, mas também tem alguns aspetos positivos... (¶61) por exemplo, o hiperfoco, podemos focar em alguma coisa sem nada à volta. E também o aspeto de falar muito pode ser positivo." (¶63).

Áreas de Ótimo Funcionamento. Partindo de uma visão da PHDA assente nas suas potencialidades, explorou-se junto dos participantes quais os domínios onde sentem que mais se destacam e de que forma isso poderia estar associado à PHDA. A Maria e a Rita referiram a música. Para o Miguel é ser "...inteligente, tiro boas notas" (¶185). A Ana mostrou-se mais reticente, admitindo não identificar os seus pontos fortes. Contudo, a Maria caracterizou-a como alguém dinâmico, ideia à qual Ana acabou por aderir, reconhecendo-se como sociável, ativa e extrovertida.

A PHDA Enquanto Vantagem. Visando reforçar uma perspetiva da PHDA focada nas suas forças e não nos défices, propôs-se uma atividade intitulada "Famosos com PHDA". O grupo mostrou-se muito recetivo em descobrir trajetórias de sucesso de figuras públicas com esta condição e como estes conseguiram transformar obstáculos em forças. Esta dinâmica revelou ser fundamental para consolidar a coesão do grupo e estreitar as relações entre os elementos do grupo. Concluída a atividade, questionou-se os presentes sobre a possibilidade de ver a PHDA como uma vantagem. O debate subsequente revelou uma divisão nas opiniões. A ideia de que indivíduos com PHDA podem apresentar potencialidades em determinadas áreas, devido às características distintas que a condição lhes confere, como a criatividade, o hiperfoco e uma mentalidade mais aberta, é apoiada por três dos participantes. Dois dos participantes apresentam uma perspetiva interessante sobre este tema.

> "Porque eu acho que sempre há uma perda. Nem sei se é uma perda, mas as pessoas que andam de cadeira de rodas não conseguem andar, mas depois as mãos são muito melhores..." (Maria, ¶194)
>
> "Desenvolvem outras capacidades... Sem dúvida, concordo plenamente!" (Ana, ¶197)

Esta comparação da Maria a indivíduos que usam cadeiras de rodas ilustra a mentalidade de reconhecer e valorizar forças em vez de limitações. No entanto, uma outra participante expressa o seu ceticismo: No que toca à criatividade, pode ser uma vantagem. No entanto, não considero que seja essencial ter PHDA para ser criativo." (Rita, ¶198).

A Perceções dos Outros. Esta temática proporciona uma visão mais detalhada das perspetivas dos participantes sobre a forma como são percebidos pela sociedade e como isso influencia a sua experiência de vida. A maioria deles refere que a PHDA é percecionada negativamente

pela sociedade: Sim! É tipo, presta atenção!" (Miguel, ¶200). Esta afirmação aponta para uma possível falta de compreensão por parte dos outros em relação à condição. Estas atitudes podem derivar de representações estereotipadas ou informações distorcidas sobre a PHDA, que frequentemente caracterizam os afetados como desatentos ou desorganizados, sem reconhecer a complexidade e a diversidade de experiências associadas a esta condição.

Por outro lado, a Rita refere que as reações externas podem variar, oscilando entre a indiferença e a estranheza:

> "Eu acho que é um bocadinho indiferente, não sei! Também depende da pessoa e da forma de cada um... há pessoas que podem levar só um bocado na indiferença e depois há outras pessoas que pensam tipo "Aí que estranho"." (¶203).

Este espectro de reações evidencia que, embora existam estereótipos negativos associados à PHDA, nem todos os indivíduos os adotam ou os perpetuam. A perceção de Rita sublinha a importância de não generalizar as opiniões dos outros e de reconhecer a diversidade de perspetivas existentes.

2. Diagnóstico de PHDA

No âmbito deste tema, explorou-se o conhecimento prévio dos participantes acerca da PHDA, analisou-se o processo diagnóstico em detalhe, investigando as etapas e experiências dos intervenientes, e examinaram-se os significados atribuídos ao diagnóstico, com um enfoque na relação percebida entre o diagnóstico e a PHDA.

Tabela 4

Tema 2

Tema 2	
Categoria	Unidade de Significado
Processo Diagnóstico	"...foi na escola ... porque comecei com os resultados a não serem tão bons...";"eu primeiro fui seguido em psicologia... depois de fazer alguns testes, descobriram que tinha PHDA."; "eu fiz orientação profissional...a psicóloga disse vamos fazer uns testes e deu positivo."
Significados do diagnóstico	"...sinceramente nós não damos muita importância ... ";"serviu um bocado de justificação para alguma coisa."

Processo Diagnóstico. As narrativas dos participantes demonstram que o processo de diagnóstico pode ser motivado por diferentes razões. Para a Rita surgiu porque:

> "... eu fiz orientação profissional porque eu não sabia para o que é que eu queria ir... A minha mãe disse: "acho que a Rita pode ter um défice de atenção". Então, a psicóloga decidiu fazer uns testes e deu positivo." (¶516).

O Miguel descreveu um percurso semelhante: "... eu primeiro fui seguido em psicologia e, depois de fazer alguns testes, descobriram que tinha PHDA." (¶518). A Ana, por sua vez, indicou que: "foi na escola, porque comecei com os resultados a não serem tão bons... comecei a fazer alguns testes, e a psicóloga disse à minha mãe que eu tinha bastantes problemas de concentração, e depois fui ao médico." (¶517) No caso da Maria, o diagnóstico resulta de um despiste associado ao facto de os irmãos também terem sido previamente diagnosticados com a mesma condição.

Significados do Diagnóstico. A análise dos significados atribuídos ao diagnóstico, revela a complexidade da relação que os participantes desenvolveram com a PHDA após receberem o diagnóstico. Isto inclui a forma como eles compreendem, aceitam ou resistem à condição, e como ela afeta sua identidade e suas relações interpessoais. A maioria dos participantes desvalorizou o impacto de ser diagnosticado com PHDA, sendo que esta atitude parece ser reforçada pelas opiniões dos pais e pares. A Ana refere: "... nós não damos muita importância ... não há mesmo esta coisa de chamar um nome (¶224) ... Por acaso não sinto muito que tenha mudado alguma coisa..." (¶560). A Maria concordou, dizendo: "Eu nem lembro que tenho! (¶225) ... Mas eu acho que também é da mãe (¶227) ...". O Miguel mencionou que a reação dos seus pais ao diagnóstico foi: "... não deram importância.

Olharam para aquilo e ah faz sentido eu e descartaram..." (¶230). Apesar disso, o Miguel revela que o diagnóstico foi avassalador "(mudou) Tudo... da hiperatividade, não consigo prestar à atenção, os outros sintomas mais pequenos. A medicação..." (¶557). Alguns participantes, como a Rita e o Miguel, descreveram uma relação de casualidade relativamente ao seu diagnóstico, usando expressões como "por acaso".

> "O meu melhor amigo por acaso até tem (¶446) ..., a minha mãe falou que por acaso ... pode ter um défice de atenção então, a psicóloga disse vamos fazer uns testes e deu positivo." (Rita, ¶516)
>
> "... só por acaso, depois de fazer alguns testes, descobriram que tinha PHDA. Foi só por acaso!" (Miguel, ¶518)

Os participantes demostraram diferentes formas de se relacionar com o diagnóstico de PHDA, sendo que a sua desvalorização é um padrão evidente. Verifica-se, ainda, que a aceitação do diagnóstico é variável. A Ana revela "eu concordei, porque eu sei como é que eu sou" (¶95), no entanto tem necessidade de compartimentar o diagnóstico ao contexto escolar: "Eu não consigo ver isso nas outras coisas..." (¶34). Já a Rita mostra um certo questionamento sobre o seu diagnóstico:

> "Talvez pense numa dificuldade (¶29) (que pode ter haver comigo (¶31) ... A minha mãe, já suspeitava... até suspeitava que podia ser algo mais e, por isso, quando viu o resultado disse: "eu disse-te!" (¶218) ... serviu um bocado de justificação para alguma coisa." (¶562).

No entanto refere que o diagnóstico não se traduziu em mudanças significativas na sua vida. A relação que os participantes estabeleceram com o seu diagnóstico, reflete também a procura de aceitação juntos dos pares. Para o Miguel, os pares aceitaram o seu diagnóstico e disseram "Que não mudava nada. Sempre fui assim..." (¶211). Os participantes demostraram naturalidade na forma como assumiram os seus diagnósticos junto dos pares.

> "(sabem) Todos." (Miguel, ¶205)
>
> "Sim! Comigo sabem um ou dois. Um deles, que foi até uma brincadeira, que se virou para mim e disse "Até parece que tens défice de atenção!" e eu respondi "por acaso tenho." (Rita, ¶216).

3. Perceções sobre Medicação

Neste tema exploraram-se várias categorias: fármacos para o tratamento da PHDA; examinaram-se os efeitos secundários associados a esses medicamentos; a perceção da eficácia e a relação custo-benefício. Também se analisou os custos associados à medicação, bem como a

importância do apoio profissional e o poder de decisão dos participantes.

A medicação para PHDA é claramente um tópico de grande importância para os participantes, sendo central na narrativa do Miguel. A referência da Ana à incerteza sobre a abordagem do tema "comprimidos" reforça a necessidade de discutir o papel da medicação na vida dos adolescentes com PHDA: "... não sei se vai haver uma parte só para falar dos comprimidos..." (¶338). Verificou-se que este tema é claramente polarizador, com diferentes perspetivas dos participantes a emergir nos dados recolhidos.

Tabela 5

Tema 3

Tema 3	
Categoria	Unidade de Significado
Fármacos	"Tomava o Concerta até há pouco tempo, mas agora ficou muito caro, e agora estou a tomar o genérico."; "Eu tomo o Elvanse.".
Efeitos Secundários	"...comecei a ficar mesmo ansiosa, mesmo ansiosa... não comia nada... estava sempre a mastigar algo que não estava na boca."; "...mexeu muito no sono...";" "... eu acho que perdi parte da minha personalidade.... fico muito mais fechado... até já perdi amigos ...muito calado... no meu cantinho e não faço praticamente nada... com os comprimidos nunca tenho motivação para ir lá falar com eles..."
Eficácia da Medicação e Relação Custo-Benefício	" .. ajudou-me a estar mais atento... e ao tirar a hiperatividade...";""... claramente estava focada, os meus resultados subiram"; "Eu acho que me ajuda imenso!"; "...não quero, porque eu gosto de mim como eu sou, ... não queria tomar algo que pudesse mudar alguma coisa..."; "... se fosse por mim, parava agora...".
A importância do Apoio Profissional e o Poder de Decisão	"...agora também já tenho dezoito anos ... e ... a entrar sozinha para a doutora ... porque eu sentia que ... por ter lá a minha mãe então se calhar eu não dizia ...";"mas está sempre a minha mãe ao meu lado...".

Fármacos. Dos quatro participantes, três tinham experiência direta com a medicação. O que reflete a abordagem comum de utilizar fármacos como uma estratégia de gestão da PHDA. As opções recaem sobre os fármacos metilfenidato e lisdexamfetamina, sendo que um dos participantes referiu a questão dos custos associados à medicação e outro relata que deixou de tomar os medicamentos, por

sua iniciativa.

"Tomava o Concerta até pouco tempo, mas agora ficou muito caro, e agora estou a tomar o genérico." (Miguel, ¶381).

"...não sei o nome... (mas) também experimentei o concerta e depois desisti...". (Ana, ¶385)

Efeitos Secundários. Os participantes relataram diversos efeitos secundários:

"Comecei a ficar mesmo ansiosa, (¶351) ... não comia nada (¶353) ... e estava sempre a mastigar algo que não estava na boca." (Ana, ¶355)

"No primeiro momento eu também me sentia muito ansiosa, mas depois foi passando... (tive) aqueles efeitos secundários, por exemplo perdi o apetite (¶366) .... no início, mexeu muito no sono..." (Rita, ¶368).

Dois dos participantes falaram das suas experiências com diferentes doses de metilfenidato, na tentativa de diminuir os efeitos secundários.

"... desde janeiro do ano passado até agora tenho estado sempre a mudar de dose, para ver se alguma fica bem. Mas até agora nenhuma ficou." (Miguel, ¶359)

"Sim!... às vezes pode não ser o comprimido certo..." (Ana, ¶364)

O testemunho de Miguel evidencia o impacto emocional que a medicação teve sobre ele:

"... eu acho que perdi parte da minha personalidade.... fico muito mais fechado... (¶359) até já perdi amigos ... eles dizem todos que quando eu tomo os comprimidos eu fico muito calado, fico no meu cantinho e não faço praticamente nada (¶361) ... gosto de estar com amigos..., mas com os comprimidos nunca tenho motivação para ir lá falar com eles..." (¶363).

Eficácia da Medicação e Relação Custo-Benefício. Todos os participantes reconheceram que a medicação tinha sido eficaz e que o seu efeito foi relativamente rápido. A Ana, manifestou uma melhoria significativa nos seus resultados escolares: "... claramente estava focada, claramente os meus resultados subiram (¶351) ... na primeira rodada de testes, eu comecei a tomar cerca de um mês antes, as notas subiram imenso..." (¶353). No entanto, diz recear o impacto da medicação na sua forma de ser: "eu não quero muito influenciar..., mas ... não quero (tomar), porque eu gosto de mim como eu sou e não sei, ... e não queria tomar algo que pudesse mudar alguma coisa..." (Ana, ¶349).

A Rita corroborou a eficácia da medicação, contudo, ressalvou que, a medicação por si só, não é a solução total:

"... sinto que eles me ajudaram imenso... com o défice de atenção (¶366) ... mais a estudar,

do que estar nas aulas... que às vezes é um ambiente muito agitado..., mas mesmo com a medicação, às vezes é difícil conseguir estar atento com o resto..., mas ajuda... faz diferença estar e não estar. (Rita, ¶394).

O Miguel destaca que a medicação: "... ajudou-me a estar mais atento... e ao tirar a hiperatividade, também tirou a atividade (¶396) ... Os meus resultados não se viram muito, porque já eram bons, já eram altos... para mim não ajudou em nada!" (¶398). O desejo de descontinuar a medicação foi um tema consistente no seu discurso: "... se fosse por mim, parava agora..." (Miguel, ¶396).

A Rita, numa visão mais alargada, lembrou que a medicação não tem um efeito uniforme em todos: "O meu melhor amigo tomava medicação, só que não o ajudava. Ele parou completamente. Há pouquinho tempo, voltou a fazer a medicação, mas não consegue tirar resultados." (¶446).

A Importância do Apoio Profissional e o Poder de Decisão. Esta categoria proporciona uma compreensão mais aprofundada de como os participantes percecionaram a importância do apoio profissional e o seu nível de participação e voz em relação ao tratamento. Os discursos dos participantes salientam a relevância e o apoio dos profissionais de saúde, nomeadamente médicos e psicólogos.

A Ana relaciona a sua maioridade com um aumento na sua capacidade de decisão. Este sentimento é ampliado pelo facto de agora entrar sozinha nas consultas, uma mudança que parece ter estreitado os laços com a médica, facilitando um diálogo mais aberto e sem intermediações. Este novo contexto permitiu que este sentisse que tinha um papel mais ativo na tomada de decisão sobre o seu próprio tratamento: "...agora também já tenho dezoito anos ... e ... a entrar sozinha para a doutora ... porque eu sentia que ... por ter lá a minha mãe então se calhar eu não dizia ... "(¶553). O discurso do Miguel vai ao encontro do que foi dito pela Ana, mencionando que a médica o questiona sobre a sua opinião quanto à medicação, mas que a presença da mãe lhe tira privacidade e autonomia: "Pergunta, mas está sempre a minha mãe ao meu lado..." (¶549).

É notório que os psicólogos desempenharam um papel decisivo no processo de diagnóstico e surgem frequentemente como uma fonte primordial de informação acerca da PHDA. Todos os entrevistados, em algum momento, estiveram sob acompanhamento psicológico, ainda que nem todos mantenham essa consulta. O Miguel partilha "Eu tinha até há pouco tempo (acompanhamento em psicologia)." (¶118). A Ana refere que "no colégio os alunos com mais dificuldades acabam por ir mais à psicóloga e disse à minha mãe que eu tinha bastantes problemas de concentração..." (¶517). A Maria sublinha que esta abordagem se estendeu a si e ao seu irmão: "Sim e ao meu irmão ... foi tudo

no colégio!" (¶522).

A Ana e a Maria, destacam o papel proativo das instituições educativas, no caso, o colégio, na identificação de possíveis casos de PHDA e na sua posterior orientação para os especialistas competentes. Este facto realça a importância de uma vigilância atenta no ambiente escolar, uma vez que é no contexto académico que muitas das manifestações da PHDA se tornam mais evidentes.

O relato de Rita também é ilustrativo da importância do acompanhamento psicológico: "... eu tive com uma psicóloga, que trabalhou muito comigo para descobrir como é que eu sou e para ver onde é que eu me adaptava melhor.... Ela até me deu várias dicas de estudo..." (¶516). No caso da Maria, a psicóloga esclareceu ainda que "eu deveria fazer consultas para me orientar no estudo (¶389) ..., mas que medicação não era preciso." (¶391). A psicóloga, neste caso, não se limitou ao diagnóstico, mas deu um passo adicional, fornecendo ferramentas e estratégias adaptativas que potenciam um melhor desempenho escolar e social.

4. Família

No âmbito do tema "Família", foi analisada categoria mãe, e exploraram-se as subcategorias: estilos parentais; pressões sentidas; e as dinâmicas das relações com os irmãos. Este tema proporcionou uma visão aprofundada das experiências dos participantes no contexto familiar.

Tabela 6

Tema 4

Tema 4		
Categoria/Subcategoria		Unidade de Significado
Mãe	Estilos Parentais	"... é mais flexível. Consigo fazer praticamente tudo, desde que não seja uma ideia completamente disparatada. "; "... às vezes, a mãe está um bocado "não quero saber" ...";"São muito livres, deixam-me fazer o que quiser".
	Pressões Sentidas	"...tiro boas notas. No dia em que começar a descambar ... ";"...fazia imensa pressão por causa dos comprimidos."; "São os comprimidos, tens que tomar os comprimidos!!!"

Relações com os Irmãos	"De vez em quando fica muito zangado, ele é muito chato. Não me deixa em paz nem um segundo, mas eu também sou para ele, por isso, de vez em quando, chateamo-nos muito e outras vezes somos muito amigos."; "Mas nós damo-nos todos muito bem. Quando éramos mais novas não... andávamos sempre a puxar os cabelos uma à outra e essas coisas, mas agora não!".

Mãe. A categoria "Mãe", que emergiu do tema mais amplo "Família", demonstra a importância da figura materna na vida dos participantes. A análise dos testemunhos recolhidos durante o *focus group* destaca a centralidade da figura materna nas famílias tradicionais dos participantes.

Estilos Parentais. Ao investigar os estilos de parentalidade identificados pelos participantes, a Rita refere que: "... é mais flexível. Consigo fazer praticamente tudo, desde que não seja uma ideia completamente disparatada (¶313). Tenho uma relação muito próxima com a minha mãe e sempre comuniquei abertamente com ela..." (Rita, ¶534). Para a Maria e Ana: "... às vezes, a mãe está um bocado não quero saber, mas de repente, dá-lhe uma coisa e nós ficamos com medo tipo, como é que está a nossa mãe neste dia?" (Maria¶319). Quando questionadas sobre qual das "versões da mãe" preferem, responderam que valorizam ambas as facetas. A Ana acrescenta "... às vezes é preciso ouvir a motivação que, muitas vezes, nós não sentimos tanto..." (Ana, ¶323).

Pressões Sentidas. Neste ponto, examinou-se as pressões que os participantes sentiram por parte de suas famílias. Esta pressão, principalmente no que diz respeito ao desempenho académico, parece ser uma constante, embora com intensidades diferentes entre os participantes.

É interessante notar que, a Ana e a Maria sentem variações de pressão relacionadas ao desempenho escolar: "Ela realmente não põe muita pressão! E até deve pôr mais na Maria do que em mim." (Ana, ¶325).

A Maria admite sentir-se ligeiramente mais pressionada, mas diz não dar grande importância a esse tipo de pressões. A Rita refere: "...eu estudo por mim e tiro boas notas. No dia em que começar a descambar ela vai... (falar comigo)" (¶331). O Miguel, contrariamente aos outros participantes, aborda os pais como uma entidade unificada, mas destaca a pressão para aderir à medicação. Esta pressão é também sentida por Ana e Maria.

> "... São muito livres, deixam-me fazer o que quiser..., mas de vez em quando, eu faço alguma coisa.... (e) estão logo.... É os comprimidos, tens que tomar os comprimidos!!!" (Miguel, ¶333).
>
> "A minha mãe também fazia imensa pressão por causa dos comprimidos." (Ana, ¶334).

A Ana acrescenta ainda, que a pressão para a medicação, foi um fator que gerou conflitos na sua relação com a mãe: "Não foi assim tão tranquilo.... Era uma discussão imensa com a minha mãe, mesmo grande... nós chateávamo-nos imenso por causa dos remédios..." (¶553).

Relações com os Irmãos. Esta categoria focou-se nas interações dos participantes com os seus irmãos, bem como na forma como a PHDA afetou as suas relações. Os participantes revelaram que as suas relações fraternais são marcadas por uma interação constante entre cumplicidade e conflito.

> "... eu tenho uma irmã (¶407). Ela só faz diferença de 3 anos, por isso não é muita a diferença!" (Rita, ¶411).
>
> "... De vez em quando fico muito zangado, ele é muito chato. Não me deixa em paz nem um segundo, mas eu também sou para ele, ... de vez em quando chateamo-nos muito e de vez em quando somos de muito amigos (¶414) ...ele é mais novo... 6 anos." (Miguel, ¶416).
>
> "... nós damo-nos todos muito bem, quando eramos mais novas não... coitadinha da Maria, andávamos sempre a puxar os cabelos uma à outra e essas coisas, mas agora não!!" (Ana, ¶426).

A presença de PHDA, num irmão, também apresenta desafios adicionais. A Ana e a Rita expressaram alguma dificuldade em lidar com o irmão mais novo: "... não para! Acho que dos três é o mais difícil." (Ana, ¶438).

5. Escola

No tema "Escola," investigou-se a experiência dos participantes com PHDA no contexto escolar, explorando as suas perceções em relação às dificuldades académicas, as interações com professores, as medidas de apoio disponíveis, as estratégias de aprendizagem utilizadas, as preferências por métodos de ensino e as dinâmicas sociais com os colegas.

Tabela 7

Tema 5

Tema 5	
Categoria	Unidade de Significado
Dificuldades Escolares vs Desempenho Escolar	"... Não consigo motivar-me para fazer nenhum trabalho. Sei que tenho que fazer, mas não quero, não me apetece.";".... Eu sinto que tenho que de me esforçar imenso...".

Professores	"Uns nunca repararam, ou sabem e já repararam, mas nunca perceberam o reforço extra."; " "...acho que uns professores envolvem e compreendem..., mas há muitos professores que não valorizam nada ..."
Medidas de apoio em sala de aula	"Eu estou à frente e antes tinha os testes fora da sala, liam-me o enunciado e fazia o teste fora da sala."; "Eu poderia ter mais tempo, mas eu não uso isso porque acho que não preciso...".
Estratégias de aprendizagem	"... faço um esforço para me interessar, por me fazer perguntas. Porque eu sinto que se eu fizer perguntas e se eu me interessar, isto é, se eu tirar as dúvidas, eu vou estar atenta porque a pessoa está ali a explicar–me ."
Melhores formas de aprender	"... há coisas que me puxam imenso. Por exemplo, quando é para fazer projetos, estou ali mesmo focada..."; ": ... resolver problemas...tipo inovadoras..."; "... porque motiva"; "Porque desperta mais a atenção.".
Relações com os Pares em contexto escolar	"Trabalho em grupo nunca é fácil, há sempre discussão entre os grupos, há sempre complicações.";"...trabalho de grupo eu gosto, porque toda a gente faz por mim."; "Se for um grupo pequeno, no máximo três pessoas, sim faria em grupo, mas a partir do momento em que são mais de três, preferia fazer sozinha...".

Dificuldades Escolares vs Desempenho Escolar. Encontrou-se uma perceção comum entre os participantes, de que os seus processos de aprendizagem, se revelam mais complexos e desafiantes do que para os seus pares sem PHDA. Estas dificuldades não estão apenas relacionadas com a compreensão de matérias teóricas, mas também com a motivação para realizar trabalhos escolares. Estas barreiras podem ser atribuídas, em parte, à natureza da PHDA, que frequentemente se manifesta em desafios de atenção, impulsividade e hiperatividade, que, por sua vez, podem influenciar o desempenho académico.

> "... há coisas que me puxam imenso..., mas escola, de todo não e tipo aulas... Eu tenho sempre boas notas, mas nos testes, nas aulas mais teóricas e imensas coisas, não consigo..." (Ana, ¶70).
>
> "... eu tenho sempre imensas ideias, mas assim trabalhos de escola, ..., isso não!" (Maria, ¶471).
>
> "... Não consigo motivar-me para fazer nenhum trabalho. Sei que tenho que fazer, mas não quero, não me apetece." (Miguel, ¶456).

A referência de Ana ao esforço extra necessário, comparando o seu tempo de estudo ao do seu namorado, é um testemunho pungente das adversidades enfrentadas por estes jovens:

> "…. Eu sinto que tenho que de se me esforçar imenso… o que eu faço em dez horas, ele (namorado) faz em uma … e às vezes nem sempre consigo… ainda em cima estou no 12ºano e sinto cada vez mais isso (¶249) … a pressão aumenta … está cada vez mais difícil e que não estou a alcançar de todo o que eu gostava de alcançar." (Ana, ¶251).

A Rita concorda e acrescenta que esse esforço extra nem sempre é suficiente: "Nem sempre! (consigo obter resultados bons) … eu tenho… amigos, que faltam às aulas e estão sempre a perturbar a aula … e tiram mesmo boas notas!!… Isso é mesmo muito chato!" (¶237).

Estes testemunhos demonstram que o foco não é apenas o resultado, mas o caminho e os meios para alcançá-lo. A sensação de que têm de trabalhar mais arduamente do que os colegas para obter resultados semelhantes é uma fonte potencial de frustração e stress.

Ao longo do *focus group*, constatou-se que a variação nas perceções sobre o desempenho académico está associada ao esforço extra exigido nas aprendizagens escolares.

Professores. Nesta categoria, foram analisadas as experiências de comunicação e colaboração com os professores, incluindo a perceção dos participantes sobre o apoio recebido dos docentes. Os participantes expressaram a sensação de que não são totalmente compreendidos pelos seus professores, especialmente no que concerne ao esforço adicional que têm de investir nas aprendizagens.

Esta discussão levou-os a refletir sobre a distinção entre professores de instituições públicas e privadas.

> "Não!… Tipo no colégio eu acho que sentia um bocado mais (compreendida)." (Maria, ¶256).
>
> "Uns nunca repararam, ou sabem e já repararam, mas nunca perceberam o esforço extra." (Miguel, ¶260).
>
> "Mas achas que eles percebem o quanto tu estudas? (¶269). E isso não te faz sentir incompreendida?" (Moderador, ¶271).
>
> "… um bocado (incompreendida)…. porque eu nas aulas, eu não estou atenta… e o que eu faço nos testes é o que eu estudei em casa, não é o que eu aprendi nas aulas." (Rita, ¶272).

A Ana e a Maria sublinharam que a sensibilidade dos docentes face à PHDA pode variar. Contudo, na sua experiência, os professores de escolas privadas valorizam mais o relacionamento com o estudante, empenhando-se mais pelo seu sucesso e oferecendo *feedback construtivo* e regular, juntamente com o reforço positivo.

"...então acho que uns professores envolvem e compreendem..., mas há muitos professores que não valorizam nada... depende também, da personalidade de cada professor (¶ 276) ... eu ando no colégio e ...é mesmo diferente ... há mais aquela relação professor aluno e eu sei que a minha DT me valoriza..."(Ana, ¶274).

"Para mim, só ouve uma professora que percebeu que eu fazia um esforço extra (¶258) ... Uns nunca repararam, ou sabem e já repararam, mas nunca perceberam o esforço extra (¶260) ... Nas escolas públicas?... não dá para prestar atenção aos professores, que são mais ou menos, alguns são bons, outros são horríveis...não sei como é que conseguiam trabalho..." (Miguel, ¶293).

Estes dados sublinham a importância de uma relação próxima entre aluno e professor, bem como da necessidade de estratégias consistentes de reforço positivo e feedback.

Medidas de apoio em sala de aula. Foram investigadas as medidas de apoio específicas implementadas em ambiente escolar para auxiliar os participantes com PHDA. Foram, ainda, discutidas as perceções dos participantes sobre a eficácia dessas medidas e como elas contribuíram para o seu desempenho escolar.

Os testemunhos dos participantes revelam uma dicotomia interessante: embora reconheçam a existência de medidas de apoio à disposição, muitos optam por não usufruir delas, mesmo reconhecendo que enfrentam alguns desafios. Há uma perceção subjacente de que esses apoios, não se alinham com as suas necessidades individuais: "Eu estou à frente e antes ... tinha testes fora da sala e .... Liam-me o enunciado..." (Ana, ¶112). Para a Rita, o facto de "ficar a olhar para o ar num teste" sugere os desafios que esta enfrenta em termos de concentração.

"Eu poderia ter mais tempo ou fazer os testes fora de aula, mas eu não uso isso porque acho que não preciso... (¶125). Por exemplo, nos testes de português, eu começo a ler os textos e quando reparo, estou só a olhar, não estou a ler nada. Depois tenho que recomeçar, e depois é ler o mesmo texto vinte vezes. Por isso acontece muito ficar a olhar para o ar num teste." (Rita, ¶131).

Se por um lado, a posição da Ana, pode indicar uma evolução na sua capacidade de adaptação ou, alternativamente, uma decisão consciente de enfrentar os desafios sem as referidas medidas de apoio. Por outro lado, a postura da Rita sugere uma certa resistência ou relutância em aceitar ou reconhecer a necessidade de apoios especiais.

Estratégias de Aprendizagem. Este tópico explorou as estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades de atenção e concentração, bem como as estratégias para melhorar o processo de aprendizagem. A Ana referiu que utiliza como técnica de estudo: "... faço um esforço para me interessar, por me fazer perguntas. Porque sinto que se eu fizer perguntas e se me interessar... eu vou estar atenta porque a pessoa está ali a explicar a mim." (¶112). Para a Rita, o barulho é um fator que promove a sua capacidade de concentração: "meto música na minha coluna e ligo o rádio atrás de mim.... o barulho... ajuda-me a concentrar." (¶487). Esta dicotomia de experiências realça a diversidade das necessidades dos estudantes e sublinha a importância de abordagens educacionais flexíveis que se adaptem a essas diferenças individuais.

Melhores formas de Aprender. Esta categoria, explorou as perceções dos participantes sobre as abordagens de ensino que consideravam mais motivadoras e que melhor se adequavam às suas caraterísticas pessoais. Os dados apresentados revelam uma clara preferência dos participantes por métodos de ensino que divergem do tradicional modelo expositivo. Este modelo, caracterizado por aulas predominantemente teóricas, parece não captar a atenção nem motivar os estudantes de forma eficaz.

> "... há de coisas que me puxam imenso... quando é para fazer projetos, ... estou ali mesmo focada..." (Ana, ¶70).
>
> "...tipo resolver problemas... e criar coisas novas ... eu ...tenho sempre imensas ideias... tipo inovadoras..." (Maria, ¶471).
>
> "Acho que gosto mais dessas! (p296). (de aulas menos expositiva e mais interativas) E de trabalhos e mais coisas assim (¶299) ... porque motiva" (Ana, ¶307).
>
> "Sim, sim...Porque desperta mais a atenção." (Maria, ¶301).

Estas observações sublinham a relevância de se reajustar as abordagens pedagógicas, dos benefícios do uso de tecnologias no ensino e de estabelecer ligações com o mundo real, com vista a tornar os conteúdos mais relevantes e compreensíveis para os jovens.

Relações com os Pares em Ambiente Escolar. Foram, ainda, analisadas as experiências de relacionamento em ambiente escolar. A experiência de trabalhos em grupo varia consideravelmente entre os participantes. Dificuldades e conflitos em grupos grandes é um tópico recorrente nos discursos dos participantes: "Trabalho em grupo nunca é fácil, há sempre discussão entre os grupos, há sempre complicações." (Miguel, ¶452).

A Maria diz preferir trabalhos de grupo: "... eu gosto porque toda a gente faz por mim... Mas tipo para fazer o trabalho, eu não faço nada, só apresento!" (¶458). Quando se questionou a Maria sobre se os colegas se incomodam com esta atitude, ela responde: "Sim, mas eu não quero saber" (¶462).

Para o Miguel "Depende do grupo!... Muitas vezes ... eu é que o faço trabalho todo, não apresento nada, não gosto de apresentar..." (¶467). Esta observação sugere não é apenas o tamanho do grupo que influencia a dinâmica entre os pares, mas também a natureza das relações individuais dentro do grupo. O trabalho em grupo no contexto escolar apresenta-se assim como uma faceta complexa do processo educativo. Enquanto algumas experiências de grupo são enriquecedoras outras podem ser fontes de conflito e ansiedade.

6. Dinâmicas entre Pares

No âmbito deste tema investigou-se as experiências dos participantes no que diz respeito às relações com os círculos de amigos, bem como a dinâmica das relações estabelecidas com outros indivíduos que também vivenciavam a PHDA.

Tabela 8

Tema 6

Tema 6	
Categoria	Unidade de Significado
Círculos de Amigos	"...eu tenho imensos amigos..."; "Eu gosto de estar sozinha ou com poucas pessoas, não me dou muito bem no meio de muita gente."; "... eu gosto muito mais de pensar sozinha..."
Relação com Outros com PHDA	"... tenho medo, se eu parar os comprimidos ser igual ele..."; "ele não consegue mesmo. Muito mais que nós as duas...".

Círculos de Amigos. Esta categoria proporciona *insights* sobre a dinâmica das relações interpessoais dos participantes e o impacto da PHDA nas interações com os outros. A maioria dos participantes identifica-se como indivíduos sociais.

"Eu ... gosto imenso de ... conhecer ... novas pessoas." (Ana, ¶17)

"Gosto ... de estar com amigos..." (Miguel, ¶363)

A preferência de alguns participantes por ambientes sociais mais restritos, contrastando com outros, aponta para a diversidade de perfis de socialização: "Eu gosto de estar sozinha ou com poucas pessoas, não me dou muito bem no meio de muita gente." (Rita, ¶19). Interessantemente, todos os participantes concordam que estar em grupos numerosos pode representar um desafio, em particular no que diz respeito à concentração e à comunicação eficaz.

> "... eu gosto muito mais de pensar sozinha (¶471).... quando temos tipo cinco amigas minhas... estamos a ter uma conversa, eu distraio-me completamente." (Maria, ¶471).

Relação com Outros com PHDA. Esta categoria proporciona uma visão detalhada de como os indivíduos com PHDA se relacionam com os seus pares que também vivenciam a mesma condição. É relevante realçar que a PHDA é uma condição heterogénea, o que implica que nem todos os adolescentes com PHDA viverão as mesmas experiências ou manifestarão os mesmos sintomas. Assim, enquanto alguns poderão identificar-se profundamente com os desafios dos pares com PHDA, outros poderão sentir que as suas vivências são bastante distintas.

As relações estabelecidas com colegas ou irmãos com PHDA revelam diferentes atitudes, como comparação, competição e rejeição.

> "Tenho um amigo que também tem. Ele é muito, muito mais hiperativo que eu. Ele mesmo que tome os comprimidos, ele salta de um lado para o outro sem motivo. Ou alguém diz qualquer coisa eu ele faz uma pergunta estupida instantaneamente, nem pensa por um segundo (Miguel, ¶211).
>
> "Ele é impossível, ele não consegue fazer nada (Ana, ¶433).

Ou atitudes de solidariedade, apoio e preocupação:

> "... ele já veio ter comigo para ajudá-lo a estudar, porque tem muitas dificuldades... e eu já o ajudei nisso." (Miguel, ¶211).

Ao longo do *focus group*, constata-se que os participantes formam as suas perceções acerca de si mesmos e sobre o seu "sucesso" ou "normalidade", com base em constantes comparações com os seus colegas.

7. Autoperceções e o Futuro

Este tema visa oferecer *insights* sobre a autopercepção dos participantes, incluindo a forma como a PHDA influencia sua identidade e autoimagem, bem como o impacto dessas perceções nas suas vidas e nas suas expetativas de futuro. Foram analisadas as categorias autoestima e frustração;

sensação de diferença; desejos de mudança; conflitos de identidade; e as perceções em relação ao seu futuro.

Tabela 9

Tema 7

Tema 7		
Categoria/Subcategoria		Unidade de Significado
Autoestima e frustração		"Eu não sou inteligente, não tiro boas notas, não sei tocar música..."; "tenho amigos, que faltam às aulas e estão sempre a perturbar a aula e não estudam quase nada, estão sempre a combinar, e faltam imensas vezes à escola ou chegam atrasados... e tiram mesmo boas notas!...".
Sensação de diferença		"Eu não me sinto diferente!"; "Eu por acaso acho que as pessoas são um bocado diferentes, por causa de serem assim..."; "...eu de hiperatividade e dessas partes focais sinto-me muito diferente, de resto sinto que sou igual."
Desejos de mudança		"...a questão do foco, porque eu conseguiria fazer o mesmo que faço agora, mas em menos tempo."; "Se eu pudesse mudar algo, era a falta de motivação..."
Conflitos de Identidade	Características da PHDA versus Personalidade	"Eu acho que é só uma forma de estar minha.";" Sim, acredito nisso plenamente (é a minha personalidade)."
	Múltiplos "Eus"	"...eu não gosto nada de estar quieta, adoro ir aqui e depois ali, descobrir novidades e conhecer pessoas...";"eu não consigo ter foco nenhum a estudar"; "Quando eu não tomo os comprimidos eu falo imenso, quando tomo, fico mais calado."
Receios, preocupações e expectativas de futuro		"...talvez não seja assim tão simples como as outras pessoas"; "Em certas coisas pode afetar drasticamente os resultados, de coisas que possa não conseguir ter, alguns trabalhos que não consiga fazer."

O tema das **perceções pessoais** dos participantes relativamente à PHDA proporciona uma rica e complexa visão sobre as interações entre a identidade individual e as representações sociais da

perturbação. O facto de que muitas vezes estas perceções são carregadas de negatividade, revela uma dimensão mais profunda e muitas vezes oculta das experiências vividas por estes jovens.

Nesta análise, verificou-se que no testemunho Rita, refere-se a si mesma e à sua condição com um tom de resignação, sublinhando a ideia de que ser uma pessoa com PHDA torna a vida familiar mais desafiante: "A minha mãe, ela já suspeitava... a pobre coitada vive comigo..." (¶218). Já Ana, ao referir-se ao seu irmão, destaca as preocupações futuras que a sua mãe poderá ter: "... a minha mãe coitada... vai ter um trabalho com ele no futuro e já está a ter..." (¶433).

Autoestima e Frustração. Esta categoria concentrou-se na análise das experiências dos participantes que contribuíram para a baixa autoestima, bem como a forma como a PHDA influenciou os sentimentos de frustração. Os participantes também forneceram informações sobre o impacto emocional da PHDA, nomeadamente quando se referem ao ter de fazer um esforço extra e à frustração, em que apesar disso, nem sempre conseguem atingir os objetivos. Da mesma forma verificamos na narrativa da Ana e da Maria o impacto na sua auto-estima.

"Eu não sou inteligente, não tiro boas notas, não sei tocar música..." (Ana, ¶186).

"(boas notas?) Nós não." (Maria, ¶235).

"... a mãe acredita mais que a Maria é uma cabeça... comigo ela quis lá saber!" (Ana, ¶329).

O Miguel refere que não tem nenhum interesse em particular e que não gosta da sua maneira de ser quando medicado e que isso já levou a "...até já perdi amigos..." (¶361). A Maria e a Ana sentem-se frustradas, com o facto de ter que estudar tanto, para conseguir os mesmos resultados dos outros, principalmente porque os outros podem fazer muito mais coisas no mesmo período e na maioria das vezes, acabam por obter melhores resultados que ela: "... no outro dia, ... um amigo meu... estava ao mesmo tempo ... a ouvir e estava virado para trás a falar comigo e depois, do nada, vira-se para a frente, a perguntar uma coisa tipo sobre a matéria eu fiquei-me tipo Ahhh..." (Maria, ¶237). Este sentimento de frustração é transversal a todos os participantes e todos eles referem, que a nível escolar têm que fazer um esforço extra. A Ana fala da pressão que sente em relação aos resultados escolares e sobre a frustração de demorar muito mais que os outros e muitas vezes não conseguir alcançar os resultados que pretendia.

Sensação de Diferença. A pesquisa explorou como os participantes com PHDA percecionaram a sua própria diferença em relação aos outros. Esta sensação, especialmente em contextos sociais e escolares, pode ser uma experiência marcante para jovens, particularmente para aqueles que convivem com a PHDA. Através de testemunhos dos participantes, conseguimos perceber

a amplitude e complexidade desta questão. Por um lado, temos a Maria, que expressa uma aceitação de si mesma, indicando que, embora reconheça a sua diferença, ela é aceite como parte integrante de si mesma: “Eu por acaso acho que as pessoas são um bocado diferentes, por causa de serem assim, não sei.... Por terem isto.” (¶573). Esta perspetiva é reforçada por Rita, que vê a diferença como: “... é um bocado de eu tentar aprender a viver com isso.” (¶566), o que sugere uma aceitação mais relutante ou, pelo menos, um processo de adaptação em curso. A Ana, por outro lado, diz: “Não! Eu não me sinto diferente!” (¶579), enquanto o Miguel distingue em diferentes facetas da sua experiência com a PHDA: “Sim, eu de hiperatividade e dessas partes focais sinto-me muito diferente, de resto sinto que sou igual.” (¶581).

Desejos de Mudança. A categoria "Desejos de Mudança," explorou as características pessoais que os participantes desejavam alterar em si mesmos e as razões subjacentes a esses desejos. Para a maioria dos participantes, a falta de foco é a sua maior dificuldade, pois impede-os de atingir os seus objetivos. Desta forma, quando os participantes são questionados sobre o que gostariam de mudar neles mesmos, todos mencionam o foco, como via para obter melhores desempenhos escolares.

> “Eu acho que também era a questão do foco, por exemplo, no contexto escolar, porque eu conseguiria fazer o mesmo que faço agora, mas em menos tempo” (Rita, ¶149).
>
> “Se eu pudesse mudar algo, era a falta de motivação... nunca consigo motivar-me para continuar e por isso acabo sempre a meio” (Miguel, ¶153).

Conflitos de Identidade. Esta categoria centra-se nos desafios relacionados com a sua identidade pessoal e proporciona uma compreensão mais profunda das complexidades da identidade desses indivíduos no contexto da PHDA. Ao analisarmos as declarações dos participantes, emergem questões relevantes no que toca à dicotomia entre personalidade e características da PHDA. Para além disso, os participantes revelam múltiplas "versões" de si mesmo, conforme os contextos e situações em que se encontram.

Características da PHDA versus Personalidade. Os participantes demonstram uma narrativa incerta acerca da sua própria identidade. Confrontados com a questão sobre as primeiras três palavras ou frases que associam à PHDA, o Miguel respondeu “eu”, enquanto que outros atribuem a características da sua maneira de ser.

> "...antes atribuía tudo à personalidade e ainda o faço."(Rita, ¶142).

Muitos confundem a sua personalidade com as características da PHDA, revelando dificuldades no que são características da PHDA e o que é inerente à sua personalidade. A confusão entre a PHDA e a sua identidade revela uma ambiguidade na autopercepção dos participantes.

Estas perceções podem resultar da internalização das caraterísticas da PHDA como traços intrínsecos à sua maneira de ser e estar, o que pode levar a potenciais conflitos de identidade e à difícil aceitação do diagnóstico.

Múltiplos "Eus". Refere-se à investigação das diferentes identidades que os indivíduos com PHDA podem experimentar em diferentes situações, incluindo o "eu" sem a influência da PHDA, o "eu" com PHDA e o "eu" quando estão a tomar a medicação. Cada participante revela diferentes aspetos de si mesmo, independentemente da PHDA - o "Eu":

> "... eu não gosto de nada de estar parada, gosto imenso de ir para ali depois ir para acolá, conhecer novas coisas... eu gosto de mim como eu sou..." (Ana, ¶17).
>
> "Eu gosto muito de música, e toco imensos instrumentos (¶69) ... e gosto de desenhar (¶160)... No meu caso, eu estudo por mim e tiro boas notas." (Rita, ¶331).
>
> "Sou inteligente (¶185) ...acabo sempre os testes muito rápido, sempre tirei boa nota." (Miguel, ¶136).
>
> "... eu acho que quando estou com os meus amigos, é a minha maneira de ser... e acho bom ser assim." (Maria, ¶147).

O "Eu" e a PHDA:

> "... eu sinto... que isso (a PHDA) é uma dificuldade, que muitas vezes a nível escolar, pelo menos a mim é mais a nível escolar (¶32) ... eu não consigo ter foco nenhum a estudar."(Ana, ¶95).
>
> "... eu tenho imensos desenhos inacabados (¶160) .... eu perco-me na conversa... esqueço-me." (Rita, ¶38).
>
> "... eu tenho muita criatividade, mas não tenho maneira de expressa-la. Sempre que eu tento aprender a fazer alguma coisa... nunca consigo motivar-me para continuar... (Miguel, ¶153).
>
> Maria: "...começo a falar para o lado, mesmo sem intenção de dizer alguma coisa...eu distraio-me completamente da conversa, porque tipo não sei..." (¶479).

O "Eu" sob Medicação:

> " não queria tomar algo que pudesse mudar alguma coisa (¶349) ... comecei a ficar mesmo ansiosa (¶351) ... eu passava o dia assim... (faz movimentos de deglutição com a boca e bate sucessivamente com o pé no chão) ... e não comia..." (Ana, ¶353).

" Quando eu não tomo os comprimidos eu falo imenso, quando tomo, fico mais calado (¶46) ... fico no meu cantinho e não faço praticamente nada..." (Miguel, ¶361).

A forma como os participantes percecionam a PHDA e a integram na sua autoimagem revela a complexidade e a ambivalência das experiências destes adolescentes.

Receios, Preocupações e Expectativas de Futuro. Nesta categoria, a pesquisa centrou-se nas ansiedades, preocupações e expectativas dos participantes em relação ao seu futuro. Os testemunhos dos participantes sugerem uma perceção do futuro como algo incerto e repleto de adversidades. Os participantes parecem ter incorporado uma perceção de si mesmos como estando em desvantagem em comparação com os seus pares.

"…. Talvez não é assim tão simples como as outras pessoas …" (Rita, ¶566).

"Eu acho que sou tipo diferente, vejo isso mais junto dos meus amigos, tipo em conversas (¶559) …, mas que cá em Portugal é um bocado difícil ter assim uma vida diferente." (Maria, ¶568).

O sucesso académico e a obtenção de um emprego digno e significativo são preocupações recorrentes. Quando questionados se receiam o futuro, o Miguel responde: "Mais ou menos... Em certas coisas pode afetar drasticamente os resultados, de coisa que possam não conseguir ter, alguns trabalhos que não consiga fazer." (¶583).

Já a Ana, alude à pressão associada ao término do 12º ano, um marco educativo que está associado à transição para a idade adulta: "...eu acho que também é isso, ainda por cima... estou numa fase, um bocado... decisora da minha vida. Estou a acabar o 12º ano e pronto, é um bocado uma pressão... e isso (PHDA) tem impacto na minha vida." (¶587).

O receio relacionado com a medicação é também evidente, especialmente no testemunho de Miguel. Este expressa preocupações duplas: por um lado, a relutância em continuar com a medicação e, por outro, o receio das consequências comportamentais da sua descontinuação, nomeadamente o receio de se tornar igual a seu amigo "...eu tenho medo, de parar os comprimidos e de ser igual ele." (¶402).

CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DE DADOS

O presente estudo centrou-se na compreensão das perceções, experiências e expectativas futuras dos adolescentes com PHDA.

A literatura sublinha a necessidade de se aprofundar este conhecimento, com o intuito de desenvolver intervenções mais ajustadas e eficientes, que estejam em consonância com as realidades e necessidades destes jovens (Chan & Martinussen, 2016; Eccleston et al., 2019). Neste contexto, ancorando-se na premissa internacionalmente reconhecida de que crianças jovens têm o direito de participar e serem ouvidos em decisões que que lhes dizem respeito, este estudo procurou dar voz aos adolescentes com PHDA.

Com o intuito de aprofundar a compreensão dos dados recolhidos, este capítulo retoma os objetivos gerais desta investigação, que servirão de eixo central para a discussão dos resultados. Numa abordagem que visa a complementaridade entre a teoria e o conhecimento empírico, os dados anteriormente apresentados num sistema de temas e categorias, são agora debatidos à luz da revisão da literatura previamente efetuada.

1. Recolher e analisar os significados que os adolescentes com PHDA atribuem ao seu diagnóstico e compreender de que forma este significado reflete a relação que estabeleceram com a condição.

Para compreender a experiência dos adolescentes com PHDA, é essencial conhecer os significados que estes atribuem ao seu diagnóstico. Estes significados não só espelham a relação que mantêm com a sua condição, mas também determinam a forma como se percecionam e interagem com o mundo à sua volta (Young & Cocallis, 2019).

Neste estudo, ao investigar o percurso que levou ao diagnóstico dos participantes, constatou-se que a maioria foi diagnosticada através de serviços psicológicos, seja em ambiente escolar ou em consultas privadas. As razões para procurar estes serviços variaram, desde a orientação profissional ao apoio às dificuldades académicas e a quadros de ansiedade. Tanto a Rita como o Miguel descreveram o seu diagnóstico como algo que surgiu "por acaso", sugerindo uma possível minimização da sua relevância. A grande parte dos participantes pareceu subestimar o impacto de ser diagnosticado com PHDA. Esta postura parece ser moldada pelas perceções dos pais e dos colegas, que, de acordo com os relatos dos participantes, não deram grande ênfase ao diagnóstico. Esta perspetiva é sustentada

pela literatura que indica que as perceções dos adolescentes com PHDA acerca desta perturbação são influências por fatores externos, como o contexto escolar, familiar e pelos pares (Andersson Frondelius et al.,2019; Botha et al., 2023; Ringer, 2019,2020).

Os participantes deste estudo atribuíram diferentes significados à PHDA, que informavam sobre as suas interpretações pessoais do diagnóstico. Para alguns, era caracterizada como uma "dificuldade" ou um "desafio", enquanto para outros era percecionada como uma “desvantagem acadêmica”. Esta diversidade de perceções é confirmada por diversos estudos, que mostram que os adolescentes com PHDA têm diferentes conceções sobre esta perturbação vendo-a como: uma condição médica ou “deficiência”; um défice académico; uma perturbação comportamental ou emocional; uma faceta da sua personalidade; ou algo "normal" (Andersson Frondelius et al., 2019; Avisar & Lavie-Ajayi, 2014; Brinkman et al., 2012; Charach et al., 2014; Knipp, 2006; Sikirica et al., 2015; Wiener & Daniels, 2016).

Os participantes manifestaram dificuldades em identificar uma causa para a PHDA. O debate sobre a etiologia estava entrelaçado com questões de identidade e influências do meio, revelando uma compreensão limitada sobre este tema. Apenas a Maria fez referência a uma causa relacionada com o funcionamento cerebral, no entanto não conseguiu desenvolver esta visão.

A maioria dos participantes não considera a PHDA como uma "doença", embora reconheça a necessidade de um diagnóstico e, em alguns casos, de medicação. Esta visão é corroborada pelo estudo de Krueger e Kendall (2001). A literatura também reflete esta perspetiva, indicando que os adolescentes têm diferentes formas de compreender a PHDA, sendo que apenas uma minoria a classifica como doença (Avisar & Lavie-Ajayi, 2014; Brinkman et al., 2012; Charach et al., 2014; Knipp, 2006; Sikirica et al., 2015; Wiener & Daniels, 2016).

Os participantes da investigação de Singh (2011) categorizaram as suas visões sobre a PHDA em duas vertentes: a do "desempenho" e a do "comportamento". Os que se identificaram com a vertente do "desempenho" caracterizaram a PHDA como um problema associado à aprendizagem, enquanto os da vertente "comportamento" descreviam-na como um distúrbio associado ao comportamento.

Neste estudo verificamos que os participantes tendem a ver a PHDA como um nicho de desempenho, face à associação imediata da PHDA ao contexto escolar. No entanto, a maioria reconhece que a PHDA não se limita ao contexto escolar, mas também se estende a outros contextos da sua vida, como as interações familiares e as relações com os pares. Esta perceção é validada pelos estudos de Varma e Wiener (2020) que sublinham que os jovens com PHDA estão cientes dos seus

sintomas, embora possam não avaliar corretamente a gravidade das suas dificuldades (Chan & Martinussen, 2016).

Durante a sessão do grupo de discussão, verificamos que alguns participantes tinham uma visão ampliada das suas competências. Esta característica foi particularmente evidente na Maria, que valorizava o "ser diferente" como uma competência para atingir objetivos que, segundo ela, em Portugal não eram possíveis. Partilhou ainda que se considera uma pessoa inovadora e que adora a sua maneira de ser. O seu diagnóstico de PHDA parece servir apenas de justificação para às suas áreas de menor desempenho. Esta observação vai de encontro com o que está descrito na literatura como o Positive Illusory Bias (PIB) ou viés ilusório positivo (Hoza et al., 2002). Vários estudos destacam que certos jovens com PHDA manifestam este viés, traduzindo-se em autopercepções exageradamente positivas e uma sensação inflacionada da própria competência, quando comparados com avaliações de outros, como pais, professores e profissionais de saúde (Hoza et al., 2002; Owens et al., 2007). Segundo Hoza et al. (2002), a presença de PIB em adolescentes com PHDA pode ser interpretada como um mecanismo de autoproteção face ao contexto escolar. Contudo, é importante notar que esta perceção elevada sobre si próprio pode estar parcialmente relacionada com o desenvolvimento de comportamentos de risco, nomeadamente na condução e no comportamento sexual (Hoza et al., 2016).

A maioria dos participantes sentiu que a PHDA é frequentemente vista de forma negativa pela sociedade. Esta perceção é evidenciada pelos comentários do Miguel e da Rita, que referem que as reações externas variam entre “presta atenção” (Miguel, ¶200), a indiferença e a estranheza. Os estudos de Walker-Noack et al. (2013) e de Polanczyk et al. (2014) reforçam esta perspetiva, evidenciando que os adolescentes com PHDA sentem que a sociedade está desinformada sobre esta condição, contribuindo para o estigma e os estereótipos associados.

Os participantes demonstraram diferentes formas de se relacionar com o diagnóstico de PHDA. Na sua maioria demonstraram desvalorizar o impacto de receber um diagnóstico de PHDA, atitude que parece ser influenciada pelas opiniões de pais e colegas. Outros reconhecem e aceitam o seu diagnóstico, mas circunscrevem-no a um contexto específico, como o escolar. Por outro lado, um dos participantes reflete sobre o seu diagnóstico, descrevendo-o simultaneamente como um sentimento de alívio ou uma justificação para certas caraterísticas ou momentos de menor desempenho. Ghosh et al. (2016) destacou esse sentimento de alívio sentido pelos jovens com PHDA após serem diagnosticados, concluindo que este oferecia uma razão para as dificuldades que enfrentavam. De forma semelhante, Young et al. (2015) realçaram que o diagnóstico pode atenuar os sentimentos de inadequação dos

jovens com PHDA, uma vez que os comportamentos anteriormente incompreendidos ou criticados passam a ser vistos à luz de uma condição específica.

A visão apresentada pelos participantes deste estudo sugere que a PHDA é percecionada predominantemente pelos seus aspetos negativos, enquanto que os aspetos positivos são vistos como intrínsecos à sua maneira de ser e não relacionados com a perturbação. Contudo, a maioria dos participantes enfatizou que o diagnóstico de PHDA não se traduziu em alterações significativas no seu dia a dia. Apenas um dos participantes revelou que o diagnostico teve um impacto emocional profundo. Estas observações encontram paralelismo na literatura científica. O'Connor e McNicholas (2020), numa revisão multidisciplinar, concluíram que o diagnóstico tem um papel multifacetado na formação da autocompreensão e da identidade dos jovens. Enquanto este pode oferecer alívio e compreensão, também pode levar à estigmatização. O diagnóstico, ao clarificar os sintomas como resultantes de uma condição específica e não de falhas individuais, pode proporcionar alívio (Eccleston et al, 2019). Contudo, também pode apresentar desafios na aceitação social e autopercepção (O'Connor & McNicholas, 2020).

A análise dos significados atribuídos ao diagnóstico, revela a complexidade da relação que os participantes estabelecem com a PHDA após serem diagnosticados. Isso inclui a forma como compreendem, aceitam ou contestam a condição e o impacto desta na sua identidade e nas relações com os outros.

2.Conhecer as perceções dos adolescentes com PHDA sobre o impacto desta perturbação:

Na Perceção sobre Si Próprios

A transição para a adolescência é marcada por mudanças significativas na autoperceção dos jovens, influenciada por crenças e valores adquiridos através da família, escola e sociedade (Cole, M. & Cole, S., 2003). Erikson (1968) destaca que a formação da identidade é o desafio central desta fase. No entanto, para adolescentes com PHDA, esta formação de identidade é permeada por desafios adicionais.

Os dados recolhidos neste estudo evidenciam que os participantes atribuem diferentes significados ao diagnóstico de PHDA, e estes significados moldam a forma como se veem (O'Connor & McNicholas, 2020). A literatura sugere que muitos adolescentes com PHDA experienciam ambivalência em relação à sua própria identidade, colocando a autoestima e a identidade no cerne da sua

autopercepção (Gallichan & Curle, 2008; Singh et al., 2010; Wolraich et al., 2005).

A generalidade dos participantes considera a PHDA, como uma característica intrínseca à sua maneira de ser, mas simultaneamente discutem múltiplas "versões" de si mesmo: o “eu”; o “eu com PHDA” e o “eu medicado”. A literatura destaca a experiência de tomar medicação e o seu impacto na identidade (Bussing et al., 2012, 2013; Brinkman et al., 2012; Eccleston et al., 2019; Newlove-Delgado et al., 2018; Ringer, 2019, 2020; Travel & Visser, 2006). A Rita, por exemplo, vê benefícios académicos na medicação, enquanto o Miguel sente que a medicação suprimiu parte da sua “personalidade”. A Ana, por sua vez, expressa preocupações quanto à possibilidade de perder a sua autenticidade, sugerindo um conflito entre os benefícios da medicação e a preservação da identidade. As diretrizes europeias (NICE, 2019) e o estudo de Price et al. (2022) sublinham a importância da comunicação entre médicos, jovens diagnosticados e outros intervenientes. Esta comunicação é crucial para apoiar os jovens com PHDA na transição dos serviços de saúde mental infantil para os de adultos.

A autopercepção dos participantes revela uma tendência para se sentirem em desvantagem em relação aos seus pares. Esta autopercepção, quando internalizada, pode ter implicações significativas na autoestima (Harpin et al., 2016; Rasmussen et al., 2018). Avisar & Lavie-Ajayi (2014) e Eccleston et al. (2019) corroboram esta ideia, sugerindo que dado que a medicação, visar modificar características pessoais como a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção, é compreensível que esta tenha um impacto significativo no autoconceito e na autoestima dos envolvidos.

O testemunho da Ana é um exemplo, de como a PHDA pode impactar a autoestima, especialmente quando menciona as baixas expectativas da mãe e a perceção de que os outros são mais eficientes nas suas tarefas. Os participantes deste estudo, expressaram sentimentos de inadequação e de baixa eficácia, especialmente quando confrontados com as expectativas dos outros. Muitos estudos indicam que os adolescentes com PHDA enfrentam desafios significativos, onde as suas características os impedem de cumprir normas sociais valorizadas (Brinkman et al., 2012; Gallichan & Curle, 2008; Hallberg et al., 2010; Cullen et al., 2016). Os resultados deste estudo estão alinhados com os de Schoeman et al. (2017) e Botha et al. (2023), onde os participantes expressaram sentir-se diferentes e estigmatizados.

O Miguel percebe-se como diferente dos outros no que concerne à hiperatividade, mas em muitos outros aspetos, identifica-se com os seus pares. A Maria, por sua vez, vê a sua singularidade como uma parte integrante de quem é. A Rita, embora reconheça ser diferente, acredita que é uma realidade com a qual vai ter de se adaptar. Os participantes expressaram “desejos de mudança” na sua capacidade de concentração e motivação, o que pode refletir uma antecipação das exigências futuras

ou um desejo profundo de serem aceites e de pertencerem a um grupo.

O desejo profundo destes jovens em “pertencer” é evidenciado em estudos como o de Hanai et al. (2021). O sentimento de pertença faz com que os adolescentes com PHDA se sintam capazes e competentes e está associado a melhorias na motivação e satisfação, conduzindo a sentimentos de "bem-estar e normalidade" (Hanai et al., 2021; Öster et al., 2020; Ringer,2020).

A análise dos dados evidenciou uma interação significativa entre a identidade dos participantes e a perceção social associada à sua condição. Tanto a Rita como a Ana expressaram sentimentos de culpa e compaixão, transmitindo a sensação de serem um peso para as suas famílias. Enquanto a Rita parece resignar-se à sua situação, a Ana mostra-se preocupada com os futuros desafios que a sua condição possa impor à sua mãe. Estas declarações sublinham que a PHDA não é apenas uma questão individual, mas também um desafio familiar que gera preocupação e tensão.

No Contexto Familiar

A análise das declarações dos participantes evidencia que a família, especialmente a mãe, desempenham um papel preponderante na gestão e compreensão da PHDA. Os participantes destacam a figura materna como um pilar de estabilidade nas suas vidas e uma fonte de motivação. Esta perceção alinha-se com estudos que destacam o papel central das mães nas famílias portuguesas tradicionais (Santos, 2017; Oliveira et al., 2019). A literatura indica que o estilo educativo materno, interage com os sintomas de PHDA (Cavallina, Pazzagli, Ghiglieri & Mazzeschi, 2015). Barkley e Fischer (2019) sublinham a importância de analisar as famílias com membros com PHDA como unidades de interações interpessoais, para melhor compreender as suas dinâmicas e a influência da sintomatologia da PHDA.

O Alexandre perceciona os seus pais como uma unidade, mencionando que estes adotam uma postura mais liberal na parentalidade. Já a Rita, ao sublinhar a comunicação franca com a mãe, destaca um estilo parental que promove a autonomia e o desenvolvimento individual. O estilo parental democrático, caracterizado por normas claras, mas aberto ao diálogo, espelha as abordagens parentais modernas que incentivam o desenvolvimento autónomo, mas protegido, dos adolescentes (Cavallina, Pazzagli, Ghiglieri & Mazzeschi, 2015). As referências da Maria e da Ana sobre as variações de comportamento da mãe realçam a multifacetada natureza do papel materno, que por vezes exige equilibrar firmeza e flexibilidade.

A literatura destaca frequentemente que as relações entre pais e filhos com PHDA tendem a ser mais difíceis e propensas a conflitos, resultando em abordagens parentais mais rígidas e autoritárias (Barkley, 2015; Johnston & Mash, 2001; Lange et al., 2010). No entanto, os testemunhos

dos participantes deste estudo contrariam esta visão, retratando um ambiente familiar onde prevalecem estilos parentais democráticos, com os pais/mães a surgirem como pilares de motivação e suporte emocional. Ainda assim, é inegável a complexidade inerente às relações familiares. Os participantes salientaram sentir pressões, especialmente no que diz respeito ao desempenho académico e à adesão à medicação. A pressão no que diz respeito ao desempenho académico, parece ser uma constante, variando em intensidade entre os participantes. A Ana atribui esta diferença a expectativas maternas mais baixas sobre as suas competências. A Maria admite sentir-se ligeiramente mais pressionada, mas não lhe dá grande importância. O Miguel destaca a pressão relacionada com a medicação, referindo "Imagina que é um dia que eu não tomo os comprimidos... passado um bocadinho estão logo.... É os comprimidos, tens que tomar os comprimidos!". Esta pressão é também sentida pela Ana e corroborada pela Maria. Os participantes expressaram que, apesar de sentirem a pressão relacionada ao seu desempenho académico, é a pressão associada à medicação que origina a maior parte dos conflitos.

De acordo com Faraone et al. (2021), os jovens com PHDA tendem a ter relações fraternas mais conflituosas, registando-se uma prevalência de disputas duas a quatro vezes superior em comparação com os seus pares. Nesta investigação, observou-se que, apesar dos conflitos mencionados pelos participantes com os seus irmãos, estes também destacaram momentos de cumplicidade, evidenciando a riqueza das relações fraternas. A diferença de idades revelou-se determinante na intensificação de experiências positivas, especialmente quando partilham fases de desenvolvimento similares. Contudo, esta mesma diferença pode conduzir a experiências menos harmoniosas quando os estágios de crescimento e os interesses começam a divergir.

Ter um irmão diagnosticado com PHDA apresenta desafios específicos. Tanto a Ana como a Maria referiram dificuldades na interação com o seu irmão mais novo, igualmente com PHDA, bem como nas dinâmicas da relação entre ambas. O testemunho destas participantes, revela ainda uma preocupação latente com o futuro do seu irmão e com as preocupações que este virá a dar à sua mãe. É essencial compreender melhor as diferenças na qualidade de vida entre irmãos de jovens com PHDA (Heryputri et al., 2020). Embora muitos irmãos destes jovens sintam irritação e cansaço, também valorizam os momentos de cumplicidade e a oportunidade de crescerem de forma mais resiliente e empática (Heryputri et al., 2020).

No Contexto Escolar

Os resultados deste estudo evidenciam que a maioria dos participantes enfrenta dificuldades académicas, sentindo que o processo de aprendizagem é mais desafiante para eles em comparação

com os seus pares sem PHDA. Estas dificuldades não se limitam apenas à compreensão ou assimilação de conteúdos teóricos, mas estendem-se também à motivação para realizar tarefas escolares, conforme expresso pelo Miguel. A técnica de estudo adotada pela Ana, que combina autoquestionamento com uma procura ativa de interesse pela matéria, destaca-se como uma estratégia eficaz para manter a atenção e promover a aprendizagem. Esta abordagem proativa parece ser fundamental para superar os desafios associados ao processo de aprendizagem. A literatura sublinha que o contexto escolar é particularmente desafiador para muitos adolescentes com PHDA (Barkley, 2015; DuPaul & Stoner, 2003; Oliveira et al., 2017). Os estudos revelam que estes jovens tendem a ter um rendimento académico inferior e são frequentemente avaliadas abaixo dos seus pares em comportamentos cruciais para o sucesso escolar, como participação ativa nas aulas, motivação para aprender, competências interpessoais e técnicas de estudo (Barkley, 2015; DuPaul & Stoner, 2003; Oliveira et al., 2017). Estas barreiras podem ser atribuídas, em parte, à natureza da PHDA, que frequentemente se manifesta em desafios em manter a atenção, impulsividade e hiperatividade, que, por sua vez, podem influenciar o desempenho académico (Kos, Richdale & Hay, 2006).

É de destacar a dualidade das perceções dos participantes acerca do seu desempenho escolar. Enquanto alguns afirmam conseguir alcançar um bom desempenho académico, outros, como a Maria, expressam que, mesmo com um esforço extra, nem sempre conseguem atingir os resultados desejados. Esta consciência de que é necessário um esforço maior para alcançar resultados semelhantes aos dos seus pares, o que nem sempre se verifica, revelou ser uma fonte de frustração e sentimentos de incompetência. Além disso, a definição de sucesso para estes jovens revela-se complexa e multifacetada. Embora o rendimento escolar seja reconhecido como um indicador de sucesso, o seu valor intrínseco é questionado quando resulta de um esforço desproporcional em relação aos seus pares, diminuindo a sua autoeficácia. Esta relação entre autoeficácia e desempenho académico é ainda mais evidente quando consideramos estudos como os de Tabassam & Grainger (2002), que indicam que alunos com PHDA e uma PAE comórbida tendem a ter crenças de autoeficácia académica menos positivas em comparação com os seus pares de funcionamento normal. Adicionalmente, a literatura sugere que o sucesso académico tem um papel determinante na auto-perceção académica dos alunos. Guay et al. (2003) sublinha que o sucesso académico influencia diretamente a forma como os alunos se percecionam no contexto escolar. Esta interação entre sucesso académico e autoperceção pode ajudar a explicar as discrepâncias nas perceções dos participantes sobre o seu desempenho escolar.

A análise dos dados destacou a perceção dos participantes sobre a compreensão e apoio dos

professores face aos desafios impostos pela PHDA. Esta perceção revela-se fundamental para a motivação e o sucesso académico dos alunos. Muitos participantes sentem que o esforço adicional que a aprendizagem lhes exige não é devidamente reconhecido ou valorizado pelos docentes. A Rita, por exemplo, expressou preocupação com a possibilidade de os professores interpretarem a sua distração como desinteresse ou preguiça. Esta perspetiva pode levar a avaliações incorretas e deteriorar a relação aluno-professor. Adicionalmente, os participantes observaram diferenças na abordagem dos docentes em escolas públicas e privadas. Na experiência dos participantes, os professores de escolas privadas estão mais comprometidos com o sucesso dos seus alunos, oferecendo um feedback construtivo e regular juntamente com o reforço positivo. As experiências relatadas pelos participantes estão em linha com estudos anteriores. Singh (2011) e Kendall (2016) verificaram que os alunos do seu estudo relataram experiências de estigma por parte dos professores, sentiram um apoio limitado e, em alguns casos, sofreram experiências de humilhação. Estes sentimentos de alienação e exclusão são corroborados por Dunne e Moore (2011) e Honkasilta et al. (2016), que descrevem que os adolescentes com PHDA avaliaram o comportamento dos professores como: desproporcionado; traumatizante; negligente e injusto. No entanto, nem todas as experiências são negativas. Travell e Visser (2006) descobriram que aproximadamente metade dos alunos sentiu-se ouvida e compreendida pela maioria dos professores. Esta perceção positiva é reforçada por Gallichan e Curle (2008), que destacam a preferência dos adolescentes por professores que demonstrem encorajamento, aprovação e validação. Shattell, Bartlett e Rowe (2008) sublinham a importância dos professores no desenvolvimento da motivação intrínseca nos alunos com PHDA, enquanto MacLean, Krause e Roger (2023) enfatizam o papel crucial do docente na vida destes alunos. Ewe (2019) e Horan et al. (2016) reforçam a importância de uma relação positiva entre professores e alunos, associando-a ao desempenho académico, autoeficácia e comportamentos pró-sociais.

Os participantes revelaram ainda, uma clara preferência por abordagens pedagógicas que divergem do tradicional modelo expositivo. A ênfase na resolução de problemas e na inovação, tal como referido pela Maria, sugere que os alunos de hoje valorizam o desenvolvimento de competências práticas e criativas, mais do que a simples assimilação de conteúdos. O comentário da Ana sobre a sua capacidade de concentração quando envolvida em projetos sublinha a relevância de metodologias de ensino mais ativas e de estratégias como Aprendizagem Baseada em Problemas. Esta abordagem baseia-se na premissa de que os alunos adquirem conhecimentos e competências de forma mais eficaz quando envolvidos em projetos práticos e significativos, em oposição à mera memorização mecânica (Zambrano et al, 2022).

Nas Dinâmicas entre Pares

Ao longo da trajetória escolar, os adolescentes com PHDA, além dos desafios associados ao desempenho académico, enfrentam também dificuldades sociais relacionadas com a sua integração na comunidade escolar (Oliveira & Pereira, 2021).

No contexto deste estudo, a dinâmica de interação com os pares e a integração em grupos de amigos, revelou variações individuais evidentes. A grande maioria dos participantes descreveu-se como sociável, uma característica comum na adolescência, fase em que a aceitação e a sensação de pertença a um grupo são fundamentais para o desenvolvimento psicossocial (Eccleston et al., 2019). No entanto, a discussão sobre as dinâmicas de grupo em contexto escolar destaca a pluralidade de experiências dos participantes. As atividades em grupo assumem um papel preponderante, permitindo aos alunos desenvolver competências colaborativas e enfrentar desafios de coordenação, comunicação e negociação.

Constatou-se que os participantes foram consensuais entre eles quanto às suas perspetivas sobre os desafios que grupos numerosos apresentam em termos de manter a concentração e estabelecer uma comunicação eficaz. O Miguel, por exemplo, destaca as complicações nos trabalhos em grupo, que podem ir desde diferenças de opinião até a desequilíbrios na divisão de tarefas. Por outro lado, a Maria tende a delegar tarefas nos colegas, enquanto o Miguel assume uma postura mais proativa. A Maria reconhece que os colegas se incomodam com a sua atitude, mas afirma que "não quer saber", sugerindo uma relação mais conflituosa com os pares em contexto académico. Já o Miguel expressa uma preferência por assumir a execução do trabalho, evitando a apresentação oral, sugerindo uma possível ansiedade social. Ao contrapor estes resultados com a literatura existente, verifica-se que os adolescentes com PHDA têm uma maior propensão para experienciar conflitos nas suas interações com os pares (Faraone et al., 2021). Esta vulnerabilidade é corroborada por diversos estudos que apontam que os adolescentes com PHDA, comparativamente aos seus pares, têm menos amizades, são mais propensos a serem vítimas de bullying e enfrentam frequentemente situações de rejeição por parte dos colegas (Grygiel et al., 2018; Hoza et al., 2016; Wiener, 2020).

3.Compreender as suas atitudes em relação à medicação.

A medicação para PHDA foi um tema central nas discussões, especialmente para o Miguel e para a Ana que questionou se haveria um momento específico para discutir sobre os "comprimidos". Esta ênfase destaca a importância de abordar o papel dos medicamentos na vida dos adolescentes com PHDA. As opiniões sobre o tema divergiram consideravelmente entre os participantes. Após o

diagnóstico, a medicação era a abordagem padrão, com escassas menções a intervenções psicológicas ou sociais. A maioria tinha experiência com a medicação, nomeadamente com o metilfenidato e a lisdexamfetamina, refletindo a prática de recorrer a fármacos para gerir os sintomas da PHDA. Um dos participantes referiu mudar para um medicamento genérico devido a razões financeiras, ressaltando o custo associado ao tratamento farmacológico da PHDA, uma observação apoiada por Fernandes, Almeida e Alfaiate (2018) que destacam a PHDA como uma das patologias crónicas mais onerosas.

As perceções dos adolescentes com PHDA acerca da medicação são multifacetadas e complexas, evidenciando a individualidade de cada um na resposta ao tratamento. A maioria vê a medicação como um instrumento vital para gerir os sintomas, especialmente em relação à concentração e desempenho académico. Estas observações estão alinhadas com estudos de Knipp (2006) e Singh et al. (2010), que constataram que adolescentes com PHDA reconhecem os benefícios funcionais da medicação, especialmente no contexto escolar e familiar.

Contudo, esta eficácia não é sentida por todos, destacando-se a ideia de que, apesar dos benefícios comportamentais, a medicação tem associado custos emocionais e sociais. Desta forma, alguns dos participantes expressam as suas preocupações sobre os efeitos secundários da medicação, como insónias, perda de apetite ou alterações de humor. Estas preocupações são corroboradas por diversos estudos que sublinham a extensão dos efeitos secundários da medicação, tanto a nível físicos como emocional (Avisar e Lavie-Ajayi, 2014; Brinkman et al., 2012; Charach et al., 2014; Knipp, 2006).

As perceções dos participantes sobre a medicação revelam que esta não é apenas uma ferramenta clínica, mas também um elemento que influencia a construção da identidade e a interação social. O Miguel falou sobre o impacto emocional da medicação, sentindo que perde parte da sua identidade. A Ana, por sua vez, apesar de ter observado melhorias no desempenho escolar com a medicação, expressou o receio de perder a sua autenticidade. A sua interrupção da medicação destaca que, embora a medicação seja comum, nem todos a veem como uma solução sustentável ou eficaz. Brinkman et al. (2012) exploraram as razões que levam à interrupção ou reinício da medicação em jovens com PHDA, concluindo que é uma prática comum neste grupo etário, em que os adolescentes exercem mais controle sobre as escolhas.

Os comentários do Miguel e da Ana, quanto aos efeitos secundários da medicação sugere que, a medicação pode promover comportamentos, com implicações significativas no quotidiano de muitos indivíduos, especialmente em relação à sua socialização e à perceção de si mesmo, podendo levantar preocupações sobre o balanço entre os benefícios da medicação - como a melhoria da concentração ou a atenuação de comportamentos disruptivos - e os possíveis efeitos secundários que limitam a

interação e participação ativa do indivíduo nas suas atividades diárias.

O Miguel partilha que deseja descontinuar a medicação, mas que os pais não permitem, levando a sentir-se invalidado e incompreendido em relação à medicação. Estudos como os de Avisar e Lavie-Ajayi (2014) e Brinkman et al. (2012) salientam que, apesar dos protestos dos jovens face aos efeitos secundários da medicação, muitas vezes, os pais e os profissionais não consideram outra opção de tratamento. Esta postura pode fazer com que os jovens se sintam desempoderados e invalidados (Avisar & Lavie-Ajayi, 2014; Brinkman et al., 2012; Charach et al., 2014).

A literatura revela ainda que, em alguns casos, os adolescentes ocultam a decisão de interromper a medicação, enquanto os pais insistem na sua administração. Esta dinâmica evidencia uma lacuna na abordagem dos profissionais de saúde, que muitas vezes não reconhecem ou não abordam adequadamente as preocupações dos adolescentes, contrariando as diretrizes atuais que promovem o envolvimento ativo dos jovens no desenvolvimento dos seus cuidados e serviços assim como a tomada de decisões partilhada (NICE, 2019).

4.Conhecer a sua influência na tomada de decisões sobre as intervenções terapêuticas.

Travell e Visser (2006) questionaram a eficácia a curto prazo da medicação em comparação com o potencial impacto psicológico a longo prazo, argumentando que a voz do adolescente com PHDA deve ser considerada nos processos de avaliação e intervenção. A capacidade de tomar decisões informadas sobre o próprio tratamento é crucial para garantir a adesão, a eficácia do tratamento e o bem-estar geral dos jovens PHDA (NICE, 2019). O conceito de "poder de decisão" é fundamental ao longo da trajetória de desenvolvimento humano, particularmente na transição da adolescência para a vida adulta (Brinkman et al., 2012; Bussing et al., 2012, 2013; Eccleston et al., 2019; Ringer, 2019, 2020; Travel & Visser, 2006).

A transição da adolescência para a idade adulta no contexto da PHDA, esta etapa é marcada por desafios e pela procura de autonomia e independência, que é acentuada por direitos legais que surgem com a maioridade, como o de tomar decisões relativas à própria saúde (Carr-Fanning & Guckin, 2018; Newlove-Delgado et al., 2018; Travel & Visser, 2006).

As experiências da Ana e do Miguel oferecem visões diferentes, mas complementares, sobre a capacidade de decisão no contexto clínico. Para a Ana atingir a maioridade, foi um marco de independência e autonomia. O simples ato de entrar sozinha nas consultas médicas torna-se um momento simbólico, sinalizando uma alteração na sua interação com os profissionais de saúde. Este novo contexto, permitiu que a Ana sentisse tinha um papel mais ativo na tomada de decisão sobre o

seu próprio tratamento. Esta mudança na dinâmica é crucial, pois, como indicado por Newlove-Delgado et al. (2018), a relação terapêutica e a perceção da qualidade desta relação são fundamentais para a experiência dos jovens com PHDA.

Por sua vez, Miguel apresenta uma realidade contrastante. A presença constante da sua mãe nas consultas, embora possa ser interpretada como um sinal de cuidado e proteção, também pode ser vista como uma barreira à sua autonomia. Esta relação, na qual a voz do Miguel pode ser inadvertidamente ofuscada, ressoa com as descobertas de Carr-Fanning & Guckin (2018).

Neste estudo constata-se, que muitos jovens com PHDA, não se sentem plenamente ouvidos ou envolvidos no processo terapêutico, o que pode ter implicações significativas na sua adesão ao tratamento e na sua relação com os profissionais de saúde (Carr-Fanning & Guckin, 2018).

Apesar da medicação ser, frequentemente, a primeira linha de tratamento para a PHDA, a relevância das intervenções não farmacológicas tem sido cada vez mais enfatizada (Moore et al., 2016; NICE, 2019).

5.Compreender as suas preocupações e expetativas relativamente ao futuro.

Os testemunhos dos participantes sugerem uma perceção do futuro como algo incerto e repleto de adversidades. O sucesso académico e a obtenção de um emprego digno e significativo são preocupações recorrentes. A análise dos dados revela ainda uma autopercepção associada a sentimentos de menor competência, o que pode ter repercussões significativas na autoestima e motivação, agravando sentimentos de insegurança e ansiedade face ao futuro. Diversos estudos confirmam que adolescentes com PHDA enfrentam desafios significativos, uma vez que as suas características pessoais podem dificultar a satisfação de padrões e expectativas sociais valorizados como o bom desempenho académico (Brinkman et al., 2012; Gallichan & Curle, 2008; Hallberg et al., 2010; Cullen et al., 2017).

A ênfase dada pelos participantes, à educação e à obtenção de um emprego significativo reflete a centralidade destas áreas na construção de um projeto de vida. Contudo, é importante considerar que, apesar da sociedade ocidental valorizar o sucesso académico, nem todos os estudantes se adaptarão a este padrão, podendo explorar outras competências (Wiener e Daniels 2016). Gallichan e Curle (2008) descreveram esta discrepância entre expectativas e as capacidades como 'encaixar pinos quadrados em buracos redondos' e notaram que seus participantes não experimentaram dificuldades onde o 'buraco' (ou seja, ambiente) se adaptou ao 'pino' (ou seja, a criança). Desta forma, concluiu que o desencontro entre o jovem com PHDA e o seu ambiente era responsável por uma menor auto-estima

e um sentido mais negativo de si próprio.

6.Conhecer as suas dificuldades, necessidades e a importância dos apoios.

A tríade composta por dificuldades, necessidades e apoio é fundamental para compreender a experiência dos participantes. Primeiro, são evidenciadas as dificuldades enfrentadas, que abrangem desafios a níveis emocional, cognitivo e comportamental. A meta-análise de Faraone et al. (2021) evidenciou que a PHDA acarreta prejuízos significativos na qualidade de vida dos adolescentes com esta perturbação. Estes prejuízos estendem-se ao funcionamento emocional, social e académico (Lee et al., 2016). Estas dificuldades, por sua vez, moldam e definem as necessidades específicas dos participantes, que procuram apoio e ferramentas para ultrapassar ou lidar com tais desafios. Os estudos de Gallichan e Curle (2008) e de Krueger e Kendall (2001) demonstraram que muitos jovens sentiram que estas dificuldades poderiam ser superadas com o devido apoio. Por fim, os apoios recebidos, quer sejam de natureza formal ou informal, são essenciais para auxiliá-los a superar estes desafios e atender às suas necessidades específicas. Newlove-Delgado et al. (2018) enfatizam que o apoio, seja ele formal ou informal, juntamente com os processos maturacionais, promove o auto-desenvolvimento e a consolidação da identidade.

A literatura revela que os desafios enfrentados por crianças e adolescentes com PHDA vão além dos três sintomas principais: hiperatividade, desatenção e impulsividade (Wehmeir, Schacht & Barkley, 2010). Esta constatação alinha-se com os dados deste estudo, que indicam que os sintomas de PHDA nos adolescentes, são diversificados, abrangendo desde dificuldades académicas até falta de foco, motivação e interesse. A variedade de sintomas e desafios descritos pelos participantes realça a complexidade e as diversas formas como esta condição se manifesta. Thapar et al. (2017) salientam que, apesar de existirem várias características associadas à PHDA, nem todas as crianças diagnosticadas exibem todas elas. Os adolescentes deste estudo também partilharam que têm dificuldades na gestão do tempo, na persistência nas tarefas e na motivação. Estas constatações são corroboradas pelos estudos de Singh (2011) e Padilla-Petry et al. (2018), onde crianças e jovens com PHDA relataram enfrentar desafios semelhantes.

Apesar de identificarem diferentes fatores que influenciam os seus sintomas, a maioria dos participantes conclui que é algo que não conseguem controlar. Gallichan e Curle (2008) alertam que esta perceção de falta de controlo sobre os sintomas, e consequentemente sobre as suas vidas, destaca a necessidade de mais informação, especialmente acerca de formas de gestão dos seus sintomas.

Os resultados deste estudo sublinham a necessidade dos adolescentes com PHDA em obter mais informação sobre estratégias de gestão dos sintomas. Esta necessidade vai além da medicação, englobando diversas estratégias comportamentais e cognitivas que podem ser cruciais para gerir os sintomas da PHDA (Moore et al., 2016; NICE, 2019).

Esta constatação está em sintonia com Öster et al. (2020), que enfatizam que a insuficiência de conhecimentos sobre a gestão do stress e a ausência de estratégias de gestão dos sintomas, constituem desafios significativos para crianças e adolescentes com PHDA. Neste estudo reforçou-se que as próprias crianças reconhecem a necessidade de ampliar os seus conhecimentos sobre como lidar com problemas relacionados com o stress (Öster et al., 2020).

Ao analisar o conhecimento dos participantes acerca da PHDA, foi evidente que, apesar de estarem familiarizados com a condição há algum tempo, o seu conhecimento era, em grande medida, limitado. Os participantes reconheceram a importância dos sintomas e da trajetória da PHDA ao longo da vida, mas revelaram lacunas significativas em áreas como a etiologia e as estratégias de gestão dos sintomas. Este facto é especialmente relevante, pois uma compreensão aprofundada da PHDA pode ser fundamental para a gestão eficaz dos sintomas e para o bem-estar (Eccleston et al., 2019). Climie e Henley (2018) também concluíram que o conhecimento das crianças sobre a PHDA é limitado, e Bussing et al. (2012) identificaram equívocos sobre a condição, mesmo entre aqueles que tinham um bom conhecimento geral sobre a PHDA.

A necessidade de mais informação é evidente nas palavras de Miguel, que menciona que com o tempo vai aprendendo mais sobre a PHDA (¶90), ou no relato da Rita, que afirma que precisa aprender a conviver com esta condição (¶566). Esta necessidade sublinha a importância da capacitação através do conhecimento. Compreender a PHDA não só ajuda os adolescentes a gerir melhor a sua condição, como também pode ser uma ferramenta poderosa na luta contra o estigma associado (McDougal et al., 2022). A literatura sublinha ainda a relevância da psicoeducação e da promoção de competências psicossociais (Eccleston et al., 2019). Estas competências são cruciais para enfrentar os desafios da vida, tomar decisões informadas e gerir o ambiente interno e externo de forma eficaz (NICE, 2019).

Para os adolescentes com PHDA, a necessidade de conhecimento acerca PHDA e de estratégias de gestão dos sintomas é particularmente premente na transição dos serviços pediátricos para os de adultos. Newlove-Delgado et al. (2018) verificaram que os jovens com PHDA faziam poucas referências a intervenções não farmacológicas e revelaram muitas incertezas em torno da medicação e da sua gestão nesta transição. Concluíram assim que o acesso à informação é particularmente

relevante nesta fase do desenvolvimento e que este promove a independência, o sentimento de competência e a participação ativa nas tomadas de decisão (Eccleston, 2017).

Ao analisar os resultados deste estudo em paralelo com a literatura existente, verificamos que a PHDA é, muitas vezes, associada a desafios académicos. Neste estudo, uma das principais observações foi a ligação quase imediata da PHDA ao ambiente académico, sugerindo que esta condição é frequentemente vista como um obstáculo primariamente educacional. Esta perceção é reforçada pelas declarações dos participantes, que sentem que o processo de aprendizagem é intrinsecamente mais desafiante para eles em comparação com os seus pares que não têm PHDA. Flanigan e Climie (2018) e Kos, Richdale e Hay (2006) apontam que os jovens com PHDA são facilmente reconhecíveis em contexto escolar. Estes jovens tendem a demonstrar falta de motivação, desafios na gestão eficaz do tempo, dificuldades na memória a curto prazo e desafios na persistência nas tarefas.

Ao analisar as perceções dos participantes em relação ao contexto escolar, verificou-se a relevância da relação professor–aluno, realçando a necessidade de que esta relação seja próxima. Estas reflexões alinham-se com o que é apresentado na literatura.com Ewe (2019) que realça a importância das relações de entre professores e alunos. Horan et al. (2016) e Chan & Martinussen (2016), sublinham uma relação positiva entre eles associada a diversos benefícios, como o desempenho académico, a autoeficácia, comportamentos pró-sociais e relações interpessoais.

Os dados deste estudo sublinham a necessidade de que estes adolescentes sentem, em verem o seu esforço (extra) reconhecido assim como a importância de abordagens educativas que vão de encontro às suas caraterísticas especificas. Oliveira e Pereira (2021) e Pfiffner (2006) sublinham que face aos desafios que a PHDA pode trazer no processo de aprendizagem é necessário implementar planos de intervenção específicos, cujo propósito assenta na diferenciação e adaptação pedagógica às necessidades individuais de cada um destes alunos.

Os resultados deste estudo revelaram ainda uma dicotomia interessante: embora os participantes reconheçam a existência de medidas de apoio à sua disposição, muitos optam por não usufruir delas, como verificamos no discurso da Ana, da Rita e do Miguel. Há uma perceção subjacente de que esses apoios, não se alinham necessariamente às suas necessidades individuais para além disso verificamos que a relutância em aceitar estas medidas reflete as suas dificuldades em aceitar ou reconhecer a necessidade de apoios especiais. Estas atitudes podem sugerir uma falta de perceção sobre as suas dificuldades, receio de serem vistos de forma diferente ou de se protegerem do estigma associado ao diagnóstico. Esta dificuldade em reconhecer a dimensão das suas dificuldades, está

descrita em vários estudos (Chan & Martinussen, 2016; Eccleston et al., 2019; Varma & Wiener, 2020; Wiener & Daniels, 2016) e pode estar associada ao Positive Illusory Bias (PIB) descrito por Hoza et al. (2002).

Ao longo da análise do discurso dos participantes, encontrou-se necessidade de uma abordagem centrada nas potencialidades dos adolescentes com PHDA. Esta perspetiva sugere que, em vez de se focar exclusivamente nos desafios e dificuldades associados à PHDA, é fundamental reconhecer, valorizar e celebrar as capacidades, talentos e potencialidades únicas destes jovens (Bowen & Greenway, 2022). Esta visão vai ao encontro à mudança paradigmática que se tem vindo a observar na literatura sobre a PHDA.

O exercício "Famosos com PHDA" sublinha a relevância de reconhecer exemplos positivos e inspiradores na comunidade da PHDA. A observação da Maria, ao comparar a PHDA com o exemplo de pessoas em cadeiras de rodas, revela uma perspetiva otimista e resiliente, sugerindo que as adversidades podem desencadear potencialidades singulares e converter desafios em oportunidades. Esta perspetiva destaca a importância de reconhecer e valorizar forças em vez de limitações. Eccleston et al. (2019) também sublinhou a necessidade de uma abordagem validadora e centrada nos pontos fortes, tanto na avaliação como na intervenção.

Da análise dos dados, emergiu claramente a necessidade de aceitação, valorização, compreensão e pertença por parte dos adolescentes. Tal como qualquer outro adolescente, os participantes deste estudo anseiam por ser aceites e compreendidos no seu contexto. Eles aspiram a ser reconhecidos pelas suas capacidades e talentos, e não meramente pela sua condição de PHDA. Esta necessidade de não serem reduzidos à sua condição é uma manifestação clara do desejo de integração e aceitação social. Contrapondo com a literatura, Eccleston et al. (2019) numa revisão sistemática, sublinharam a importância que os adolescentes com PHDA atribuem ao reconhecimento, compreensão, validação e seriedade com que são tratados. Também Hanai et al. (2021) destaca a necessidade destes jovens sentirem pertença, reconhecimento e aceitação.

Os participantes evidenciaram uma marcada necessidade de autonomia, independência e autoeficácia por parte dos adolescentes. Para Eccleston et al. (2019), à medida que os adolescentes com PHDA amadurecem, o seu desejo de independência e autonomia na gestão seus sintomas e desafios aumenta exponencialmente. Os testemunhos recolhidos sugerem que estes adolescentes se percecionam como menos competentes e eficazes do que os seus pares, destacando ainda dificuldades em iniciar e concluir tarefas, o que reflete desafios ao nível da auto-motivação e persistência. Enggaard et al. (2020) sublinham a importância de intervenções que promovam o

envolvimento ativo dos adolescentes com PHDA no seu processo terapêutico.

Neste estudo verificamos ainda o papel decisivo dos psicólogos, não só no diagnóstico, mas também no fornecimento de ferramentas e estratégias adaptativas. O relato da Rita ilustra bem esta realidade, onde a psicóloga não se limitou ao diagnóstico, mas forneceu ferramentas que potenciaram um melhor desempenho escolar e social. O estudo de Enggaard et al. (2020) corrobora estas observações e sublinha a necessidade de relações de apoio para os adolescentes com PHDA. Este estudo destaca os pais e professores como pilares fundamentais no apoio a estes jovens.

A literatura sugere ainda que a família, e em particular os pais, desempenham um papel crucial na educação e apoio diário das crianças com PHDA (Eccleston, 2017). Estas perspetiva são corroboradas pelos participantes do nosso estudo, que identificam a figura materna como um pilar fundamental de motivação e apoio emocional.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES GERAIS

No presente capítulo serão apresentadas as conclusões mais significativas deste estudo, em consonância com os objetivos inicialmente definidos. Serão ainda enunciadas as limitações sentidas ao longo do processo de investigação bem como recomendações para investigações futuras.

A Perturbação de Hiperatividade | Défice de Atenção (PHDA) é a perturbação neurodesenvolvimental mais comum na infância e adolescência, com um impacto significativo no bem-estar emocional e na qualidade de vida.

Apesar do enquadramento legal que prevê a participação ativa de crianças e adolescentes e enfatiza a importância de os ouvir, a literatura dedicada à PHDA na adolescência revela que as suas vozes são muitas vezes silenciadas num campo de estudo dominado por perspetivas parentais, escolares e dos próprios profissionais de saúde.

Face às lacunas em integrar as perceções dos adolescentes com PHDA, o presente estudo teve por finalidade ouvir estes jovens e compreender as suas perceções, experiências e expectativas de futuro.

Para compreender as perceções e experiência dos adolescentes com PHDA, é essencial conhecer os significados que estes atribuem ao seu diagnóstico. Estas interpretações refletem não só a sua relação com a condição, mas também influenciam a sua autoperceção e a forma como se relacionam com o mundo (Young, 2019).

Diversas pesquisas demonstram que os adolescentes com PHDA têm diferentes conceções sobre esta perturbação. De igual forma, verificamos que os participantes deste estudo foram apresentando diferentes significados acerca da PHDA: por uns descrita como “dificuldade” ou “desafio”, por outros entendida como “desvantagem académica”.

No que respeita às causas da PHDA, as suas explicações estavam entrelaçadas com questões de identidade e de influência contextual, sendo que as caraterísticas da PHDA eram maioritariamente vistas como a sua “maneira de ser”. Apesar de uma imediata associação da PHDA ao contexto escolar, estes jovens reconheceram que a PHDA não se limita, mas pelo contrário se estende a outros âmbitos da sua vida, como interações familiares e relações entre pares. Rejeitando a noção de doença associada à PHDA, os adolescentes deste estudo entendiam, no entanto, que há um processo diagnóstico e uma possível necessidade de medicação.

De forma geral, sentem que a PHDA é percecionada negativamente pela sociedade, reforçando o estigma e os estereótipos a ela associados. Salientam também que a sociedade, ou se mostra indiferente à sua condição, ou os vê como “estranhos”. Estas atitudes provocam nos participantes

sentimentos de ansiedade social e insegurança. Acresce ainda o receio quanto ao futuro e à sua aptidão para se afirmarem na sociedade.

A maioria dos participantes salientou que o diagnóstico de PHDA não se traduziu em alterações significativas ao seu dia a dia, tendo sido aceite com naturalidade. Apenas um dos participantes revelou que o diagnóstico teve em si um impacto emocional profundo.

A análise dos múltiplos significados atribuídos ao diagnóstico revelou a complexidade da relação estabelecida entre os participantes e a PHDA. Alguns aceitam o seu diagnóstico, mas limitam-no a contextos específicos, como o académico, enquanto outros sentem nele o alívio de uma justificação para as dificuldades que enfrentam; há, contudo, aqueles que o questionam.

A visão apresentada pelos participantes deste estudo sugere que a PHDA é percecionada predominantemente pelos seus aspetos negativos, atribuindo os aspetos positivos à sua personalidade intrínseca e não à perturbação em si. Para O'Connor e McNicholas (2020) o diagnóstico tem um papel multifacetado na formação da identidade e autocompreensão dos jovens.

Constatamos que a autoperceção dos adolescentes com PHDA revela frequentemente um sentimento de desvantagem face aos seus colegas. Muitos expressaram sentimentos de inadequação e de baixa autoeficácia, agravados pelas expectativas externas.

Um dos participantes diz sentir-se diferente dos demais no que toca à hiperatividade, mas identifica-se com os seus pares em vários aspetos. Alguns valorizam a sua singularidade, enquanto outros aceitam e aprendem a conviver com as suas diferenças.

O impacto da PHDA na autoestima destes jovens é patente no seu discurso, particularmente no testemunho de um dos participantes que mencionou que as expectativas da família relativamente às suas capacidades eram inferiores às da sua irmã. A sensação predominante entre os participantes era de menor competência face aos demais. Alguns manifestaram inclusivamente sentimentos de culpa, por vezes, sentindo-se um fardo para as respetivas famílias.

As suas perceções de autovalor, no âmbito académico, são determinadas pela sua realização académica em relação aos seus pares, apurando-se ainda que a autoperceção dos participantes era influenciada pelas atitudes desses mesmos pares, tal como dos seus pais.

Neste estudo, os participantes destacaram o papel central da família, especialmente da mãe, na gestão da PHDA, sendo vista como um pilar de estabilidade e motivação. Contrariamente ao que a literatura frequentemente sugere sobre relações conflituosas entre pais e filhos com PHDA, estes adolescentes descreveram um ambiente familiar mais democrático e de apoio. Contudo, a complexidade das dinâmicas familiares é patente, com a medicação a surgir como o principal foco de

tensão, ultrapassando mesmo as pressões relativas ao desempenho escolar.

A investigação também destacou uma dualidade nas relações entre irmãos. Apesar dos conflitos relatados, são evidentes os momentos de cumplicidade, o que sublinham a riqueza destas ligações. Adicionalmente, ter um irmão com PHDA traz desafios específicos, como períodos de exaustão.

Verificamos que a maioria dos participantes tem dificuldades académicas e sente que aprender é mais desafiante do que para quem vive sem PHDA. À exceção de um participante, que referiu técnicas de estudo, todos pareceram necessitar de mais conhecimento sobre métodos de estudo e de gestão do tempo.

Os participantes sentem, frequentemente, que os docentes não reconhecem o seu esforço de aprendizagem. Acreditam que os professores de escolas privadas demonstram maior comprometimento com o sucesso dos alunos, proporcionando *feedback* e reforço positivo. Sentem-se frequentemente incompreendidos pelos professores e destacam a importância do apoio e compreensão destes para a sua motivação e desempenho académico.

Este estudo revelou também que, do ponto de vista dos participantes, as medidas de apoio à aprendizagem não estão adequadas às suas necessidades e que por isso não são necessárias. Naturalmente, isto levanta questões sobre a forma como essas medidas têm sido operacionalizadas.

Encontramos diferentes perceções sobre o seu desempenho escolar. Alguns sentem que atingem bons resultados, enquanto outros – mesmo com um esforço extra – não alcançam o sucesso desejado, gerando sentimentos de frustração e incompetência.

O conceito de sucesso para estes jovens é complexo. Apesar de valorizarem o rendimento escolar, questionam o seu mérito por exigir um esforço muito maior do que o dos colegas.

Os participantes valorizam abordagens pedagógicas que enfatizem competências práticas e criativas, em detrimento do tradicional modelo expositivo. Destaca-se a relevância de métodos ativos, como a Aprendizagem Baseada em Problemas, que promovam a assimilação de conhecimentos através de projetos práticos, contrapondo-se à mera memorização.

A discussão sobre dinâmicas entre pares, destaca a pluralidade de experiências dos participantes. Constatou-se que os participantes foram consensuais quanto aos desafios que um grupo numeroso apresenta à sua concentração e eficaz comunicação. Mostraram, ainda, dificuldade em manter-se atentos a conversas que não sejam de seu interesse, o que representa uma barreira nas suas relações interpessoais. Os trabalhos de grupo, em contexto escolar, sugerem uma relação de maior conflito com os seus pares.

Apesar de mais ou menos sociais, todos revelaram a necessidade de momentos de isolamento, tanto por vontade própria como motivados pelo efeito da medicação.

Nesta investigação constatou-se o papel central que a medicação tem na vida dos adolescentes diagnosticados com PHDA. Os participantes manifestaram diversos efeitos secundários, como ansiedade, tiques, falta de apetite e dificuldades em adormecer. Alguns relataram experimentar ajustes na dosagem da medicação, na tentativa de minimizar tais efeitos. Uma questão emergente foi a sua perceção da potencial alteração de "personalidade" devido à medicação. Todos concordaram com a sua eficácia no âmbito académico, mas, para dois participantes, a análise entre custo-benefício era negativa.

A investigação constatou que a voz dos participantes não é considerada nas decisões terapêuticas, o que parece comprometer a sua adesão ao tratamento. Com a chegada da maioridade surge uma autonomia superior nas decisões médicas, sendo que uma das participantes decidiu interromper o tratamento ao atingir essa fase. Verificou-se ainda que os participantes tinham pouco conhecimento sobre intervenções psicossociais que pudessem complementar o tratamento farmacológico.

Ainda que a medicação seja a principal e mais frequente abordagem, é crucial diversificar as estratégias de intervenção, incorporando terapêuticas não farmacológicas e promovendo uma visão mais holística. As intervenções devem ser desenvolvidas em parceria com o adolescente, priorizando a sua voz e o seu envolvimento no processo terapêutico. É imperativo capacitar estes jovens, assegurando que estejam bem informados e preparados para tomar decisões sobre as diversas opções de tratamento disponíveis.

A capacitação torna-se particularmente crucial na transição para a vida adulta, um período que exige um apoio reforçado. A literatura enfatiza a importância da comunicação entre médicos, jovens e outros intervenientes, sobretudo durante a fase de transição para os serviços de saúde mental adulta.

Este estudo mostrou que os participantes têm uma visão do futuro marcada pela incerteza, com o sucesso académico e a aspiração a um emprego digno a emergirem como preocupações centrais. Estas preocupações sublinham o papel crucial da educação e da realização profissional na construção de um projeto de vida bem-sucedido.

Adicionalmente, os "desejos de mudança" manifestados, especialmente no que concerne à concentração e motivação, parecem indicar tanto uma antecipação de desafios futuros quanto um desejo profundo de pertencimento. Esta necessidade de pertencer não se resume apenas à aceitação social, mas também à procura por autonomia e independência.

Os dados obtidos evidenciam a diversidade de dificuldades sentidas pelos participantes, desde dificuldades académicas até desafios na gestão do tempo, persistência em tarefas e motivação. Ainda que os participantes identifiquem variados fatores que influenciam os seus sintomas, a perceção predominante é a dificuldade em controlá-los.

Uma das necessidades encontradas neste estudo foi a necessidade de mais conhecimentos por parte dos participantes sobre a sua perturbação, de forma a compreende-la melhor e também compreenderem-se melhor a si mesmo. Encontramos ainda a necessidade de mais informação sobre estratégias de gestão dos sintomas, que vão além da medicação, de forma a sentirem que estão em controle dos sintomas e da sua própria vida, permitindo-lhes encontrar caminhos para o sucesso.

Esta necessidade por informação estende-se igualmente a pais e professores. Quanto mais informados estiverem, mais adequadamente poderão agir, contribuindo para a redução do estigma ligado à perturbação.

A formação dos professores emerge como um elemento crucial neste contexto e a relação entre docente e aluno como determinante para o sucesso académico. Para os participantes a relação com os professores e a capacidade destes em demonstrar empatia e compreensão são cruciais na sua trajetória académica.

Os participantes manifestaram o desejo por aprendizagens mais atrativas, que estabeleçam ligações com o mundo real, tornando os conteúdos mais relevantes e compreensíveis. Estas observações realçam uma tendência crescente no mundo educacional: a necessidade de reconfigurar as abordagens pedagógicas para melhor atender às expectativas e necessidades dos alunos contemporâneos.

Os adolescentes deste estudo expressaram ainda o desejo de serem aceites, ouvidos e reconhecidos. Querem se sentir mais capazes e não diferentes dos outros. Além disso, desejam ter um papel mais ativo nas decisões sobre as suas intervenções terapêuticas.

Considera-se assim, imperativo que os jovens diagnosticados com PHDA sejam providos de oportunidades que lhes permitam desenvolver competências que garantam que os seus pontos de vista e desejos sejam respeitados. Uma abordagem possível passa por capacitar estes jovens com ferramentas de autodefesa, permitindo-lhes comunicar e fazer valer os seus direitos e objetivos de forma eficaz.

Uma abordagem centrada nas competências e nas forças participantes destes adolescentes é fundamental para fortalecer a sua autoestima, bem-estar e resiliência. O empoderamento apresenta-se como a estratégia pertinente para responder aos seus desafios, potenciando a autoconceito, a

autoeficácia e a capacidade de autoadvocacia.

Os participantes revelaram que os seus principais apoios provieram da família e dos psicólogos. O acompanhamento dos psicólogos é valorizado, e os pais são vistos como pilares de apoio emocional e motivação.

Esta tríade - dificuldades, necessidades e apoios - proporciona uma visão abrangente da experiência dos participantes, reforçando a necessidade de uma intervenção holística, personalizada na PHDA. A adoção de fórmulas holísticas e centradas no potencial individual contextualizam tanto os pontos fortes como as dificuldades de cada adolescente, permitindo-lhes consolidar uma identidade valorizada em vez de se sentirem definidos pela sua condição. Reconhecer e responder adequadamente às necessidades multifacetadas destes jovens é determinante para o seu bem-estar e sucesso em sociedade, tanto nas escolas como no seio familiar.

Neste estudo, foi possível constatar a importância da interação entre adolescentes com PHDA, permitindo uma troca de experiências e sentimentos com outros que partilhem a sua condição, o que fortifica a compreensão mútua.

Esta investigação vai para lá da mera discussão sobre o diagnóstico da PHDA na adolescência, dando destaque às narrativas pessoais e vida às estatísticas, ao revelar que por trás de cada diagnóstico há um adolescente com sonhos, emoções e potencial. Cada participante, com sua singularidade, compartilhou histórias repletas de desafios, conquistas e esperanças. Ouvindo atentamente as suas vozes, não só compreendemos os obstáculos e as estratégias que usam para enfrentar o dia a dia, mas também conhecemos suas paixões, desejos e expectativas de futuro.

Através das suas experiências, obtivemos uma compreensão mais profunda das suas perceções acerca da PHDA, e também pistas valiosas para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas e intervenções mais adaptadas às suas realidades e necessidades.

Urge sensibilizar a sociedade, os profissionais de saúde e os educadores para a necessidade de desenvolver estratégias de apoio que respeitem a individualidade de cada adolescente e, ao mesmo tempo, os empodere a perseguir os seus sonhos e aspirações, independentemente dos desafios que a PHDA possa apresentar.

Uma compreensão mais profunda das suas necessidades, pode conduzir a melhorias concretas na sua qualidade de vida, permitindo-lhes realizar todo o seu potencial.

Ao ouvirmos atentamente os adolescentes com PHDA, não lhes reconhecemos apenas a voz, mas fornecemos também a chave de um futuro mais pleno, através de intervenções que se centram na compreensão da sua singularidade.

Limitações

A primeira limitação a mencionar relaciona-se com a dimensão e diversidade da amostra, que se revelou pequena e pouco representativa, o que impede a generalização dos resultados obtidos.

A mobilização de adolescentes para participar neste estudo, também se apresentou como um desafio, dadas as dificuldades em conciliar as suas disponibilidades com a motivação, por vezes variável, para colaborar. Apesar de, inicialmente, oito participantes terem confirmado a sua presença, alguns deles, mesmo após terem partilhado as suas histórias via telefone e reiterado o seu compromisso na véspera, não compareceram no dia acordado.

Esta situação realça a dificuldade em realizar estudos com estas faixas etárias e levanta a questão se uma abordagem online não teria resultado numa maior adesão, uma vez que o deslocamento a um local desconhecido durante o fim de semana, para encontrar-se com estranhos, pode ter dissuadido a sua participação.

Dos diversos contatos efetuados para o recrutamento de participantes, dez foram com pais de possíveis envolvidos, a maioria dos quais já tinha conhecimento da investigadora. No entanto, todas as respostas foram negativas, justificadas por receios de expor os filhos a uma situação vulnerabilizante ou porque ainda não tinham comunicado aos mesmos o seu diagnóstico. Esta circunstância suscita a reflexão sobre a existência de uma "idade ideal" para esclarecer crianças e adolescentes sobre o seu diagnóstico.

Embora a prevalência da PHDA seja maior no sexo masculino, foram principalmente as participantes do sexo feminino que se mostraram disponíveis para colaborar, em contraste com a maioria dos rapazes contactados.

Outra limitação prende-se com o viés do investigador que, ao dinamizar o *focus group*, pode ter, inadvertidamente, influenciado as respostas dos participantes. Adicionalmente, estas respostas podem ter sido moldadas pela desejabilidade social, conduzindo-os a fornecer respostas que acreditam ser mais aceitáveis ou apropriadas socialmente, em vez de refletirem as suas verdadeiras opiniões ou comportamentos.

Recomendações para Investigações Futuras

Em relação às recomendações para investigações futuras, a literatura sugere a necessidade de continuar a realizar estudos que explorem as perceções pessoais dos adolescentes com PHDA. Estas perceções poderiam ser analisadas no contexto escolar, centrando-se na relevância da relação afetiva

entre professor e aluno ou na análise de como as medidas de suporte à aprendizagem para adolescentes com PHDA estão a ser postas em prática. É também relevante considerar a importância da relação destes adolescentes com as suas mães e entender as experiências dos irmãos que partilham o quotidiano com jovens com PHDA.

Seria enriquecedor desenvolver um estudo comparativo das perceções de pais, professores e dos próprios adolescentes, para identificar possíveis discrepâncias entre estas.

A questão da desregulação emocional tem ganho destaque na literatura, e estudos nesta área seriam de grande relevância, dada a prevalência desta característica em crianças e adolescentes e o potencial impacto nas suas vidas.

Outro estudo pertinente poderia focar-se em narrativas de sucesso na PHDA e em compreender os fatores que contribuíram para esse sucesso, especialmente no que se refere às abordagens não farmacológicas.

Por fim, estudos focados nas abordagens centradas nas potencialidades da PHDA poderiam iluminar caminhos sobre a melhor forma de intervir junto destes jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdelnour, E., Jansen, M. O., & Gold, J. A. (2022). ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis? *Missouri medicine*, 119(5), 467. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9616454/

Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5a ed.). Psiquilibrios.

American Psychiatric Association (APA, 1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (APA, 1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (APA, 1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (APA, 2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA, 2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.

Andersson Frondelius, I., Ranjbar, V., & Danielsson, L. (2019). Adolescents' experiences of being diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: a phenomenological study conducted in Sweden. *BMJ open*, *9*(8), e031570. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031570

Antshel, K. M., Kaul, P., Biederman, J., Spencer, T. J., Hier, B. O., Hendricks, K., & Faraone, S. V. (2013). Posttraumatic stress disorder in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical features and familial transmission. *The Journal of clinical psychiatry, 74*(3), e197–e204. https://doi.org/10.4088/JCP.12m07698

Antunes, M. (2021). *A Hiperatividade na criança e no adolescente*. Lidel.

Athanasiadou, A., Buitelaar, J.K., Brovedani, P. et al. (2020). Early motor signs of attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 29*, 903–916. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01298-5

Avisar, A., & Lavie-Ajayi, M. (2014). The burden of treatment: Listening to stories of adolescents with ADHD about stimulant medication use. *Ethical Human Psychology and Psychiatry, 16*(1), 37–50. https://doi.org/10.1891/1559- 4343.16.1.37

Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo.* Edições 70.

Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). The Guilford Press.

Barkley, R.A., & Fischer, M. (2019). *ADHD in adults: What the science says* (2nd ed.). The Guilford Press.

Barragán, E., Breuer, D., & Döpfner, M. (2017). Efficacy and Safety of Omega-3/6 Fatty Acids, Methylphenidate, and a Combined Treatment in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders, 21*(5), 433–441. https://doi.org/10.1177/1087054713518239

Becker, S. P., Breaux, R., Cusick, C. N., Dvorsky, M. R., Marsh, N. P., Sciberras, E., & Langberg, J. M. (2020). Remote Learning During COVID-19: Examining School Practices, Service Continuation, and Difficulties for Adolescents with and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The*

Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine, 67(6), 769–777. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.002

Bell, J. (1997). *Como Realizar um Projeto de Investigação*. 3ª edição. Gradiva.

Biederman, J., Petty, C. R., Spencer, T. J., Woodworth, K. Y., Bhide, P., Zhu, J., & Faraone, S. V. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/ hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica, 128*(1), 78–87. https://doi.org/10.1111/acps.12011

Boavida, J., & Estrada, M. M. (2019, 29 de julho). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: quando a ignorância faz vítimas inocentes. *Observador*. https://observador.pt/opiniao/perturbacao-de-hiperatividade-e-defice-de-atencao-quando-a ignorancia-faz-vitimas-inocentes/

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto editora

Botha, W., & van der Westhuizen, D. (2023). Illness-perception in adolescent attention-deficit/ hyperactivity disorder: A qualitative study. *The South African journal of psychiatry: SAJP: the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, *29*, 2015. https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2015

Bowen G. & Greenway C.W. (2022) An Exploration of Adolescents' Perceptions of Their Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Qualitative Pilot Study. *Int J Autism & Relat Disabil,5*,153. https://doi.org/10.29011/2642-3227.000053

Brinkman, W. B., Sherman, S. N., Zmitrovich, A. R., Visscher, M. O., Crosby, L. E., Phelan, K. J., & Donovan, E. F. (2012). In their own words: Adolescent views on ADHD and their evolving role managing medication. *Academic Pediatrics, 12*(1), 53–61. https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.10.003

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social development,* 9(1), 115-125.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In R. M.Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 793–828). John Wiley & Sons Inc.

Brook, U., & Boaz, M. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and learning disabilities (LD): adolescents' perspective. *Patient education and counseling*, 58(2), 187–191. https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.08.011

Buitelaar J. K. (2017). Optimizing treatment strategies for ADHD in adolescence to minimise 'lost in transition' to adulthood. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(5), 448–452. https://doi.org/10.1017/S2045796017000154

Bussing, R., Koro-Ljungberg, M., Noguchi, K., Mason, D., Mayerson, G., & Garvan, C. W. (2012). Willingness to use ADHD treatments: A mixed methods study of perceptions by adolescents, parents, health professionals and teachers. *Social science & medicine* (1982), *74*(1), 92–100. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.009

Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). *Canadian ADHD Practice Guidelines*. 4.1 Edition, Toronto ON; CADDRA, 2020. https://www.caddra.ca/2020/

Carr-Fanning, K., & Mc Guckin, C. (2018). The powerless or the empowered? Stakeholders' experiences of diagnosis and treatment for attention-deficit hyperactivity disorder in Ireland. *Irish journal of psychological medicine*, 35(3), 203–212. https://doi.org/10.1017/ipm.2018.13

Castells, P. & Silber, T. (2006). *Guia Práctica de la Salud y Psicología del Adolescente*. Planeta

Cavallina, C., Pazzagli, C., Ghiglieri, V., & Mazzeschi, C. (2015). Attachment and parental reflective functioning features in ADHD: enhancing the knowledge on parenting characteristics. *Frontiers in psychology,* 6, 1313. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01313

Caye, A., Leffa, D. T., & Rohde, L. A. (2021). The influence of comorbidities on the trajectories of ADHD throughout development. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 130, 31–32. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.032

Caye, A., Sibley, M. H., Swanson, J. M., & Rohde, L. A. (2017). Late-Onset ADHD: Understanding the Evidence and Building Theoretical Frameworks. *Current psychiatry reports*, 19(12), 106. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0858-7

Caye, A., Swanson, J. M., Coghill, D., & Rohde, L. A. (2019). Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular psychiatry*, 24(3), 390–408. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0116-3

Chan, T., & Martinussen, R. (2016). Positive Illusions? The Accuracy of Academic Self-Appraisals in Adolescents With ADHD. *Journal of pediatric psychology,* 41(7), 799–809. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv116

Charach, A., Yeung, E., Volpe, T., Goodale, T., & dos Reis, S. (2014). Exploring stimulant treatment in ADHD: Narratives of young adolescents and their parents. *BMC Psychiatry,14*(1). https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-110

Chen, M. H., Pan, T. L., Hsu, J. W., Huang, K. L., Su, T. P., Li, C. T., Lin, W. C., Tsai, S. J., Chang, W. H., Chen, T. J., & Bai, Y. M. (2018). Risk of Type 2 Diabetes in Adolescents and Young Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide Longitudinal Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(3), 17m11607. https://doi.org/10.4088/JCP.17m11607

Cheung, C. H., Rijdijk, F., McLoughlin, G., Faraone, S. V., Asherson, P., & Kuntsi, J. (2015). Childhood predictors of adolescent and young adult outcome in ADHD. *Journal of psychiatric research*, 62, 92–100. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.01.011

Climie, E. A. & Henley, A. (2018) Canadian parents and children's knowledge of ADHD, *Vulnerable Children and Youth Studies*, 13:3, 266-275. https://doi.org/10.1080/17450128.2018.148497

Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S., Asherson, P., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Paramala, S., Sonuga-Barke, E., Soutullo, C., Steinhausen, H. C., Van der Oord, S., Wong, I. C. K., Zuddas, A., ... Simonoff, E. (2023). The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *European child & adolescent psychiatry*, 32(8), 1337–1361. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01871-x

Cole, M., & Cole, S. (2003). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Artmed.

Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(5), 577-589. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i5.10548

Cortese S. (2023). Evidence-based prescribing of medications for ADHD: where are we in 2023? *Expert opinion on pharmacotherapy,* 24(4), 425–434. https://doi.org/10.1080/14656566.2023.2169604

Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W., Holtmann, M., Santosh, P., Stevenson, J., Stringaris, A., Zuddas, A., Sonuga-Barke, E. J., & European ADHD Guidelines Group (EAGG) (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(3), 164–174. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.010

Cortese, S., Sabé, M., Chen, C., Perroud, N., & Solmi, M. (2022). Half a century of research on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A scientometric study. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 140, 104769. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104769

Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática*. Almedina.

Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Sage Publications, Inc.

Cullen, M. R., Baiocchi, M., Eggleston, K., Loftus, P., & Fuchs, V. (2016). The weaker sex? Vulnerable men and women's resilience to socio-economic disadvantage. *SSM - population health*, 2, 512–524. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.06.006

Deloitte Access Economics (2019). *The social and economic costs of ADHD in Australia.* Deloitte Access Economics Pty Ltd. https://www.pc.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/249880/sub652-mental-health-attachment2.pdf

Denscombe, M. (2010). *The Good Research Guide for Small Scale Research Projects* (4th ed.). Open University Press.

DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2014). School-based interventions for elementary school students with ADHD. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(4), 687–697. https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.003

DuPaul, G., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies.* The Guilford Publications.

Dunne, L., & Moore, A. (2011). From boy to man: A personal story of ADHD. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 16(4), 351–364. https://doi.org/10.1080/13632752.2011.616339

Eccleston, L. (2017). *Exploring young people's experiences following a diagnosis of ADHD.* [Doctor of Clinical Psychology thesis]. University of Liverpool. https://doi.org/10.17638/03009679

Eccleston, L., Williams, J., Knowles, S., & Soulsby, L. (2019). Adolescent experiences of living with a diagnosis of ADHD: A systematic review and thematic synthesis. *Emotional and Behavioural Difficulties, 24*(2), 119–135 https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1582762

Enggaard, H., Laugesen, B., DeJonckheere, M., Fetters, M. D., Dalgaard, M. K., Lauritsen, M. B., Zoffmann, V., & Jørgensen, R. (2021). Impact of the Guided Self-Determination Intervention among Adolescents with Co-Existing ADHD and Medical Disorder: A Mixed Methods Study.

Issues in mental health nursing, 42(1), 87–98. https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1780528

Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. Norton.

European Commission. (2021). *EU strategy on the rights of the child.* https://eurlex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:e769a102-8d88-11eb-b85c-01aa75ed71a1.0002.02/DOC_1&format=PDF

Ewe, L.P. (2019). ADHD symptoms and the teacher–student relationship: a systematic literature review, *Emotional and Behavioural Difficulties, 24*(2), 136-155. https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1597562

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., & Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews, 128*, 789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B. E., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 9(1), 47–65. https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3

Feldman, M. E., Charach, A., & Bélanger, S. A. (2018). ADHD in children and youth: Part 2-Treatment. *Paediatrics & child health*, 23(7), 462–472. https://doi.org/10.1093/pch/pxy113

Fernandes, J. B., Almeida, M., & Alfaiate, C. (2018). *Compreender a PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.* (1ª ed.). BIDL.

Fernandes, N. & Tomás, C. (2011). *Questões conceptuais, metodológicas e éticas na investigação com crianças em Portugal*. In European Sociological Association (Eds.), Congress proceedings 10th Conference of the European Sociological Association (pp. 1-18). ESA. https://hdl.handle.net/1822/15425

Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2016). Adolescências. Adolescentes. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (32), 141–162. https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8399

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K., Cormand, B., Faraone, S. V., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K. P., Ramos-Quiroga, J. A., Réthelyi, J. M., Ribases, M., & Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059–1088. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001

Franz, A. P., Bolat, G. U., Bolat, H., Matijasevich, A., Santos, I. S., Silveira, R. C., Procianoy, R. S., Rohde, L. A., & Moreira-Maia, C. R. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1), e20171645. https://doi.org/10.1542/peds.2017-1645

Gajria, K., Lu, M., Sikirica, V., Greven, P., Zhong, Y., Qin, P., & Xie, J. (2014). Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder - a

systematic literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1543–1569. https://doi.org/10.2147/NDT.S65721

Gallichan, D. J., & Curle, C. (2008). Fitting square pegs into round holes: The challenge of coping with attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 343–363. https://doi.org/10.1177/1359104508090599

Gibbs, K., Mercer, K., & Carrington, S. (2016). The schooling experience of adolescent boys with AD/HD: An Australian case study. *International Journal of Disability, Development and Education*, 63(6), 608–622. https://doi.org/10.1080/1034912x.2016.1164302

Gibson, F. (2007). Conducting focus groups with children and young people: Strategies for success. *Journal of Research in Nursing*, 12, 473–483

Ghosh, M., Fisher, C., Preen, D. B., & Holman, C. D. (2016). "It has to be fixed": a qualitative inquiry into perceived ADHD behaviour among affected individuals and parents in Western Australia. *BMC health services research*, 16, 141. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1399-1

Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 46, 106–123. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011

Grygiel, P., Humenny, G., Rębisz, S., Bajcar, E., & Świtaj, P. (2018). Peer Rejection and Perceived Quality of Relations with Schoolmates Among Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(8), 738-751. https://doi.org/10.1177/1087054714563791

Grønneberg, S. V., Engebretsen, E., & Torp Løkkeberg, S. (2023). When ADHD knocks on the door - discourse theory as a frame to explore subject positions and mental wellbeing before diagnosis. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 18(1), 2209964. https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2209964

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage Publications, Inc.

Guay, F., Marsh, H. W., & Boivin, M. (2003). Academic self-concept and academic achievement: Developmental perspectives on their causal ordering. *Journal of Educational Psychology*, 95(1), 124–136. https://doi.org/10.1037/0022-0663.95.1.124

Halcomb, E. J., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Phillips, J., & Davidson, P. M. (2007). Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of clinical nursing*, 16(6), 1000–1011. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01760.x

Hallberg, U., Klingberg, G., Setsaa, W., & Moller, A. (2010). Hiding parts of one's self from others: A grounded theory study on teenagers diagnosed with ADHD. *Scandinavian Journal of Disability Research, 12*(3), 211–220. https://doi.org/10.1080/15017410903478964

Hanai, F., Narama, M., & Tamakoshi, K. (2021). The Self of Adolescents with Autism Spectrum Disorder or Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Qualitative Study. *Journal of autism and developmental disorders*, 51(5), 1668–1677. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04653-7

Harpin V. A. (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 Suppl 1*(Suppl 1), i2–i7. https://doi.org/10.1136/adc.2004.059006

Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2016). Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *Journal of attention disorders*, 20(4), 295–305. https://doi.org/10.1177/1087054713486516

Heryputri, M. J., Qodariah, L., & Purba, F. D. (2022). The quality of life of sibling of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 10(2), 94–101. https://doi.org/10.22219/jipt.v10i2.17768

Hinshaw, S.P., Scheffler, R.M., (2014). *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance*. University Press.

Honkasilta, J., Vehmas, S., & Vehkakoski, T. (2016). Self-pathologizing, self-condemning, self-liberating: Youths' accounts of their ADHD-related behavior. *Social Science & Medicine*, 150, 248–255. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.030

Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L. S. J., van Hulzen, K. J. E., Medland, S. E., Shumskaya, E., Jahanshad, N., Zeeuw, P., Szekely, E., Sudre, G., Wolfers, T., Onnink, A. M. H., Dammers, J. T., Mostert, J. C., Vives-Gilabert, Y., Kohls, G., Oberwelland, E., ... Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 4(4), 310–319. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30049-4

Horner S. D. (2000). Using focus group methods with middle school children. *Research in nursing & health,* 23(6), 510–517. https://doi.org/10.1002/1098-240X(200012)23:6<510::AID-NUR9>3.0.CO;2-L

Horowitz, J. A., Vessey, J. A., Carlson, K. L., Bradley, J. F., Montoya, C., & McCullough, B. (2003). Conducting school-based focus groups: lessons learned from the CATS project. *Journal of pediatric nursing*, 18(5), 321–331. https://doi.org/10.1016/s0882-5963(03)00104-0

Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P., & Wiebe, G. (2011). Self-concept in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of pediatric nursing*, 26(3), 239–247. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.02.004

Hoza, B., Martin, C. P., Pirog, A., & Shoulberg, E. K. (2016). Using Physical Activity to Manage ADHD Symptoms:The State of the Evidence. *Current psychiatry reports,* 18(12), 113. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0749-3

Hoza, B., Pelham, W. E., Jr, Dobbs, J., Owens, J. S., & Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 268–278. https://doi.org/10.1037//0021-843x.111.2.268

Howitt, D., & Cramer, D. (2008). *Introduction to research methods in psychology.* Pearson.

Iovu M. B., Hăăguş P. T., Roth M. (2018). Constructing future expectations in adolescence: Relation to individual characteristics and ecological assets in family and friends. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 1–10. https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1247007

Jameson, N. D., Sheppard, B. K., Lateef, T. M., Vande Voort, J. L., He, J. P., & Merikangas, K. R. (2016). Medical Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in US Adolescents. *Journal of child neurology*, 31(11), 1282–1289. https://doi.org/10.1177/0883073816653782

Jangmo, A., Stålhandske, A., Chang, Z., Chen, Q., Almqvist, C., Feldman, I., Bulik, C. M., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B., Kuja-Halkola, R., & Larsson, H. (2019). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, School Performance, and Effect of Medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(4), 423–432. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.11.014

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. https://doi.org/10.1023/a:1017592030434

Johnson, K.A., Wiersema, J.R. & Kuntsi, J. What would Karl Popper say? Are current psychological theories of ADHD falsifiable? *Behav Brain Funct* 5, 15 (2009). https://doi.org/10.1186/1744-9081-5-15

Kendall, L. (2016). 'The teacher said I'm thick!' Experiences of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder within a school setting. *Support for Learning*, 31(2), 122–137. https://doi.org/10.1111/1467-9604.12121

Kendall, J., Hatton, D., Beckett, A., & Leo, M. (2003). Children's accounts of attention-deficit/hyperactivity disorder. ANS. *Advances in nursing science*, 26(2), 114–130. https://doi.org/10.1097/00012272-200304000-00004

Kenny M. C. (2004). Teachers' attitudes toward and knowledge of child maltreatment. *Child abuse & neglect*, 28(12), 1311–1319. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.010

Kepley, H. O., & Ostrander, R. (2007). Family characteristics of anxious ADHD children: preliminary results. *Journal of attention disorders*, 10(3), 317–323. https://doi.org/10.1177/1087054706288102

Kinalski, D. D., Paula, C. C., Padoin, S. M., Neves, E. T., Kleinubing, R. E., & Cortes, L. F. (2017). Focus group on qualitative research: experience report. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(2), 424–429. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091

Kingry, M. J., Tiedje, L. B., & Friedman, L. L. (1990). Focus groups: a research technique for nursing. *Nursing research*, 39(2), 124–125.

Knipp, D. K. (2006). Teens' perceptions about Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and medications. *The Journal of School Nursing, 22*(2), 120–125. https://doi.org/10.1177/10598405060220021O

Kos, J. M., Richdale, A. L., & Jackson, M. S. (2004). Knowledge About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Comparison of In-Service and Preservice Teachers. *Psychology in the Schools*, 41(5), 517–526. https://doi.org/10.1002/pits.10178

Krueger, M., & Kendall, J. (2001). Descriptions of self: an exploratory study of adolescents with ADHD. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses*, Inc, 14(2), 61–72. https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2001.tb00294.x

Krueger, R. A. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research* (2nd ed.). Sage Publications.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th ed.). Sage.

Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 2(4), 241–255. https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8

Lebowitz M. S. (2016). Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *Journal of attention disorders*, 20(3), 199–205. https://doi.org/10.1177/1087054712475211

Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a

meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 31(3), 328–341. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.006

Lee, Y. C., 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. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.009

Lerner, M. D., Mikami, A. Y., & McLeod, B. D. (2011). The alliance in a friendship coaching intervention for parents of children with ADHD. *Behavior therapy,* 42(3), 449–461. https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.11.006

Loureiro, L. M. J., Mendes, A. M. O. C., Barroso, T. M. M. D. A., Santos, J. C. P., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 157–166. https://doi.org/10.12707/RIII11112

Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J. A., & Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad [Update on attention-deficit/hyperactive disorder treatment]. *Revista de neurologia*, 49(5), 257–264. https://doi.org/10.33588/rn.4905.2009210

Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J. M., & Li, X. (2019). A Review of Heterogeneity in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Frontiers in human neuroscience*, 13, 42. https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00042

Mahmutović, J., Veladžić, N., Mačak Hadžiomerović, A., Branković, S., Konjo, H., & Omerović, Đ mil. (2020). Quality of life of mothers who have children with developmental disabilities. *Journal of Health Sciences*, 10(3), 183–190. https://doi.org/10.17532/jhsci.2020.969

Martinez-Badía, J., & Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World journal of psychiatry*, 5(4), 379–386. https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.379

MacLean, J., Krause, A. & Rogers, M.A. (2023). The student-teacher relationship and ADHD symptomatology: A meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 99. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2023.04.007

Matos, M.G. & Equipa Aventura Social (2018). A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão. Relatório do estudo *Health Behaviour in School Aged Children* (HBSC). https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2021/12/publicacao_1545534554.pdf

McDougal, E., Tai, C., Stewart, T. M., Booth, J. N., & Rhodes, S. M. (2023). Understanding and Supporting Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Primary School Classroom: Perspectives of Children with ADHD and their Teachers. *Journal of autism and developmental disorders*, 53(9), 3406–3421. https://doi.org/10.1007/s10803-022-05639-3

Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach.* Jossey-Bass Publishers.

Meyer, N., Harvey, A. G., Lockley, S. W., & Dijk, D. J. (2022). Circadian rhythms and disorders of the timing of sleep. *Lancet*, 400(10357), 1061–1078. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00877-7

Miranda-Casas, A., Baixauli-Fortea, I., Colomer-Diago, C., & Roselló-Miranda, B. (2013). Autismo y trastorno por déficit de atención/hiperactividad: convergencias y divergencias en el

funcionamiento ejecutivo y la teoría de la mente. *Revista de Neurología*, 57(1), S177-S184. https://doi.org/10.33588/rn.57S01.2013279

Moore, E., Sunjic, S., Kaye, S., Archer, V., & Indig, D. (2016). Adult ADHD Among NSW Prisoners: Prevalence and Psychiatric Comorbidity. *Journal of Attention Disorders*, 20(11), 958-967. https://doi.org/10.1177/1087054713506263

Morgan, M., Gibbs, S., Maxwell, K., & Britten, N. (2002). Hearing children's voices: methodological issues in conducting focus groups with children aged 7-11 years. *Qualitative Research*, 2(1), 5-20. https://doi.org/10.1177/1468794102002001636

Moura O., Pereira M., Simões M, (2020). *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção: Diagnóstico, Intervenção e Desenvolvimento ao Longo da Vida*. Pactor.

Mowinckel, A. M., Pedersen, M. L., Eilertsen, E., & Biele, G. (2015). A meta-analysis of decision-making and attention in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, 19(5), 355–367. https://doi.org/10.1177/1087054714558872

Mulholland, S., Cumming, T., & Jung, J. (2015). Teacher Attitudes Towards Students Who Exhibit ADHD-Type Behaviours. *Australasian Journal of Special Education*, 39(1), 15-36. https://doi.org/10.1017/jse.2014.18

Nazarova, V. A., Sokolov, A. V., Chubarev, V. N., Tarasov, V. V., & Schiöth, H. B. (2022). Treatment of ADHD: Drugs, psychological therapies, devices, complementary and alternative methods as well as the trends in clinical trials. *Frontiers in pharmacology,* 13, 1066988. https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1066988

Neto, M. C. R. (Ed.). (2014). *Psicofarmacologia clínica das perturbações psiquiátricas do adolescente: ADHD, depressão e abuso de substâncias (Vol. 2).* Pactor.

Newlove-Delgado, T., Ford, T. J., Stein, K., & Garside, R. (2018). 'You're 18 now, goodbye': The experiences of young people with attention deficit hyperactivity disorder of the transition from child to adult services. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 23(3), 296–309. https://doi.org/10.1080/13632752.2018.1461476

NICE Guideline. (2019). *Attention deficity hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. National Institute for Health and Care Excellence. https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/mental-health-andbehavioural-conditions/attention-deficit-disorder

Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020). Development of ADHD: Etiology, Heterogeneity, and Early Life Course. *Annual review of developmental psychology*, 2(1), 559–583. https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-060320-093413

O'Connor, C., & McNicholas, F. (2020). What Differentiates Children with ADHD Symptoms Who Do and Do Not Receive a Formal Diagnosis? Results from a Prospective Longitudinal Cohort Study. *Child psychiatry and human development*, 51(1), 138–150. https://doi.org/10.1007/s10578-019-00917-1

O'Driscoll, C., Heary, C., Hennessy, E., & McKeague, L. (2012). Explicit and implicit stigma towards peers with mental health problems in childhood and adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry,* and allied disciplines, 53(10), 1054–1062. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02580.x

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. https://doi.org/10.14195/164

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. https://doi.org/10.14195/1647-8614_51-1_3

Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, T., & Serrano, A. (2019). *Traducción y adaptación al portugués de la Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale: Un estudo piloto* [Translation and adaptation into Portuguese of Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale: A pilot study]. Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, 6, 56–67. https://doi.org/10.17979/reipe.2019.6.1.4910

Öster, C., Ramklint, M., Meyer, J., & Isaksson, J. (2020). How do adolescents with ADHD perceive and experience stress? An interview study. *Nordic journal of psychiatry*, 74(2), 123–130. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1677771

Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical child and family psychology review*, 10(4), 335–351. https://doi.org/10.1007/s10567-007-0027-3

Padilla-Petry, P., Soria-Albert, C., & Vadeboncoeur, J. (2018). Experiencing disability in the school context: Voices of young people diagnosed with ADHD in Spain. *International Education Studies*, 11(8), 79. https://doi.org/10.5539/ies.v11n8p79

Palikara, O., Castro-Kemp, S., Ashworth, M., & Van Herwegen, J. (2022). All views my own? Portraying the voices of children with complex neurodevelopmental disorders in statutory documents. *Research in developmental disabilities*, 129, 104321. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104321

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12a ed.). AMGH Editora.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage Publication.

Pelham, W. E., Page, T. F., Altszuler, A. R., Gnagy, E. M., Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. (2020). The long-term financial outcome of children diagnosed with ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(2), 160–171. https://doi.org/10.1037/ccp0000461

Perry, B. D. (2008). Child maltreatment: A neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychpathology. In T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 93–128). John Wiley & Sons, Inc.

Pescosolido, B. A., Jensen, P. S., Martin, J. K., Perry, B. L., Olafsdottir, S., & Fettes, D. (2008). Public knowledge and assessment of child mental health problems: findings from the National Stigma Study-Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(3), 339–349. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318160e3a0

Pfiffner, L. J., & McBurnett, K. (2006). Family correlates of comorbid anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 34(5), 725–735. https://doi.org/10.1007/s10802-006-9060-9

Pliszka, S., & AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894–921. https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724

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. https://doi.org/10.1093/ije/dyt261

Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 395(10222), 450–462. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1

Price, A., Mitchell, S., Janssens, A. et al. In transition with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): children's services clinicians' perspectives on the role of information in healthcare transitions for young people with ADHD. *BMC Psychiatry* 22, 251 (2022). https://doi.org/10.1186/s12888-022-03813-6

Quesada, D., Ahmed, N. U., Fennie, K. P., Gollub, E. L., & Ibrahimou, B. (2018). A Review: Associations Between Attention-deficit/hyperactivity Disorder, Physical Activity, Medication Use, Eating Behaviors and Obesity in Children and Adolescents. *Archives of psychiatric nursing*, 32(3), 495–504. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.01.006

Rabiee, F. (2004) Focus-Group Interview and Data Analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63, 655-660. http://dx.doi.org/10.1079/PNS2004399

Rapport, M. D., Kofler, M. J., Alderson, R. M., Timko, T. M., Jr, & Dupaul, G. J. (2009). Variability of attention processes in ADHD: observations from the classroom. *Journal of attention disorders*, 12(6), 563–573. https://doi.org/10.1177/1087054708322990

Rasmussen, I. L., Undheim A. M., Aldridge-Waddon, L., & Young, S. (2018). Just being a kid, or an ADHD kid? A qualitative study of on how young people experience receiving and living with a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatry and Cognitive Behavior*, 139(1), 1– 11. https://doi.org/10.29011/2574-7762. 000039

Ringer, N. (2019). Young people's perceptions of and coping with their ADHD symptoms: A qualitative study. *Cogent Psychology*, 6(1), 1608032. https://doi.org/10.1080/23311908.2 019.1608032

Ringer, N. (2020). Living with ADHD: A meta-synthesis review of qualitative research on children's experiences and understanding of their ADHD. *International Journal of Disability Development and Education*, 67(2), 208–224. https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1596226

Rodrigues, A., & Antunes, N. L. (2014). *Mais forte do que eu!* (3.ª ed.). Lisboa: Lua de Papel.

Rohde, L. A., Buitelaar, J. K., Gerlach, M., & Faraone, S. V. (2019). *The World Federation of ADHD Guide*. Artmed. https://www.adhd-federation.org/publications/adhd-guide.html

Santos, S.M. (2017). *Os estilos parentais e a qualidade de vida da criança.* [Dissertação de mestrado]. Universidade Lusiada. http://hdl.handle.net/11067/3694

Salazar, F., Baird, G., Chandler, S., Tseng, E., O'sullivan, T., Howlin, P., Pickles, A., & Simonoff, E. (2015). Co-occurring Psychiatric Disorders in Preschool and Elementary School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(8), 2283–2294. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2361-5

Schoeman, R., & Liebenberg, R. (2017). The South African Society of Psychiatrists/Psychiatry Management Group management guidelines for adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *The South African journal of psychiatry: SAJP: the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, 23, 1060. https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v23i0.1060

Scholtens, S., Rydell, A., & Yang-Wallentin, F. (2013). ADHD symptoms, academic achievement, self-perception of academic competence and future orientation: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(3), 205–212. https://doi.org/10.1111/sjop.12042

Seabi, J., & Economou, N. A. (2012). Understanding the distracted and the disinhibited: experiences of adolescents diagnosed with ADHD within the South African context. *Contemporary trends in ADHD research*, 15, 165-182. https://doi.org/10.5772/30221

Sedgwick, J. A., Merwood, A., & Asherson, P. (2019). The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative investigation of successful adults with ADHD. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 11(3), 241–253. https://doi.org/10.1007/s12402-018-0277-6

Shattell, M. M., Bartlett, R., & Rowe, T. (2008). "I have always felt different": the experience of attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood. *Journal of pediatric nursing*, 23(1), 49–57. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2007.07.010

Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J., & Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(49), 19649–19654. https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104

Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276–293. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966

Shaw, P., & Sudre, G. (2021). Adolescent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Understanding Teenage Symptom Trajectories. *Biological psychiatry*, 89(2), 152–161. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.004

Sibley, M. H., Kuriyan, A. B., Evans, S. W., Waxmonsky, J. G., & Smith, B. H. (2014). Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. *Clinical psychology review*, 34(3), 218–232. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.02.001

Sibley, M. H., Mitchell, J. T., & Becker, S. P. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *The lancet. Psychiatry*, 3(12), 1157–1165. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30190-0

Simões, C., Matos, M. G. D., Ferreira, M. S. C. L., & Tomé, G. (2010). Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: desenvolvimento de um programa de promoção da resiliência na adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 101-119. http://hdl.handle.net/10400.12/1098

Sikirica, V., Flood, E., Dietrich, C. N., Quintero, J., Harpin, V., Hodgkins, P., ... Erder, M. H. (2015). Unmet needs associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in eight European countries as reported by caregivers and adolescents: Results from qualitative research. *The Patient*: Patient-Centered Outcomes Research, 8(3), 269–281. https://doi.org/10.1007/s40271-014-0083-y

Singh I. (2011). A disorder of anger and aggression: children's perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Social science & medicine* (1982), 73(6), 889–896. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.049

Singh I. (2013). Not robots: children's perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. *Journal of medical ethics*, 39(6), 359–366. https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100224

Singh, N. N., Singh, A. N., Lancioni, G. E., Singh, J., Winton, A. S. W., & Adkins, A. D. (2010). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 157–166. https://doi.org/10.1007/s10826-009-9272-z

Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2003). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Fundação Calouste Gulbenkian

Sultan, R. S., Liu, S. M., Hacker, K. A., & Olfson, M. (2021). Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Adverse Behaviors and Comorbidity. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 68(2), 284–291. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.036

Taanila, A., Ebeling, H., Kotimaa, A., Moilanen, I., & Järvelin, M. R. (2004). Is a large family a protective factor against behavioural and emotional problems at the age of 8 years? *Acta paediatrica* (Oslo, Norway: 1992), 93(4), 508–517. https://doi.org/10.1111/apa.2004.93.4.508

Tabassam, W., & Grainger, J. (2002). Self-Concept, Attributional Style and Self-Efficacy Beliefs of Students with Learning Disabilities with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Learning Disability Quarterly,* 25(2), 141-151. https://doi.org/10.2307/1511280

Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 387(10024), 1240–1250. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X

Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *The lancet*. Psychiatry, 4(4), 339–346. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5

Travell, C. & Visser, J. (2006). 'ADHD does bad stuff to you': Young people's and parents' experiences and perceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Emotional and Behavioural Difficulties, 11*(3), 205–216. https://doi.org/10.1080/13632750600833924

UNICEF (1989). *A Convenção sobre os Direitos da criança*. UNICEF https://www.unicef.pt/actualidade/publicacoes/0-a-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca/

van Breda, A. D., & Theron, L. C. (2018). A critical review of South African child and youth resilience studies, 2009–2017. *Children and Youth Services Review*, 91, 237–247. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.022

van Lieshout, M., Luman, M., Twisk, J. W., van Ewijk, H., Groenman, A. P., Thissen, A. J., Faraone, S. V., Heslenfeld, D. J., Hartman, C. A., Hoekstra, P. J., Franke, B., Buitelaar, J. K., Rommelse, N. N., & Oosterlaan, J. (2016). A 6-year follow-up of a large European cohort of children with attention-deficit/hyperactivity disorder-combined subtype: outcomes in late adolescence and young adulthood. *European child & adolescent psychiatry*, 25(9), 1007–1017. https://doi.org/10.1007/s00787-016-0820-y

Varma, A., & Wiener, J. (2020). Perceptions of ADHD Symptoms in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Attributions and Stigma. *Canadian Journal of School Psychology*, 35(4), 252-265. https://doi.org/10.1177/0829573520936459

Ventura, M. (2007). O estudo de caso como modalidade de Pesquisa. *Revista SOCERJ.* 2007;20(5):383-386. http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf

Visser, J.W., & Jehan, Z. (2009). ADHD: a scientific fact or a factual opinion? A critique of the veracity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 14, 127 - 140. https://doi.org/10.1080/13632750902921930

Walker-Noack, L., Corkum, P., Elik, N., & Fearon, I. (2013). Youth Perceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Barriers to Treatment. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(2), 193-218. https://doi.org/10.1177/0829573513491232

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. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 46(3), 209–217. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009

Wiener, J., & Daniels, L. (2016). School experiences of adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Learning Disabilities, 49*(6), 567–581. https://doi.org/10.1177/0022219415576973

Wiener, J. (2020). The Role of School Psychologists in Supporting Adolescents With ADHD. *Canadian Journal of School Psychology*, 35(4), 299-310. https://doi.org/10.1177/0829573520923536

Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/ hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics, 9*(3):490–499. https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8

Wolraich, M. L., Wibbelsmann, C. L., Brown, T. E., Evans, S. E., Gotlieb, E. M., Knight, J. R., ... Wilens, T. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among adolescents: A Review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics, 115*(6), 1734–1746. https://doi.org/10.1542/peds.2004-1959

Wong, I. Y. T., Hawes, D. J., Clarke, S., Kohn, M. R., & Dar-Nimrod, I. (2018). Perceptions of ADHD Among Diagnosed Children and Their Parents: A Systematic Review Using the Common-Sense Model of Illness Representations. *Clinical child and family psychology review*, 21(1), 57–93. https://doi.org/10.1007/s10567-017-0245-2

World Health Organization (WHO). (2018). *The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases.

Yin, R. K. (2005). *Case study research: Design and methods.* SAGE Publications Inc.

Young, S., & Cocallis, K. M. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Prison System. *Current psychiatry reports*, 21(6), 41. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1022-3

Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., & Hodgkins, P. (2015). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological medicine*, 45(2), 247–258. https://doi.org/10.1017/S0033291714000762

Yue, X., Liu, L., Chen, W., Preece, D. A., Liu, Q., Li, H., Wang, Y., & Qian, Q. (2022). Affective-cognitive-behavioral heterogeneity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Emotional dysregulation as a sentinel symptom differentiating "ADHD-simplex" and "ADHD-complex" syndromes? *Journal of affective disorders*, 307, 133–141. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.065

Zambrano Briones, M. A., Hernández Díaz, A., & Mendoza Bravo, K. L. (2022). El aprendizaje basado en proyectos como estrategia didáctica. *Revista Conrado*, 18(84), 172-182. Recuperado a partir de https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2223

Zuckerbrot, R. A., Cheung, A., Jensen, P. S., Stein, R. E. K., Laraque, D., & GLAD-PC STEERING GROUP (2018). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics,* 141(3), e20174081. https://doi.org/10.1542/peds.2017-4081

ANEXO 1

Critérios diagnósticos para a Perturbação de Hiperatividade | Défice de Atenção, de acordo com o DSM-5 (APA, 2014).

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

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

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

a. Frequentemente, não dá importância aos detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos de casa, no emprego, ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou ignora detalhes, o trabalho é vago);

b. Frequentemente, tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., tem dificuldade em permanecer atento durante a leitura, conversas ou em ler textos longos);

c. Frequentemente, parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra (p. ex., parece estar a pensar noutro assunto, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia);

d. Frequentemente, não segue instruções (p. ex., inicia a tarefa, mas rapidamente perde o foco e é facilmente distraído, não consegue terminar o trabalho de casa, tarefas domésticas ou tarefas no emprego);

e. Frequentemente, tem dificuldade em organizar tarefas e atividades (p. ex., tem dificuldade em gerir sequências de tarefas e em manter materiais e pertences em ordem; o trabalho é confuso e desorganizado; a administração do tempo é má e tende a deixar de cumprir prazos);

f. Caracteristicamente, evita, parece não gostar, ou é relutante em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental continuado (como trabalhos na escola ou em casa, ou, para adolescentes mais velhos e adultos, elaboração de relatórios, preencher formulários, ou rever trabalhos longos);

g. Frequentemente perde objetos necessários para as tarefas ou atividades (p. ex., trabalhos de casa, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos ou telemóveis);

h. Distrai-se facilmente por via de estímulos irrelevantes e alheios à tarefa (para adolescentes mais velhos e adultos pode incluir alheamento);

i. É frequentemente desleixado em atividades diárias, tarefas e recados em execução (para adolescentes mais velhos e adultos, em responder a chamadas, pagar contas, e manter compromissos).

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

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

j. Frequentemente, está irrequieto (ou bate as mãos ou pés, ou mexe-se na cadeira, ...);

k. Frequentemente, está desassossegado durante as atividades, enquanto outros estão sentados (pode levantar-se do seu lugar na sala de aula, no escritório ou outro local de trabalho, ou noutros contextos onde seja necessário permanecer sentado);

l. Frequentemente, corre ou pendura-se na mobília e mexe-se excessivamente em situações inapropriadas. Em adolescentes ou adultos, pode estar calmo ou confinado por curtos períodos (limitando-se a sentir-se inquieto);

m. Frequentemente, é excessivamente barulhento e fala alto durante brincadeiras, lazer ou atividades sociais, tem dificuldade em brincar ou realizar tarefas de forma calma e silenciosa;

n. Frequentemente, está sempre em movimento, agindo como se estivesse ligado a um motor. Está desconfortável quando quieto por um longo período, como em restaurantes, reuniões, etc. É visto pelos outros como agitado e difícil de acompanhar;

o. Com frequência, fala excessivamente;

p. Frequentemente, dá uma resposta precipitada antes que a pergunta tenha terminado. Adolescentes mais velhos e adultos poderão completar as frases de outros e antecipam a sua vez durante as conversas;

q. Tem dificuldade em esperar pela sua vez ou esperar na fila;

r. Por vezes, interrompe os outros (com frequência intromete-se em conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar material de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; adolescentes ou adultos podem intrometer-se ou assumir o controle do que outros estejam a fazer).

B. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes antes dos doze anos.

C. Os sintomas ocorrem em dois ou mais contextos (por exemplo: em casa, na escola ou emprego, com amigos ou familiares, ou em outras atividades).

D. Devem existir provas de que os sintomas interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante surtos de esquizofrenia ou outro episódio psicótico, e não são melhor explicados por outra doença mental (por exemplo perturbação de humor, perturbação da ansiedade, perturbação dissociativa, perturbação da personalidade, abuso de substâncias ou sintomas de abstinência).

ANEXO 2 - GUIÃO DO *GRUPO FOCAL*

I. **INÍCIO** (duração: 15 min)

- ✓ Apresentação do moderador e do seu papel no debate.
- ✓ Apresentação dos objetivos da investigação.
- ✓ Motivar os participantes.
- ✓ Apresentação das regras do grupo focal e a duração aproximada do encontro
- ✓ Divulgação das formas de registro do trabalho, bem como do anonimato dos envolvidos e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido.
- ✓ Defender a ideia de um debate, com o envolvimento de todos.
- ✓ Assegurar os esclarecimentos de dúvidas.
- ✓ Apresentação dos participantes

Boa tarde a todos, sejam bem-vindos. Em primeiro lugar queria agradecer a vossa disponibilidade em participar neste debate de ideias.
Eu chamo-me Cátia Choupina Alves e sou Professora. Atualmente estou a concluir o mestrado em Educação Especial, no domínio cognitivo-motor na Universidade do Minho.
O tema da minha investigação é "As vozes dos adolescentes com PHDA" e tem como objetivo aprofundar o conhecimento das auto-perceções dos adolescentes com PHDA, contribuindo para uma melhor compreensão das suas necessidades, identificando os fatores que promovem um prognóstico positivo da perturbação e contribuindo para intervenções mais eficazes e empoderadoras.

Foram convidados para participar neste Grupo focal (que irá durar aproximadamente 1H30) porque as vossas experiências e opiniões são extremamente valiosas, pelo que solicito a vossa colaboração sincera, dado que dela dependem os resultados deste trabalho. Todos os participantes devem dar a sua opinião sobre as perguntas que irei colocar. Aqui não há respostas certas ou erradas, pretende-se promover o debate de ideias e o enriquecimento de conceções. Não temos que concordar uns com os outros, cada um tem a sua opinião. Umas coincidem, outras não. De modo a facilitar a recolha dos vossos testemunhos, pergunto-vos se autorizam a GRAVAÇÃO audiovisual desta sessão. A gravação deste debate, serve apenas para não perder nenhuma das vossas ideias e só as pessoas que estão envolvidas neste estudo é que terão acesso a esta gravação. No final deste estudo, todo o material relativo à investigação será destruído, a fim de preservar o anonimato e a confidencialidade das informações recolhidas. Deste forma e antes de mais, necessito que preencham o CONSENTIMENTO INFORMADO.

Quero pedir-vos que fale só uma pessoa de cada vez para que tudo possa ficar claro na gravação e também, se possível, que desliguem os vossos telemóveis, para não fazer interferência com o gravador.

O meu papel aqui será colocar as questões, mas sobretudo ouvir. Eu não entrarei na conversa, mas quero que se sintam completamente à vontade para falarem uns com os outros. Para mim é muito importante ouvir-vos a todos porque todos têm experiências diferentes.

Alguma dúvida? Então para começar gostaria que vocês se apresentassem (nome, idade, ano de escolaridade).

- ✓ Estratégia de questionamento: Começar por uma questão geral, ouvir as respostas dos participantes, pedir esclarecimentos e desenvolvimentos quando pertinente, e explorar tópicos não referidos.

II. DESENVOLVIMENTO (duração: 1 Hora)

Categoria: Conceito de PHDA e fontes de informação

1. Quando se fala de PHDA quais são as três primeiras palavras que vos vem à cabeça?
2. O que é para vocês a PHDA? (um desafio? Uma dificuldade? Uma doença? Uma característica?)
3. Quem vos explicou o que é a PHDA? Vocês procuraram saber mais informações junto de outras fontes? Onde? (Amigo? Pais? Internet?)

Categoria: Sintomatologia e características da PHDA

4. Falem-me das vossas características pessoais (positivas e negativas). Quais são as que vocês mais associam ao diagnóstico/ sintomas de PHDA?
5. Com que frequência é que esses sintomas acontecem? O que é que contribui para esses sintomas melhorarem ou piorarem?
6. Vocês sentem que podem fazer alguma coisa para impedir ou controlar esses sintomas? O quê?
7. Quais são as consequências desses sintomas?

Categoria: Desafios da PHDA

8. Falem-me de um dia normal na vossa vida. Quais são as atividades cotidianas que consideram particularmente desafiadoras ou aquelas em que anteveem algum tipo de dificuldade?
9. Vocês acham que ter PHDA desempenha um papel importante nessa situação de desafio? De que maneira?

Categoria: Forças da PHDA

10. Agora falem-me de uma situação específica em que vocês acham que funcionam mesmo bem. Achas que a PHDA também desempenha um papel aqui?
11. Sentes que a PHDA pode ser vista com uma vantagem?

Categoria: Escola e Aprendizagens

12. Vamos agora falar um pouco sobre a escola. Vocês gostam da escola? Porquê?
13. E dos professores? Sentem-se apoiados e compreendidos por eles?
14. Como é o teu comportamento na escola e em sala de aula? E a tua atenção? E em termos de organização do estudo?
15. Acham que os vossos professores utilizam estratégias adequadas e adaptadas, de forma a que vocês aprendem melhor? Tens algum tipo de adaptação na sala aulas, avaliações ou apoio de EE?
16. Como acham que aprendem melhor?

Categoria: Relação com os pares

17. E quanto aos teus colegas e amigos, como são as tuas relações com eles?
18. Sentes algum tipo de rejeição ou discriminação por parte dos teus pares?
19. Tens alguma dificuldade em participar em atividades do grupo?

Categoria: Família

20. E agora quanto à tua família! Como é a relação com a tua família? Como lidam contigo e com o facto de teres PHDA?
21. Quem tem irmãos? Como é a vossa relação com os vossos irmãos?
22. Na tua família existem regras muito rígidas? Costumam conversar sobre os assuntos e tomar decisões em conjunto?
23. Há alguma coisa que gostarias de mudar na tua família ou na relação com a tua família, de forma a sentires-te mais compreendido e mais apoiado?

Categoria: Diagnóstico

24. O que levou a que os vossos pais procurassem ajuda profissional?

25. Como se sentiram quando souberam que tinham PHDA? (medo, incompreensão, preocupação)
26. Sentem que esse facto mudou alguma coisa na vossa vida?

Categoria: Intervenção e Medicação

27. Fazem algum tipo de intervenção? Qual? Acham que vos ajuda?
28. E em relação a medicação? Como se sentem a tomar medicação? Qual o efeito que acham que a medicação tem na vossa forma de ser?
29. Gostarias de mudar algo relativo ao teu acompanhamento clínico ou em relação às tuas intervenções?

Categoria: Participação no processo clínico

30. Sentem que são ouvidos, compreendidos e que fazem parte do processo de intervenção na PHDA?

Categoria: Preocupações, receios, expectativas e apoios

31. Quais são os teus receios/preocupações em relação à PHDA?
32. Quais são as vossas expectativas para o futuro? (em relação à evolução da PHDA)
33. Sentem que têm todo o apoio que necessitam?

III. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** (duração: 15 min)

✓ Fazer uma breve pausa (05 min) para sintetizar os momentos anteriores. Enquanto isso é servido umas bolachas e bebidas aos participantes.
Convido-vos agora a comer umas bolachinhas e a beber algo, caso queiram.

✓ Informar os participantes que a discussão está a aproximar-se do fim.

A. Vocês sentem-se diferente dos outros adolescentes?

B. Há alguma coisa que gostariam de dizer a outros adolescentes com PHDA? Têm algumas sugestões para eles?

C. Há mais alguma coisa que achas que eu deveria saber, para entender melhor a forma como vocês experienciam e gerem a vossa PHDA?

D. Existe alguma questão que queiras colocar ou comentar relativamente ao debate que acabámos de realizar?

Resta-me agradecer a vossa disponibilidade e amabilidade em me concederem este tempo e deixar-vos o meu contacto para quaisquer dúvidas ou questões.

Como forma de agradecimento, serão agora distribuídos vales da FNAC, no valor de 20 euros.

ANEXO 3 - *FOCUS GROUP* POR BLOCOS TEMÁTICOS

"AS VOZES DOS ADOLESCENTES:"

Blocos temáticos **Objetivos gerais**	**Objetivos específicos**	**Formulário de Questões**
<u>Bloco I - Início</u> Apresentação do estudo Legitimar a entrevista Motivar os participantes	1. Identificação do investigador. 2. Explicar os objetivos, a duração e o conteúdo da entrevista. ✓ Defender a ideia de um debate, com o envolvimento de todos. 3. Motivar o entrevistado. 4. Divulgação das formas de registro do trabalho, bem como assegurar o anonimato e a confidencialidade. 5. Obter o assentimento informado. 6. Assegurar os esclarecimentos de dúvidas. 7. Apresentação dos participantes	- Apresentação do investigador - Têm alguma dúvida ou questão que queiram/queiras colocar antes de seguimos paraa entrevista? - Digam, s.f.f., o vosso nome e idade. <u>*Estratégia de questionamento*</u> *Começar por uma questão geral, ouvir as respostas dos participantes, pedir esclarecimentos e desenvolvimentos quando pertinente, e explorar tópicos não referidos.*
<u>Bloco II - Desenvolvimento</u> 1- Perceção dos conhecimentos e compreensão dos adolescentes com PHDA relativamente a esta perturbação.	<u>Categoria: Conhecimentos e compreensão sobre a PHDA</u> 1. Explorar as definições que o adolescente apresenta sobre a PHDA. 2. Identificar os conhecimentos dos participantes sobre a PHDA. 3. Conhecer as suas fontes de informação. 4. Conhecer os contextos que associados à PHDA.	1. Quando se fala de PHDA quais são as três primeiras palavras que vos vem à cabeça? 2. O que é para vocês a PHDA? 3. Quem vos explicou o que é a PHDA? Vocês procuraram saber mais informações junto de outras fontes? Onde? (Amigo? Pais? Internet?) 4. Quais os contextos em que sentes que PHDA tem mais impacto?

Blocos temáticos Objetivos gerais	Objetivos específicos	Formulário de Questões
2- Perceção dos adolescentes com PHDA relativamente aos sintomas desta perturbação e variáveis que os influenciam.	<u>Categoria: Enquadramento sintomatológico</u> 1. Explorar a perceção do adolescente sobre as suas características e as que mais associa ao diagnóstico de PHDA. 2. Explorar para cada uma das características identificadas, a perceção dos adolescentes sobre os fatores que contribuem para o agravamento ou melhoria dos sintomas. 3. Conhecer a capacidade de controle e a gestão dos sintomas. 4. Conhecer as consequências dos sintomas.	5. Falem-me das vossas características pessoais (positivas e negativas). Quais são as que vocês mais associam ao diagnóstico/ sintomas de PHDA? 6. Com que frequência é que esses sintomas acontecem? O que é que contribui para esses sintomas melhorarem ou piorarem? 7. Vocês sentem que podem fazer alguma coisa para impedir ou controlar esses sintomas? O quê? 8. Quais são as consequências desses sintomas?
3- Perceção dos adolescentes com PHDA relativamente aos aspetos positivos desta perturbação.	<u>Categoria: Perspetivas positivas da PHDA</u> 1. Explorar a perceção dos adolescentes sobre as forças da PHDA.	9. Agora falem-me duma situação específica em que vocês acham que funcionam mesmo bem. Achas que a PHDA também desempenha um papel aqui? 10. Na vossa opinião "ter PHDA" é um aspeto positivo ou negativo ou nenhum dos dois? 11. Sentem que a PHDA pode ser vista com uma vantagem?
4- Perceção dos adolescentes com PHDA sobre o significado e o impacto do diagnóstico	<u>Categoria: Diagnóstico</u> 1. Averiguar a perceção dos adolescentes sobre os motivos que levaram à procura de ajuda profissional e o seu processo de diagnóstico. 2. Explorar a perceção dos adolescentes sobre o significado do diagnóstico de PHDA.	12. Recordam-se da primeira vez que ouviram falar de PHDA? 13. O que levou a que os vossos pais procurassem ajuda profissional? 14. Como se sentiram quando souberam que tinham PHDA? (medo, incompreensão, preocupação) 15. Sentem que esse facto mudou alguma coisa na vossa vida?

Blocos temáticos **Objetivos gerais**	**Objetivos específicos**	**Formulário de Questões**
5- Perceção dos adolescentes com PHDA sobre as intervenções e medicação na PHDA e sobre a sua participação no processo clínico	<u>Categoria: Intervenção e Medicação</u> 1. Conhecer a perceção dos adolescentes sobre as intervenções que realizam e sobre o seu efeito nos sintomas da PHDA. 2. Explorar a perceção dos adolescentes relativamente à medicação e o seu impacto na forma de ser. 3. Averiguar a perceção dos adolescentes sobre a sua participação no processo clínico e tratamento da PHDA.	16. Que tipo de intervenções vocês fazem? Acham que vos ajuda? 17. E em relação a medicação? Como se sentem a tomar medicação? Qual o efeito que acham que a medicação tem na vossa forma de ser? 18. Gostarias de mudar algo relativo ao teu acompanhamento clínico ou em relação às tuas intervenções? 19. Sentem que são ouvidos, compreendidos e que fazem parte do processo de intervenção na PHDA?
6- Perceção dos adolescentes com PHDA sobre o impacto da PHDA no contexto familiar	<u>Categoria: Família</u> 1. Averiguar o impacto da PHDA no contexto familiar. 2. Averiguar a perceção dos adolescentes sobre as relações entre irmãos. 3. Explorar a perceção dos adolescentes sobre os estilos parentais. 4. Averiguar o que o adolescente gostaria de mudar relativamente às variáveis familiares	20. E agora quanto à tua família! Como é a relação com a tua família? Como lidam contigo e com o facto de teres PHDA? 21. Quem tem irmãos? Como é a vossa relação com os vossos irmãos? 22. Na tua família existem regras muito rígidas? Costumam conversar sobre os assuntos e tomar decisões em conjunto? 23. Há alguma coisa que gostarias de mudar na tua família ou na relação com a tua família, de forma a sentires-te mais compreendido e mais apoiado?

Blocos temáticos Objetivos gerais	Objetivos específicos	Formulário de Questões
7- Perceção dos adolescentes com PHDA sobre o impacto da PHDA na escola e nas aprendizagens	<u>Categoria: Escola</u> 1. Explorar a perceção dos adolescentes sobre a escola e os professores. 2. Explorar a perceção dos adolescentes sobre o apoio fornecido pelos professores e pela escola. 3. Conhecer as suas perceções sobre os comportamentos em sala de aula, níveis de atenção e organização dos estudos. 4. Conhecer as suas perceções sobre as formas e estratégias de aprendizagem	24. Vamos agora falar um pouco sobre a escola. Vocês gostam da escola? Porquê? 25. E dos professores? Sentem-se apoiados e compreendidos por eles? 26. Como é o teu comportamento na escola e em sala de aula? E a tua atenção? E em termos de organização do estudo? 27. Acham que os vossos professores utilizam estratégias adequadas e adaptadas, de forma a que vocês aprendem melhor? Tens algum tipo de adaptação na sala aulas, avaliações ou apoio de EE? 28. Como acham que aprendem melhor?
8- Perceção dos adolescentes sobre o impacto da PHDA na dinâmica entre pares	<u>Categoria: Dinâmica entre pares</u> 1. Explorar a perceção dos adolescentes sobre as suas relações interpessoais. 2. Averiguar se o adolescente se sente discriminado ou rejeitado pelos pares 3. Averiguar a perceção dos adolescentes sobre as atividades de grupo.	29. E quanto aos teus colegas e amigos, como são as tuas relações com eles? 30. Sentes algum tipo de rejeição ou discriminação por parte dos teus pares? 31. Tens alguma dificuldade em participar em atividades do grupo?

Blocos temáticos **Objetivos gerais**	**Objetivos específicos**	**Formulário de Questões**
9- Perceção dos adolescentes sobre o impacto da perceção dos outros	<u>Categoria: O papel dos outros</u> 1. Averiguar como os adolescentes se sentem percebidos pela sociedade e como isso influencia a sua experiência de vida.	32. Como achas que as outras pessoas veem a PHDA?
10- Preocupações / receios, expectativas e apoios, dos adolescentes com PHDA	<u>Categoria: Preocupações, receios, expectativas e apoios</u> 1. Conhecer as preocupações/receios dos adolescentes em relação à PHDA. 2. Conhecer as expectativas dos adolescentes em relação à PHDA. 3. Explorar a perceção dos adolescentes sobre as suas necessidades e apoios.	33. Quais são os teus receios/preocupações em relação à PHDA? 34. Quais são as vossas expectativas para o futuro? (em relação à evolução da PHDA) 35. Sentem que têm todo o apoio que necessitam?
Bloco II 11- Perceções dos adolescentes com PHDA sobre a sua perturbação	<u>Categoria: Autoperceções</u> 1. Conhecer as perceções dos adolescentes com PHDA sobre a sua perturbação. 2. Identificar sentimentos e emoções	36. Vocês sentem-se diferente dos outros adolescentes? 37. Há alguma coisa que gostariam de dizer a outros adolescentes com PHDA? Têm algumas sugestões para eles?

Blocos temáticos **Objetivos gerais**	**Objetivos específicos**	**Formulário de Questões**
<u>Bloco III: Considerações Finais</u>	✓ Oferta de um pequeno lanche 1. Agradecer aos participantes. 2. Obter possíveis informações que não tenham sido abordadas / Recolher informação de caráter complementar. 3. Deixar o contacto do investigador para quaisquer dúvidas ou questões. ✓ Oferta dos vales FNAC.	38. Há mais alguma coisa que achas que eu deveria saber, para entender melhor a forma como vocês experienciam e gerem a vossa PHDA? 39. Existe alguma questão que queiras colocar ou comentar relativamente ao debate que acabámos de realizar?

ANEXO 4 - INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Olá! O meu nome é Cátia Choupina Alves, sou aluna do Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo-Motor e estou a realizar um estudo intitulado "As vozes dos adolescentes com PHDA".
Esta investigação tem como orientadora científica a Doutora Ana Maria Silva Henriques Serrano e pretende explorar as perceções dos adolescentes com Perturbação de Hiperatividade | Défice de atenção.
O objetivo deste estudo é conhecer e valorizar as tuas opiniões sobre a PHDA. Ouvir as perspetivas dos jovens, faz parte de uma estratégia mundial, que aposta em dar poder às tuas opiniões, permitindo que desenvolvas todo o teu potencial, com autonomia e segurança.
Com o presente documento pretendo convida-te a participar neste projeto de investigação. A tua colaboração implica a participação numa entrevista de grupo (grupo focal), que será gravada, analisada e interpretada, com vista à recolha de informação.
Será um debate informal, com a duração de 1H30 e tu podes desistir de colaborar neste projeto, em qualquer momento e por qualquer motivo.
Todas as informações recolhidas serão confidenciais e anónimas e, por esse motivo, não existirá qualquer possibilidade de te identificar. De forma a garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, no final deste estudo, todo o material relativo à investigação será destruído.
Como forma de agradecimento, serão distribuídos vales de 20 euros FNAC por todos os participantes.
O grupo irá reunir-se no dia **25 de março** de 2023 (**sábado**), das **14H30 às 16H**, na seguinte morada:

Avenida da Boavista, nº 3477, sala 18
4100-139 Porto
(Zona do Aviz – junto ao Parque da Cidade)

Agradeço-te desde já, relembrando a importância da tua colaboração para a concretização deste estudo e para poder concluir o meu Mestrado em Educação Especial.
Disponibilizo-me para esclarecimentos e informações que considerem pertinentes, através dos contactos:

catia.almeida.choupina@gmail.com | TLM: 914618030.

Atenciosamente,
Cátia Choupina Alves

ANEXO 5 - CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar no estudo de Cátia Choupina Alves e que autorizo a utilização dos dados recolhidos para os fins académicos propostos.

Declaro que fui informado(a) que os conteúdos serão recolhidos através de uma entrevista de grupo (grupo focal), que será gravada, para permitir uma melhor compreensão dos factos. Esta informação será utilizada exclusivamente no âmbito do presente estudo académico, onde não serão efetuados quaisquer juízos de valor.

Declaro que fui informado(a) quanto à confidencialidade e anonimato das respostas fornecidas, através da não publicação de nomes, tendo sido garantido que apenas a pessoa responsável pelo estudo terá acesso às respostas.

Declaro que me foi transmitido que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo retirar-me em qualquer fase, sem que exista qualquer tipo de consequência.

Declaro que li, tomei conhecimento e aceito participar no estudo a ser desenvolvido pela aluna Cátia Choupina Alves, autorizando-a a utilizar a informação recolhida para fins do seu projeto de investigação.

Declaro que me foi transmitido que a participação do meu educando/a neste estudo é voluntária, podendo este desistir a qualquer altura do processo de recolha de dados.

Assinatura: _____

_____/_____/2023