



CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

NECESSIDADES PARENTAIS DOS PAIS DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO
DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Neuropsicologia

Por
Cristiani Magalhães Santos

Lisboa 2025



CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

NECESSIDADES PARENTAIS DOS PAIS DE CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

PARENTAL NEEDS OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH ATTENTION
DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Neuropsicologia

Por

Cristiani Magalhães Santos

Sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Filipa Ribeiro e Prof.^a Dr.^a Ana Filipa Lopes

Lisboa, 2025

Resumo

Introdução: As necessidades parentais emergem frequentemente da sobrecarga vivida no quotidiano, reforçando a importância de compreender e apoiar adequadamente pais/cuidadores de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Este estudo teve como objetivo identificar e caracterizar as necessidades percebidas por pais e cuidadores.

Metodologia: Participaram pais/cuidadores de crianças com PHDA (6–11 anos) (N = 26), acompanhadas num Centro de Desenvolvimento da Criança. O protocolo de avaliação integrou três instrumentos: questionário sociodemográfico; questionário desenvolvido para este estudo, sobre necessidades, conhecimentos, preocupações e impactos parentais; e as escalas BRIEF-2 e Conners, aplicados presencialmente.

Resultados: A amostra foi composta maioritariamente por mães e crianças do sexo masculino com diagnóstico de PHDA. Todas as crianças estavam medicadas com *Metilfenidato*, sendo a apresentação combinada a mais prevalente. A comorbidade mais reportada foi a Perturbação Específica da Aprendizagem. Os pais/cuidadores referiram conhecimentos moderados sobre sintomas, tratamentos farmacológicos, efeitos secundários e intervenções psicológicas. Verificaram-se discrepâncias entre o acesso e a valorização de recursos educativos e de saúde, destacando-se o apoio farmacológico como o mais acessível. Observou-se impacto moderado na vida dos pais/cuidadores, sobretudo na saúde física e mental, com associação significativa entre dificuldades emocionais das crianças e maior impacto negativo nos pais/cuidadores. Verificou-se ainda que maior conhecimento sobre os sintomas da PHDA se associou a maior impacto percebido. Não se registaram diferenças relevantes em função das apresentações clínicas da PHDA, mas a gravidade (nível 4) associou-se a maior sobrecarga.

Conclusão: Os resultados sublinham a necessidade de estratégias de apoio específicas para pais/cuidadores, com ênfase no acompanhamento psicológico, grupos de suporte e informação qualificada. Recomenda-se privilegiar o apoio profissional em detrimento de fontes informais, potenciando benefícios para pais/cuidadores e crianças. As principais limitações prendem-se com o recrutamento num único centro, a natureza transversal e o recurso a autorrelato.

Palavras-chave: Crianças; Necessidades parentais; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Saúde mental.

Abstract

Introduction: Parental needs often emerge from the burden experienced in daily life, highlighting the importance of adequately understanding and supporting parents/caregivers of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). This study aimed to identify and characterize the perceived needs of parents and caregivers.

Methodology: Parents/caregivers of children with ADHD aged 6–11 years (N = 26), followed at a Child Development Center, participated in the study. The assessment protocol included three instruments: a sociodemographic questionnaire; a questionnaire developed for this study assessing parental needs, knowledge, concerns, and impacts; and the BRIEF-2 and Conners scales, administered in person.

Results: The sample consisted predominantly of mothers and male children diagnosed with ADHD. All children were treated with methylphenidate, with the combined presentation being the most prevalent. The most frequently reported comorbidity was Specific Learning Disorder. Parents/caregivers reported moderate knowledge regarding symptoms, pharmacological treatments, side effects, and psychological interventions. Discrepancies were observed between access to and perceived value of educational and health resources, with pharmacological support identified as the most accessible. A moderate impact on parents'/caregivers' lives was observed, particularly on physical and mental health, with a significant association between children's emotional difficulties and greater negative impact on parents/caregivers. Greater knowledge about ADHD symptoms was also associated with higher perceived impact. No relevant differences were found according to ADHD presentations; however, greater severity (level 4) was associated with higher caregiver burden.

Conclusion: The findings highlight the need for targeted support strategies for parents/caregivers, particularly psychological follow-up, support groups, and access to qualified information. Prioritizing professional support over informal sources is recommended, given its potential benefits for both parents/caregivers and children. The main limitations include recruitment from a single center, the cross-sectional design, and the use of self-report measures.

Keywords: Children; Parental needs; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Mental health.

Agradecimentos

À Prof. Dr.^a Filipa Ribeiro, orientadora não apenas desta dissertação, mas de todo o meu caminho no Mestrado de Neuropsicologia, que acreditou em minha capacidade e me incentivou com carinho e compreensão a galgar este passo, e acima de tudo, pelo ensinamento da postura de uma professora, que não se limita a compartilhar conhecimento no período formal de sua disciplina.

À Prof. Dr.^a Ana Filipa Duarte Lopes, Neuropsicóloga do Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, Hospital Garcia de Orta, que desde o princípio, acolheu esta iniciativa e enriqueceu este trabalho com discussões e sugestões.

À Dr.^a Luísa Martins Rocha, Coordenadora do Centro de Desenvolvimento da Criança Prof. Torrado da Silva, Hospital Garcia de Orta, pela participação na pesquisa e apoio concreto para que ela pudesse ser realizada.

À Equipa de Pediatria do Desenvolvimento, Dr.^a Lurdes Ventosa, Dr.^a Marta Ezequiel, Dr.^a Joana Matias e Dr.^a Ana Margarida Queiroz pelo apoio na efetivação deste estudo, agendamento de prontuários, abordagem e incentivo aos pais a participarem da investigação.

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico	3
Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).....	3
Diagnóstico da PHDA.....	4
Tratamento e Intervenção Multimodal na PHDA.....	8
O Impacto da PHDA na Criança e na Família.....	10
Necessidades Parentais no Contexto da PHDA.....	13
Metodologia.....	17
Tipologia de Estudo	17
Amostra.....	18
Instrumentos.....	18
Questionário Sociodemográfico.....	18
Questionário de Necessidades Parentais de Pais de crianças com PHDA.....	18
Escala de Connors para Pais – Versão Reduzida	19
Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas – BRIEF-2 (versão para pais)	20
Procedimentos.....	20
Processamento de Dados.....	21
Considerações Éticas	22
Resultados.....	23
Características Sociodemográficas da Amostra.....	23
Resultados do Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas (BRIEF-2)	24
Resultados da Escala de Connors para Pais.....	25
Necessidades Parentais em Pais/Cuidadores de Crianças com PHDA.....	25
1ª Subdimensão “Orientações/Conhecimentos”.....	25
2ª Subdimensão “Preocupações”.....	27
3ª Subdimensão “Recursos de Saúde e Educação”	28
4ª Subdimensão “Satisfação com os Recursos de Saúde e Educação”	32
5ª Subdimensão “Impacto na Vida dos Responsáveis”	32
Testes de Hipóteses.....	33

Discussão	35
Limitações do Estudo.....	38
Sugestões e Implicações para Estudo Futuros	39
Conclusões.....	39
Referências Bibliográficas.....	41
Apêndices	48
Anexos.....	63

Lista de Siglas

APA – American Psychological Association

ANOVA – Análise de Variância

BANC – Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra

BPT – Behavioral Parent Training (Formação Parental Comportamental)

BRIEF-2 – Behavior Rating Inventory of Executive Function – 2ª edição

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças – 11ª Revisão

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª edição

DSM-5-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª edição, texto revisto

GWAS – Genome-Wide Association Studies (Estudos de Associação Genómica Ampla)

JASP – Jeffrey's Amazing Statistics Program

NG87 – National Guideline 87 (NICE Guideline para PHDA)

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

V.I. – Variável Independente

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais frequentes na população pediátrica, sendo reconhecida internacionalmente como uma condição crónica (American Psychiatric Association [APA], 2014). A prevalência global entre crianças em idade escolar é estimada entre 5.3% e 7%, variando significativamente entre países (APA, 2023). Em Portugal, a prevalência estimada da PHDA situa-se entre 4% a 5% (Rodrigues e Antunes, 2014).

A etiologia desta perturbação é multifatorial, influenciada por fatores neurobiológicos, genéticos e ambientais (Dalrymple et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2022). A prevalência é consistentemente mais elevada em rapazes do que em raparigas, com rácios entre 2:1 e 3:1 em estudos populacionais, sendo ainda mais acentuados em amostras clínicas. Esta discrepância sugere que os rapazes tendem a manifestar sintomas de natureza mais externalizante, enquanto as raparigas apresentam frequentemente padrões de desatenção menos disruptivos e, conseqüentemente, menos identificados em contexto clínico (Willcutt, 2012).

A PHDA, é uma perturbação do desenvolvimento do autocontrolo, envolvendo dificuldades de concentração, no controlo de impulsos e no nível de actividade (Barkley, 2020). Desde os anos 1990, investigadores como Barkley passaram a considerar a PHDA como uma perturbação do funcionamento executivo, caracterizada por dificuldades na autorregulação do comportamento em função de objetivos futuros. Segundo Barkley (2020), esta “cegueira temporal” prejudica a capacidade de planear, resistir à tentação, organizar-se, gerir emoções e concluir tarefas. Atualmente, reconhece-se que a PHDA se pode manifestar de três formas clínicas distintas: a apresentação predominantemente desatenta, a predominantemente hiperativa/impulsiva e a forma combinada. Esta tipologia baseia-se na predominância relativa dos sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade, de acordo com os critérios definidos no *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5-TR* (APA, 2023).

O diagnóstico da PHDA apresenta-se como um desafio clínico, uma vez que é frequentemente acompanhado por comorbilidades, como dificuldades de aprendizagem, perturbações do comportamento e perturbações de ansiedade (Rowland et al., 2002). Para

além do impacto direto na criança, a PHDA repercute-se fortemente no funcionamento da família (Bado, 2023; McCann & Roy-Byrne, 2000). Pais/cuidadores enfrentam frequentemente níveis elevados de stresse, dificuldade na gestão comportamental e sentimentos de isolamento social e emocional (Laugesen & Groenkjaer, 2015; Oliveira et al., 2017).

Estudos recentes têm evidenciado que, apesar do reconhecimento do impacto significativo da PHDA no funcionamento familiar, nem sempre as necessidades sentidas pelos pais encontram resposta adequada nos serviços de saúde e educação (Bado, 2023). Em particular, verifica-se que muitos cuidadores referem níveis elevados de sobrecarga emocional e necessidade de orientação prática, mesmo quando a criança se encontra em acompanhamento clínico. Esta discrepância entre o tratamento dirigido à criança e o apoio disponibilizado aos pais levanta questões relevantes sobre a adequação das respostas institucionais e sobre a forma como as necessidades parentais são avaliadas e integradas nos planos de intervenção.

A literatura evidencia que o apoio às famílias deve integrar estratégias informativas, psicoeducacionais e comunitárias (NICE, 2018). Neste contexto, permanece escassa a investigação sobre as necessidades específicas dos pais e cuidadores de crianças com PHDA em Portugal. Esta lacuna torna-se particularmente relevante num contexto em que o sucesso da intervenção depende do envolvimento ativo da família no processo terapêutico (Dalrymple et al., 2019).

É neste enquadramento que o presente estudo se propõe identificar e caracterizar as necessidades parentais percecionadas pelos pais/cuidadores de crianças com PHDA, bem como analisar a relação entre conhecimento sobre a perturbação, a gravidade sintomática e o impacto percecionado na vida familiar.

Este trabalho está estruturado em seis capítulos. O primeiro capítulo corresponde à introdução, onde se apresenta a contextualização do tema, a relevância e a estrutura da dissertação. O segundo capítulo apresenta o enquadramento teórico a problemática e os objetivos do estudo. O terceiro capítulo descreve a metodologia adotada, abrangendo o desenho do estudo, a caracterização da amostra e os instrumentos utilizados. O quarto capítulo expõe e analisa os resultados obtidos, com recurso a análises descritivas e inferenciais. O quinto capítulo discute os resultados à luz da literatura existente, enuncia

as limitações e as implicações do estudo. Por fim, o sexto capítulo apresenta as conclusões finais, seguidas das referências bibliográficas, apêndices e anexos.

Enquadramento Teórico

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

A PHDA foi reconhecida há mais de um século, sendo inicialmente designada como “hiperatividade” ou “perturbação hipercinética da infância” (NICE, 2018). Esta perturbação é considerada a perturbação do neurodesenvolvimento mais frequente na infância (Muñoz-Silva et al., 2017; Rowland et al., 2002; Sonuga-Barke et al., 2022), sendo caracterizada por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade que se repercutem na funcionalidade e no desenvolvimento da criança (Dalrymple et al., 2019; Dentz et al., 2024; Muñoz-Silva et al., 2017; Sonuga-Barke et al., 2022).

A origem da PHDA permanece em grande parte indefinida, embora se reconheça a contribuição de diversos fatores de risco de natureza genética, ambiental e neurobiológica (Dalrymple et al., 2019). De acordo com Rowland et al. (2002), estudos identificam a prematuridade como um importante fator de risco ambiental, que, segundo Barkley (2020), pode dever-se a um atraso no desenvolvimento cerebral ou a lesões ligeiras no cérebro sofridas no curso do desenvolvimento cerebral inicial ou problemas na gravidez e nascimento. Dalrymple et al. (2019) também identificaram uma forte influência genética na PHDA, destacando a frequência com que a perturbação ocorre entre membros da mesma família. Cerca de 25% das crianças com PHDA têm um familiar próximo com o mesmo diagnóstico (Fernandes & António, 2004). O risco de ocorrência também é mais elevado entre irmãos (30-40%) e particularmente alto em gémeos idênticos (90%) (Fernandes & António, 2004; Hunt et al., 2001). De forma complementar, Sonuga-Barke et al. (2022) reforçam esse carácter hereditário, apontando que as diferenças nos sintomas entre os indivíduos estão, em grande parte, associadas a variações genéticas.

Apesar da transmissão da PHDA entre gerações ser complexa e nem sempre evidente, pesquisas genéticas têm oferecido novas perspetivas sobre os processos biológicos envolvidos na perturbação. Nesse contexto, estudos recentes baseados em análises de associação genómica ampla (GWAS) confirmam o envolvimento de genes

ligados à neurotransmissão e destacam a participação destes genes em processos relacionados com o desenvolvimento cerebral, como o crescimento de neuritos no período pré e pós-natal (Sonuga-Barke et al., 2022).

Estudos iniciais, baseados principalmente em modelos animais e em investigações farmacológicas, levantaram a hipótese de que alterações em genes que regulam a neurotransmissão monoaminérgica, especialmente dopaminérgica, possam estar relacionadas com a suscetibilidade à PHDA (Sonuga-Barke et al., 2022). Estas investigações abrem caminhos promissores para avanços futuros na compreensão e abordagem da PHDA (Sonuga-Barke et al., 2022).

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para aprofundar a compreensão da PHDA, permitindo explorar a sua história natural, os efeitos dos tratamentos e as suas implicações ao longo do tempo. Esses estudos também são essenciais para avaliar a adequação dos padrões de diagnóstico e intervenção utilizados em contextos comunitários (Rowland et al., 2002). Em Portugal, embora ainda não tenham sido realizados estudos epidemiológicos robustos nesta perturbação, os dados disponíveis indicam tendências que estão em consonância com os dados internacionais. No entanto, a realização deste tipo de estudos representaria um contributo valioso para o conhecimento científico, uma vez que a manifestação da PHDA pode variar de acordo com fatores culturais e contextuais (Oliveira et al., 2015). Tendo em conta que comportamentos considerados “atípicos” por pais, professores e profissionais de saúde numa cultura ou sociedade, podem ser aceitáveis noutra (Skounti et al., 2006), seria relevante a realização de um estudo em contexto nacional.

Diagnóstico da PHDA

O diagnóstico da PHDA é caracterizado por um conjunto de sintomas persistentes de hiperatividade/impulsividade e/ou desatenção, conforme os critérios definidos no *DSM-5-TR* e na *Classificação Internacional de Doenças (CID-11)*, nesta última referida como Perturbação Hipercinética (APA, 2023; World Health Organization [WHO], 2022; Dalrymple et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2022). Esses sintomas devem causar impacto a nível psicológico, social, educacional e profissional de pelo menos intensidade moderada, identificados por meio de entrevista clínica e/ou observação direta em

diferentes contextos (e.g. ambientes familiares, escolares, sociais ou profissionais) (APA, 2023; Dalrymple et al., 2019; Dentz et al., 2024).

O *DSM-5-TR* constitui uma das principais referências internacionais para o diagnóstico e classificação das perturbações do neurodesenvolvimento (APA, 2023; Oliveira et al., 2015). Esta edição substituiu os antigos subtipos de PHDA pela designação “formas de apresentação” considerando que os sintomas podem variar ao longo da vida. As apresentações são: *Predominantemente Desatenta*, caracterizada por dificuldades de atenção sem hiperatividade ou impulsividade marcadas; *Combinada*, em que se verificam sintomas de desatenção e de hiperatividade-impulsividade; e *Predominantemente Hiperativa-Impulsiva*, em que predominam comportamentos de agitação e impulsividade (APA, 2023). Estas formas representam diferentes manifestações ao longo do tempo e não subtipos fixos (Sonuga-Barke et al., 2022).

O diagnóstico deve ser realizado por profissionais qualificados, como psiquiatras, pediatras ou psicólogos, com experiência na área (Dalrymple et al., 2019). Este deve incluir uma avaliação médica abrangente, integrando história clínica e familiar, exame físico, avaliação do desenvolvimento, visão e audição. O processo deve contemplar uma análise detalhada dos sintomas e do comportamento em vários contextos de vida (social, familiar, escolar e laboral), bem como um historial completo do desenvolvimento e saúde mental (Dalrymple et al., 2019).

A avaliação psicológica deve incidir nos principais domínios da PHDA — atenção, hiperatividade e impulsividade — reconhecendo que o comportamento da criança em consulta pode não refletir o que ocorre em contextos habituais. Por isso, a história clínica e os questionários complementares assumem particular relevância (Fernandes & António, 2004). O diagnóstico não deve basear-se apenas em escalas ou dados observacionais isolados (Dalrymple et al., 2019). No entanto, instrumentos como as Escalas de Conners (e.g. Rodrigues, 2003) e o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) constituem ferramentas valiosas de apoio à avaliação clínica (Gioia et al., 2015). Observações contextuais, sobretudo em contexto escolar, também contribuem para clarificar dúvidas quanto à consistência sintomática.

A avaliação neuropsicológica assume um papel central na caracterização e intervenção em crianças com PHDA, distinguindo-se da avaliação psicológica clássica

por interpretar os resultados obtidos à luz de conhecimentos especializados sobre a estrutura e função cerebral, bem como sobre o desenvolvimento infantil (Anderson, Northam, & Wrennall, 2019). Este tipo de avaliação procura compreender de forma abrangente a relação entre o funcionamento cognitivo, comportamental e emocional, permitindo identificar os pontos fortes e as vulnerabilidades da criança.

Os serviços de neuropsicologia pediátrica são frequentemente procurados com o objetivo de clarificar a natureza e a gravidade das dificuldades apresentadas, fornecer uma caracterização detalhada das competências cognitivas e da capacidade de aprendizagem, apoiar decisões sobre medidas educativas apropriadas e monitorizar o efeito das intervenções farmacológicas ou psicossociais ao longo do tempo. Neste sentido, a avaliação neuropsicológica fornece informação fundamental não apenas para a equipa clínica, mas também para famílias e professores, auxiliando na definição de estratégias de acompanhamento personalizadas (Anderson et al., 2019).

No contexto português, a utilização de instrumentos validados, como a *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição* (WISC-III; Wechsler, 2003), tem revelado que crianças com PHDA tendem a apresentar um funcionamento intelectual global inferior ao esperado para a idade, com défices mais acentuados na memória de trabalho e na velocidade de processamento, componentes críticas para o sucesso académico (Moura et al., 2019). Além disso, observa-se frequentemente um padrão diferencial entre subtestes verbais e de realização, sendo estes últimos particularmente exigentes em termos de atenção sustentada, automonitorização, organização perceptiva e coordenação motora fina — áreas habitualmente comprometidas em crianças com PHDA (Moura et al., 2019).

De igual modo, a *Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra* (BANC; Simões et al., 2016) tem-se revelado particularmente útil, fornecendo informação detalhada sobre diferentes domínios cognitivos. Neste âmbito, têm sido descritas dificuldades consistentes ao nível da atenção e das funções executivas, mas também em domínios como a memória visuo-espacial, o planeamento e a nomeação rápida (Isabel, 2018).

Quanto à idade de diagnóstico, o *DSM-5-TR* indica que antes dos quatro anos os sintomas de hiperatividade podem confundir-se com comportamentos normativos,

exigindo maior cautela (APA, 2023). Embora o maior comprometimento funcional ocorra na infância, o diagnóstico pode ser estabelecido em idade adulta (Sonuga-Barke et al., 2022). A idade média de diagnóstico situa-se nos sete anos, embora casos mais graves possam ser identificados precocemente pelos pais (Fernandes & António, 2004; Rodrigues & Antunes, 2014).

A PHDA deve ser considerada ao longo de todo o ciclo de vida, sendo que os critérios sintomáticos necessitam de ajustamentos em função das mudanças comportamentais esperadas para cada faixa etária (Fernandes & António, 2004; Rodrigues & Antunes, 2014). De acordo com o *DSM-5-TR*, os sintomas da PHDA devem manifestar-se antes dos 12 anos, ainda que possam ser identificados retrospectivamente (APA, 2023; Dalrymple et al., 2019; Dentz et al., 2024)

O momento em que ocorre o diagnóstico, assim como a implementação precoce de intervenções, é reconhecido como um fator decisivo na definição do prognóstico da PHDA, podendo reduzir impactos negativos ao longo do desenvolvimento e promover resultados mais favoráveis a longo prazo (Fernandes & António, 2004).

A PHDA associa-se frequentemente a uma ou mais perturbações significativas, que, em muitos casos, têm um impacto tão relevante quanto a própria PHDA no percurso de vida da criança a longo prazo (Gillberg et al., 2004). As comorbilidades mais comuns são a Perturbação Desafiante de Oposição (presente em 50% a 60% dos casos) (Dentz et al., 2024; Faraone et al., 2002; Gillberg et al., 2004), as Perturbações do Humor, Perturbação da Coordenação Motora, Perturbação da Linguagem e de Comunicação (Dalrymple et al., 2019), bem como as Perturbações do Comportamento, de Aprendizagem e de Ansiedade (Dalrymple et al., 2019; Modesto-Löwe et al., 2008; Rowland et al., 2002).

O padrão das perturbações de saúde mental em comorbilidade tende a alterar-se ao longo do desenvolvimento. Por exemplo, enquanto na infância a Perturbação Desafiante de Oposição e a Perturbação do Comportamento são as mais frequentemente associadas à PHDA, na idade adulta tornam-se mais prevalentes as Perturbações do Humor, as de Ansiedade e as relacionadas com o consumo de substâncias (Franke et al., 2018). Essas comorbilidades representam um fardo significativo para a sociedade e para as famílias (Dentz et al., 2024; McRae et al., 2020), especialmente para os pais e

cuidadores, porque as crianças e adolescentes necessitam de tratamentos mais intensivos e, conseqüentemente, de maior custo (McRae et al., 2020). Assim sendo, compreender a existência de comorbilidades e o nível de comprometimento causado pela PHDA é fundamental para orientar o plano de tratamento (Dalrymple et al., 2019).

Conforme Barkley (2020), a PHDA não é apenas um estado transitório que, na maioria dos casos, desaparece com o crescimento, nem representa uma fase normal – embora desafiante – da infância. Também não é consequência das falhas parentais na educação ou disciplina da criança. Segundo o autor trata-se de uma perturbação genuína, um problema concreto e, frequentemente, um verdadeiro obstáculo na vida da criança e da família quando não adequadamente tratado, tornando-se uma experiência profundamente dolorosa e emocionalmente desgastante.

Tratamento e Intervenção Multimodal na PHDA

As diretrizes clínicas atuais recomendam uma abordagem multimodal no tratamento da PHDA, que integra de forma combinada intervenções farmacológicas e não farmacológicas em crianças e adultos (Bado, 2023; Dentz et al., 2024). Esta perspectiva assenta na ideia de que nenhum tratamento isolado é suficiente para responder à complexidade da perturbação, sendo fundamental articular diferentes estratégias que tenham em conta as características individuais de cada criança e as necessidades da sua família (Cortese, 2023).

Nesta linha, o tratamento farmacológico representa um elemento central, mas deve ser complementado com abordagens não farmacológicas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), o treino parental, intervenções baseadas em *Mindfulness*, *Neurofeedback* ou adaptações no contexto escolar. Para além disso, é essencial envolver diferentes profissionais de saúde e de educação, assegurando um acompanhamento integrado e de qualidade (Laugesen & Groenkjaer 2015).

O tratamento farmacológico constitui um elemento central, incluindo fármacos estimulantes, como o *Metilfenidato* e as preparações à base de *Anfetaminas*, e fármacos não estimulantes, como a *Atomoxetina* (Cortese, 2023; Dentz et al., 2024). Embora os psicoestimulantes não curem a PHDA, favorecem a regulação dos neurotransmissores, reduzindo o impacto da perturbação a nível emocional, académico e social (Fernandes e

António, 2004). De facto, segundo estes autores, cerca de 80% dos casos apresentam melhorias significativas na atenção, rendimento escolar e redução da impulsividade e hiperatividade com a intervenção farmacológica.

Contudo, apesar de o *Metilfenidato* ser recomendado como tratamento de primeira linha por organismos como o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2018) e por várias metanálises (Coghill et al., 2014; Hodgkins et al., 2012; Matthijssen et al., 2019), a resposta aos fármacos varia entre indivíduos, não existindo ainda preditores fiáveis de eficácia (Cortese, 2023). Além disso, os efeitos secundários relacionados com o sono, o apetite e o crescimento, a menor eficácia em casos com comorbilidade e a escassez de dados sobre os efeitos a longo prazo constituem limitações relevantes (Dentz et al., 2024). A descontinuação da medicação pode afetar negativamente o desempenho em atividades diárias, sendo comum a diminuição da adesão durante a adolescência (Dentz et al., 2024).

Apesar da eficácia na redução dos sintomas, o uso de psicoestimulantes continua a ser alvo de debate, devido às preocupações parentais quanto à segurança, dependência e efeitos adversos (Modesto-Löwe et al., 2008). Essa relutância reforça a importância da comunicação com os pais sobre as vantagens e possíveis efeitos adversos das intervenções farmacológicas e da complementaridade das intervenções não farmacológicas (Dentz et al., 2024).

Entre as abordagens não farmacológicas, destacam-se o treino cognitivo, as intervenções baseadas em *mindfulness*, o ioga, o *neurofeedback* e a terapia cognitivo-comportamental (TCC). A TCC, em particular, tem demonstrado eficácia como complemento ao tratamento farmacológico, contribuindo para a redução de sintomas de desatenção e impulsividade, bem como para a melhoria da regulação emocional e da funcionalidade global (Beck, 2011). Trata-se de uma intervenção estruturada, colaborativa e orientada para objetivos, que enfatiza estratégias práticas de autorregulação, organização, gestão de tempo e autocontrolo, frequentemente aplicadas em articulação com treino parental e adaptações escolares.

Assim, a integração da TCC e de outras intervenções não farmacológicas com programas de treino parental constitui um suporte cada vez mais valorizado no tratamento

da PHDA, reforçando a importância de abordagens multimodais que atendam às necessidades específicas da criança e da sua família (Dentz et al., 2024).

É igualmente importante que a pessoa com PHDA compreenda o percurso da perturbação desde as suas primeiras manifestações (Sonuga-Barke et al., 2022). Assim, conforme referido por Dalrymple et al. (2019) é fundamental realizar uma discussão estruturada e partilhada com o doente e família/cuidadores para desenvolver um plano de tratamento, esclarecendo de que forma a PHDA pode impactar diferentes áreas da vida. Essa discussão pode abordar tópicos como: (1) os benefícios do diagnóstico, ao permitir uma melhor compreensão dos sintomas; (2) os possíveis efeitos negativos, como o estigma e a rotulagem; (3) a tendência para comportamentos impulsivos; (4) a importância de adaptações no ambiente para reduzir os sintomas; (5) o acesso a apoios escolares e ajustamentos razoáveis no ensino; (6) implicações para a empregabilidade e direitos no local de trabalho; (7) dificuldades nas relações interpessoais; (8) gestão de comorbilidades; (9) risco de consumo de substâncias e automedicação; e (10) fontes de apoio disponíveis, nomeadamente grupos de apoio, organizações, sites e recursos para educação e emprego (Dalrymple et al., 2019).

Estas informações devem ser fornecidas tendo em conta o nível de desenvolvimento, capacidade cognitiva, maturidade emocional e possíveis dificuldades associadas, como limitações na aprendizagem, visão, audição, linguagem ou comunicação social. Deve ainda considerar-se a presença de comorbilidades do neurodesenvolvimento ou na saúde mental, bem como adaptar os conteúdos às necessidades individuais, tendo em conta a idade, o sexo, o nível de literacia e o estágio de vida (Dalrymple et al., 2019).

Em síntese, a integração entre farmacoterapia, intervenções psicológicas e psicoeducação constitui a base de um tratamento eficaz e sustentável, capaz de responder às necessidades específicas das crianças com PHDA e de suas famílias.

O Impacto da PHDA na Criança e na Família

O desenvolvimento cognitivo das crianças inicia-se no primeiro ano de vida e evolui gradualmente, sendo essencial a presença de práticas parentais positivas e sensíveis para a sua maturação (Lanjekar et al., 2022). A qualidade das instruções

parentais, a estimulação cognitiva, os cuidados físicos, a sincronização emocional entre pais e filhos, a sensibilidade e a resposta positiva são dimensões fundamentais que influenciam diretamente o desenvolvimento cognitivo infantil. Adicionalmente, o apoio autônomo e o cuidado sensível, expressos através de emoções positivas como o encorajamento e a aprovação, favorecem a maturação precoce do cérebro e contribuem para o desenvolvimento afetivo e comportamental. Em contraste, práticas parentais agressivas, severas e coercivas podem estar associadas ao desenvolvimento de sintomas de internalização e externalização (Lanjekar et al., 2022).

Estudos longitudinais mostram que a presença de PHDA na infância constitui um fator de risco para dificuldades ao longo do desenvolvimento (McCann & Roy-Byrne, 2000). Desde 2007, Loe e Feldman associam a PHDA a um desempenho escolar inferior, com classificações mais baixas, piores resultados em testes padronizados de leitura e matemática, maior retenção escolar e maior incidência de medidas disciplinares, refletindo-se em taxas mais reduzidas de conclusão do ensino secundário e ingresso no ensino superior (Loe & Feldman, 2007). Dependendo da gravidade, os sintomas podem afetar apenas algumas áreas, como o desempenho escolar, ou ter consequências mais amplas na vida familiar e social (Dalrymple et al., 2019). O diagnóstico médico ou psiquiátrico, embora legitime os comportamentos e possibilite o acesso a apoios especializados, pode também gerar categorização médica com risco de discriminação e estigmatização social (Filipe, 2020).

A convivência com uma criança com PHDA tem impacto significativo na dinâmica familiar, exigindo a adoção de estratégias para lidar com os desafios do cotidiano (Laugesen & Groenkjaer, 2015). Para além da gestão dos sintomas da criança, os pais/cuidadores necessitam de manter o equilíbrio familiar e negociar com os sistemas de saúde e educação para assegurar a gestão do tratamento adequado (Laugesen & Groenkjaer, 2015; Modesto-Löwe et al., 2008). O estigma associado à perturbação pode intensificar sentimentos de isolamento e percepções negativas, tanto no círculo social como no familiar. A vida social dos pais/cuidadores é frequentemente afetada pela preocupação com o comportamento da criança em contextos públicos, uma vez que estas tendem a apresentar comportamentos mais agressivos, menos sociáveis e têm dificuldade em lidar com mudanças, o que se traduz em desobediência, conflitos com irmãos, colegas e vizinhos e reações negativas de professores. Educar uma criança com PHDA é, portanto,

uma experiência emocionalmente exigente, frequentemente marcada por sentimentos ambivalentes de culpa, esperança, frustração e impotência (Laugesen & Groenkjaer, 2015).

Em contextos de maior sobrecarga familiar podem surgir práticas parentais desajustadas. Nesses casos, pais de crianças com PHDA tendem a adotar posturas mais controladoras e críticas, utilizando com maior frequência comandos verbais, repreensões e correções, mas sendo menos propensos a recompensar ou responder de forma positiva. Estas práticas, associadas a níveis elevados de stresse parental e, por vezes, à presença de psicopatologia nos cuidadores, contribuem para a intensificação dos comportamentos disruptivos das crianças e para uma escalada de tensão no ambiente familiar (Modesto-Löwe et al., 2008; Muñoz-Silva et al., 2017). Assim, torna-se fundamental promover intervenções que reforcem a importância do contacto positivo entre pais/cuidadores e filhos, a definição de regras claras e consistentes e a estruturação de rotinas diárias, prevenindo o agravamento dos sintomas e favorecendo trajetórias mais adaptativas.

O apoio profissional desempenha igualmente um papel crucial, incluindo intervenções familiares, suporte à parentalidade e atenção à saúde mental dos pais. Os meios de comunicação podem também contribuir para a divulgação de boas práticas parentais, reduzindo o stresse familiar e fortalecendo as relações pais-filhos (Lanjekar et al., 2022).

Segundo Barkley (2020), as dificuldades nas interações sociais podem gerar problemas adicionais para a criança com PHDA. Além disso, os pais e irmãos apresentam uma probabilidade significativamente mais elevada de vivenciar sofrimento psicológico e de manifestar perturbações psiquiátricas, incluindo sintomas da própria PHDA. Estima-se ainda que exista entre 25% e 40% de probabilidade de pelo menos um dos progenitores apresentar igualmente PHDA, o que influencia diretamente a forma como a criança é percebida, cuidada, educada, amada e preparada para a vida adulta. O autor refere ainda que famílias com mais de uma criança com PHDA enfrentam sobrecarga acrescida, refletida em níveis mais elevados de stresse e maior vulnerabilidade a infeções comuns, como constipações e gripes.

Em suma, o impacto da PHDA transcende a criança, refletindo-se em toda a dinâmica familiar. A saúde, o comportamento e o desenvolvimento infantil, assim como

o estilo parental e a saúde mental dos pais/cuidadores devem constituir áreas centrais de intervenção, de modo a contribuir para melhores resultados tanto para as crianças como para as suas famílias (Muñoz-Silva et al., 2017). Este quadro sublinha a necessidade de estratégias integradas que abordem simultaneamente o bem-estar infantil e o apoio aos pais/cuidadores.

Necessidades Parentais no Contexto da PHDA

O funcionamento familiar é fundamental na organização do quotidiano, e envolve áreas como a resolução de problemas, comunicação, papéis e envolvimento afectivo (Moen et al., 2016).

A literatura mostra que a parentalidade se encontra intimamente ligada ao suporte social familiar, seja de forma direta ou indireta, através de variáveis como a autoeficácia parental ou o bem-estar psicológico, e que a diminuição do suporte social está associada a um aumento dos comportamentos problemáticos da criança e a práticas parentais menos eficazes (Muñoz-Silva et al., 2017). No entanto, o cuidado de crianças com PHDA exige tempo e energia, podendo levar os pais/cuidadores a sentirem-se culpados por não conseguirem atender igualmente aos outros filhos ou ao parceiro (Laugesen & Groenkjaer, 2015). Por outro lado, as mães geralmente assumem a maior parte da responsabilidade, o que pode causar sobrecarga e divergências no casal quanto à forma de lidar com a situação.

Os pais de crianças com PHDA enfrentam frequentemente níveis acrescidos de stresse, com impacto negativo na sua saúde mental e nos relacionamentos familiares (NICE, 2018). O *distress* psicológico associado ao cuidado está relacionado com sintomas de ansiedade e depressão nas mães, que apresentam o dobro da probabilidade de desenvolver uma perturbação psiquiátrica em comparação com mães de crianças em desenvolvimento típico (Moen et al., 2016). As mães assumem, com maior frequência, o papel de cuidadoras principais, sendo responsáveis pelas atividades diárias, disciplina e tratamento, o que torna o stresse parental uma preocupação particularmente relevante neste grupo (Howden & Meyer, 2011). Além disso, diversos estudos demonstram uma maior participação materna em avaliações psicológicas e psiquiátricas, bem como em programas de intervenção, em contraste com a reduzida inclusão e envolvimento paterno (Fabiano, 2007). De facto, Fabiano identificou que, numa revisão de 32 estudos de treino

parental (BPT), 87% não apresentavam resultados específicos relativos aos pais, revelando a sub-representação paterna nestas intervenções. Entre as barreiras destacam-se conteúdos concebidos sobretudo para mães, horários inflexíveis e expectativas culturais de que as mães são as principais cuidadoras. Esta discrepância reforça a importância de promover uma maior participação das diversas figuras parentais nos programas de treino parental, de forma a repartir as responsabilidades e a carga parental, e potenciar os resultados clínicos e familiares.

Nessa perspetiva, diversos estudos recomendam igualmente a avaliação da saúde mental dos pais ou cuidadores, não apenas porque o diagnóstico de PHDA em familiares mais velhos, como os pais, pode ter sido previamente negligenciado e deve ser levado em conta no processo de avaliação, mas também para compreender o seu estado psicológico (Dalrymple et al., 2019; Fernandes & António, 2004; Rodrigues & Antunes, 2014).

Para além dos desafios individuais, os pais também enfrentam obstáculos nos sistemas de saúde e educação na procura de suporte profissional (Laugesen & Groenkjaer, 2015). Os estudos indicam que a colaboração entre pais e profissionais no acompanhamento da PHDA é percebida de forma ambígua. Muitos pais valorizam o apoio recebido, mas enfrentam dificuldades em consegui-los devido à divisão dos mesmos e ao envolvimento de vários profissionais. Além disso, existem divergências na compreensão da perturbação e na definição de uma colaboração eficaz. Também, é comum a queixa dos pais por falta de orientações claras, especialmente quanto ao uso do tratamento farmacológico, como descrito anteriormente na secção *Tratamento e Intervenção Multimodal na PHDA*; a ausência de continuidade no acompanhamento; e a pouca atenção às necessidades emocionais e educativas das famílias, o que pode comprometer o cuidado das crianças com PHDA (Laugesen & Groenkjaer, 2015).

Um bom nível de conhecimentos sobre a PHDA é uma necessidade dos pais/cuidadores. Diferentes estudos têm chegado a diferentes resultados quanto a estes conhecimentos. Bado (2023), verificou que os pais consideram “fácil” encontrar informações online sobre esta perturbação. No entanto, ao procurarem profissionais adequados para o diagnóstico e tratamento da PHDA, não recorrem aos adequados. Os profissionais de saúde relatam que, muitas vezes, os pais e/ou cuidadores associam a PHDA a problemas de aprendizagem, procurando apoio na área da educação em vez de

recorrerem a médicos ou psicólogos. Por sua vez, os educadores referem que muitos pais revelam dificuldade em compreender as necessidades dos filhos e em aceitar o diagnóstico da criança. Embora Laugesen e Groenkjaer (2015) ressalte que mesmo diante das dificuldades, os pais se adaptam à nova realidade, geralmente aceitam o diagnóstico e preservam uma atitude otimista quanto ao futuro da criança e da família.

O estudo de Bado (2023) sinaliza dificuldades de os pais/cuidadores brasileiros no acesso a conteúdos sobre estratégias parentais práticas e eficazes para lidar com crianças com PHDA, como e.g. a formação parental comportamental (BPT), que ensina estratégias práticas para promover comportamentos adequados e reduzir comportamentos desafiantes. Quando questionados sobre o tipo de informação que gostariam de receber, os pais manifestaram interesse em conteúdos práticos sobre a gestão do comportamento dos filhos no dia a dia, assim como em obter mais esclarecimentos sobre a PHDA de forma geral, e o desejo de aprender a gerir melhor as suas reações face à desobediência dos filhos.

Adicionalmente, os resultados de todos os estudos citados anteriormente destacam a importância de questionar as famílias (ou cuidadores) de crianças com PHDA, procurando compreender de que forma a perturbação afeta a dinâmica familiar e quais as preocupações que daí decorrem. Torna-se igualmente essencial avaliar as suas necessidades pessoais, sociais e de saúde mental (Dalrymple et al., 2019), analisar as diferentes áreas do quotidiano familiar, como os sentimentos e atitudes dos pais em relação à criança, a relação conjugal e a vida social da família (Muñoz-Silva et al., 2017), bem como o incentivo à adesão ao tratamento, manutenção de rotinas escolares diárias e participação em grupos de autoajuda/apoio e treinos ou programas educativos (Dalrymple et al., 2019; Muñoz-Silva et al., 2017).

Neste contexto, o presente estudo visa identificar e caracterizar as necessidades percebidas pelos pais e cuidadores de crianças com PHDA. Para tal, desenvolveu-se um questionário específico que permite recolher dados relativos a várias dimensões. Os objetivos específicos do estudo incluem:

- Avaliar a autoperceção dos pais/cuidadores sobre o seu conhecimento da PHDA, incluindo os sintomas, tratamento farmacológico e intervenções psicológicas;

- Identificar as principais preocupações dos pais/cuidadores em relação ao comportamento da criança;
- Analisar a percepção de impacto da PHDA em áreas como a saúde física e mental, relações conjugais e sociais, vida profissional e financeira;
- Explorar a associação entre os défices nas funções executivas das crianças e o impacto percebido na vida dos pais/cuidadores.

Ao clarificar estas dimensões, este estudo pretende contribuir para a adequação das respostas de saúde e educação às realidades das famílias com filhos com PHDA.

Metodologia

Tipologia de Estudo

Este estudo de desenho transversal, descritivo e correlacional, teve a sua recolha de dados de maio a junho de 2025. O objetivo geral foi caracterizar as perceções e conhecimentos dos pais/cuidadores de crianças diagnosticadas com PHDA e as suas necessidades. Pretendeu-se ainda analisar a relação entre o perfil da criança com PHDA e diversos aspetos relativos às necessidades parentais, de acordo com as hipóteses descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Hipóteses Conceptuais do Estudo

N	Hipóteses Correlacionais
1	Quanto maior o conhecimento dos pais/cuidadores sobre os sintomas da PHDA, menor o impacto na sua saúde física/mental.
Hipóteses Comparativas	
2	O impacto percebido na saúde física/mental dos pais/cuidadores varia de acordo com o subtipo de apresentação da PHDA.
3	O impacto percebido nas relações sociais dos pais/cuidadores varia de acordo com o subtipo de apresentação da PHDA
4	O impacto percebido na saúde física/mental dos pais/cuidadores varia de acordo com a gravidade da PHDA das crianças.
5	O impacto percebido nas relações sociais dos pais/cuidadores varia de acordo com a gravidade da PHDA das crianças.
6	O impacto percebido pelos pais/cuidadores varia de acordo com os déficits nas funções executivas (avaliadas pelas escalas comportamental, emocional e cognitiva do Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas, 2ª edição (BRIEF2)).

Amostra

A amostra incluiu pais/cuidadores de crianças com diagnóstico de PHDA estabelecido há pelo menos seis meses, cujos filhos tinham idade compreendida entre os 6 e os 11 anos, acompanhadas num Centro de Desenvolvimento da Criança num hospital público português.

Os critérios de inclusão foram: (a) pais/cuidadores de crianças com PHDA de idade entre os 6 e os 11 anos até a data deste estudo; (b) diagnóstico de PHDA com um mínimo de seis meses; (c) domínio suficiente da língua portuguesa para responder ao questionário sem auxílio de um tradutor; e (d) consentimento informado para participação no estudo.

Foram definidos como critérios de exclusão: (a) pais/cuidadores de crianças com doença neurológica, Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) ou outras doenças crónicas com necessidades específicas que pudessem enviesar os resultados.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Elaborado com questões referente aos dados da criança, dados dos pais e dados da família, seguidos da história clínica da criança (Apêndice I).

Questionário de Necessidades Parentais de Pais de crianças com PHDA

O *Questionário de Necessidades Parentais de Pais de Crianças com PHDA* foi desenvolvido especificamente para o presente estudo (Apêndice 2), com o objetivo de identificar e caracterizar necessidades, preocupações, conhecimentos e impacto vivenciado por pais/cuidadores.

A construção do instrumento baseou-se na informação recolhida em contexto de consultas de Psicologia Clínica com famílias de crianças com PHDA, bem como na colaboração interdisciplinar com neuropediatras, pediatras do desenvolvimento e psiquiatras da infância e adolescência. A definição das dimensões e a formulação dos itens tiveram como referência as dificuldades mais frequentemente reportadas em contexto clínico e a literatura relativa ao impacto parental na PHDA.

Na sua concepção, procurou-se desenvolver um instrumento conciso, de fácil compreensão e rápido preenchimento, de modo a minimizar a sobrecarga dos pais/cuidadores e a favorecer a adesão em contexto clínico. Esta opção metodológica visou assegurar a aplicabilidade prática do questionário, mantendo simultaneamente a abrangência das dimensões consideradas relevantes.

O questionário é composto por cinco subdimensões: (1) Orientações/Conhecimentos; (2) Preocupações; (3) Recursos de Saúde e Educação; (4) Satisfação com os Recursos de Saúde e Educação; e (5) Impacto na Vida dos Responsáveis. As opções de resposta variaram em função da natureza das questões, incluindo escalas de tipo Likert e respostas de escolha múltipla.

Para as subdimensões (2) Preocupações e (5) Impacto na Vida dos Responsáveis, foram criadas variáveis compostas através do cálculo da média das respostas atribuídas aos respetivos itens. De forma semelhante, para testar a Hipótese 1, foi construída a variável “Conhecimentos”, a partir da média das respostas às questões 1, 2, 3 e 4 da subdimensão (1) Orientações/Conhecimentos, considerando uma escala de resposta de 1 a 5 pontos.

O instrumento foi aplicado em formato de autorrelato, sendo o seu preenchimento realizado pelos próprios pais/cuidadores.

Escala de Conners para Pais – Versão Reduzida

A *Escala de Conners para pais - versão reduzida*, originalmente desenvolvida por Conners (1997) e posteriormente revista e adaptada para a população portuguesa por Rodrigues (2003), é um instrumento amplamente utilizado na avaliação comportamental de sintomas associados à PHDA. A escala permite obter resultados em três dimensões principais: Problemas Cognitivos/Desatenção, Excesso de Atividade Motora e Índice Geral de PHDA.

A versão reduzida utilizada neste estudo é composta por 27 itens, cujos resultados são convertidos em notas T padronizadas ($M = 50$; $DP = 10$) com base em tabelas normativas, permitindo a comparação do desempenho individual com a população de referência. No presente estudo, foi considerado o Índice Geral de PHDA (escala D) como medida de gravidade sintomática. Este índice foi categorizado em cinco níveis de

gravidade: típico ($T \leq 55$), nível 1 ($T = 56-60$), nível 2 ($T = 61-64$), nível 3 ($T = 65-69$) e nível 4 ($T \geq 70$).

O Instrumento apresenta boas propriedades psicométricas reportadas na literatura, tendo sido utilizado no presente estudo de acordo com as orientações do manual, sem introdução de modificações.

Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas – BRIEF-2 (versão para pais)

No presente estudo recorreu-se ao *Behavior Rating Inventory of Executive Function, Second Edition* (BRIEF-2), desenvolvido por Gioia et al. (2015), na sua versão para pais. Foi utilizada a versão portuguesa traduzida e adaptada por uma equipa da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

O instrumento é constituído por 63 itens, respondidos numa escala de três pontos (1 = Nunca; 2 = Às vezes; 3 = Muitas vezes), avaliando a frequência de comportamentos relacionados com o funcionamento executivo da criança nos últimos seis meses.

Os resultados são convertidos em notas T padronizadas ($M = 50$; $DP = 10$) com base nas tabelas normativas do manual, permitindo a comparação com a população de referência, sendo que valores mais elevados indicam maior disfunção executiva. Para efeitos do presente estudo, foram considerados os três índices globais – Regulação Comportamental, Regulação Emocional e Regulação Cognitiva – como indicadores do funcionamento executivo.

O instrumento apresenta adequadas propriedades psicométricas descritas na literatura, tendo sido aplicado de acordo com as orientações do manual, sem alterações ao formato original.

Procedimentos

Após a aprovação do Conselho Científico da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem (Anexo I) e da Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta (Anexo II), foram seleccionados processos de crianças que cumpriam os critérios de inclusão e que tinham consultas agendadas de pediatria do desenvolvimento.

No dia da consulta, as pediatras do desenvolvimento eram informadas sobre os potenciais participantes. Após a consulta, as pediatras perguntavam aos pais/cuidadores se estariam dispostos a participar no estudo. Em caso afirmativo, os pais/cuidadores eram encaminhados para a sala da investigadora.

O preenchimento dos questionários foi efetuado maioritariamente pelas mães. Durante esse tempo, a investigadora interagiu com a criança. Em apenas dois casos participaram ambos os progenitores; nestas situações, foi o pai quem respondeu ao questionário enquanto a mãe dava atenção à criança.

No início da aplicação, era realizada uma explicação breve sobre os objetivos da investigação, seguido da entrega da carta de informação e do termo de consentimento informado (Anexo III). Após a assinatura, os questionários eram entregues aos participantes.

O processo de recolha teve uma duração aproximada de 15 a 20 minutos.

Processamento de Dados

O programa *Jeffrey's Amazing Statistics Program* (JASP) foi utilizado para realizar a análise estatística deste estudo. A estatística descritiva incluiu a apresentação da média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimos e máximos, frequência absoluta (n) e relativa (%). Foram criadas variáveis compostas para verificar o impacto médio percebido pelos cuidadores sobre a sua saúde. Relativamente aos pressupostos estatísticos, estes foram analisados apenas para variáveis dependentes do tipo escalar, sendo verificada a normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade das variâncias pelo teste de Levene, com o nível de significância para ambos de 5%. Para as demais variáveis, predominantemente ordinais, optou-se por testes não paramétricos.

Para a análise de correlação, realizou-se a correlação de Spearman, com valores de classificação de Pestana e Gageiro (2014): $\leq .19$ = muito fraca; $.20-.39$ = fraca; $.40-.69$ = moderada; $.70-.89$ = forte; $\geq .90$ = muito forte. Também foram conduzidas análises de ANOVA, com a interpretação do tamanho do efeito segundo Cohen's d : $< .20$ = efeito negligenciável; $.20-.49$ = pequeno; $.50-.79$ = médio; $\geq .80$ = grande (Cohen, 1988). Sempre que se identificaram diferenças estatisticamente significativas, realizaram-se análises post hoc para determinar entre que grupos ocorreram essas diferenças (Apêndice

3 Tabela 7). Também foram realizadas análises de regressão linear múltipla, sendo a Escala de Conners categorizada em grupos de gravidade dos sintomas da PHDA (típico, níveis 1 a 4), para ser utilizada como variável independente (V.I.).

Considerações Éticas

A metodologia adotada encontra-se em conformidade com os princípios éticos e normas deontológicas da investigação em Psicologia (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011, 2024).

A recolha dos dados foi precedida pela explicação do projeto aos potenciais participantes e pela assinatura de um consentimento informado (Anexo III).

A confidencialidade e o anonimato foram assegurados através da utilização de código alfanumérico para a identificação dos participantes. O nome foi registado apenas no documento de consentimento informado, que será guardado separadamente dos questionários, em local acessível unicamente às responsáveis pela investigação.

Resultados

Características Sociodemográficas da Amostra

Foram entrevistados 27 pais/cuidadores. Um dos participantes foi excluído por não cumprimento dos critérios de inclusão, nomeadamente a presença de uma síndrome genética na criança. Os pais das crianças tinham entre 29 e 53 anos de idade, com média de $M = 40.11$ ($DP = 6.62$), sendo 88.5% do sexo feminino ($n = 23$) e 11.5% do sexo masculino ($n = 3$). A maioria era casada ou em união de facto (88.5%; $n = 23$), seguida de divorciados ou separados (7.7%; $n = 2$) e solteiros (3.8%; $n = 1$). Quanto à escolaridade, 42.3% tinham o 12º ano ($n = 11$), 30.8% licenciatura ($n = 8$), 15.4% o 9º ano ($n = 4$), 7.7% o 7º ano ($n = 2$) e 3.8% o 8º ano ($n = 1$). Em relação à profissão, 11.5% eram auxiliares de educação ($n = 3$), 7.7% funcionárias públicas ($n = 2$) e 7.7% desempregadas ($n = 2$). Outras profissões, cada uma com 3.8% ($n = 1$), incluíram ajudante de cozinha, assistente educacional, auxiliar de limpeza, bombeira, *business analyst*, cabeleireira, camareira, consultora imobiliária, coordenador de logística, *designer*, doméstica, enfermeira, esteticista, gestora, massagista, polícia, professora e técnica de contas.

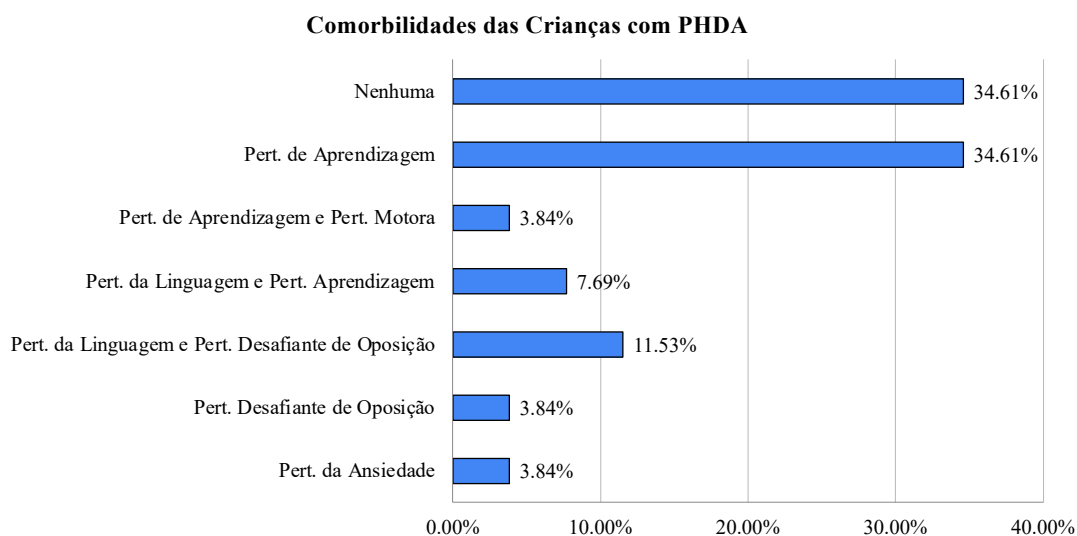
As crianças tinham entre 6 e 11 anos, com média de $M = 9.73$ ($DP = 1.40$), sendo 88.5% do sexo masculino ($n = 23$) e 11.5% do sexo feminino ($n = 3$). Em termos de escolaridade, 34.6% estavam no 5º ano ($n = 9$), 30.8% no 4º ano ($n = 8$), 15.4% no 3º ano ($n = 4$), 7.7% no 2º ano ($n = 2$), 7.7% no 6º ano ($n = 2$) e 3.8% na educação pré-escolar ($n = 1$). Quanto às apresentações da PHDA, 53.8% apresentavam o subtipo combinado ($n = 14$), 38.5% desatento ($n = 10$) e 7.7% hiperativo ($n = 2$). Todas as crianças faziam tratamento farmacológico ($n = 26$), sendo os medicamentos utilizados *Metilfenidato* (84.61%; $n = 22$), *Elvanse* (11.5%; $n = 3$) e a combinação de *Risperidona* e *Clonidina* (3.8%; $n = 1$). Além disso, 23.1% relataram ter familiares com PHDA ($n = 6$), sendo mencionados irmãos da criança ($n = 4$), primos da criança ($n = 3$, incluindo um participante que citou três primos) e pai da criança ($n = 1$), enquanto 76.9% referiram não ter familiares com a perturbação ($n = 20$).

Na análise das comorbilidades, 34.61% ($n = 9$) das crianças não apresentavam nenhuma, enquanto a mesma proporção 34.61% ($n = 9$) apresentava perturbações da aprendizagem, a comorbilidade mais frequente. As restantes crianças apresentaram outras

comorbilidades, nomeadamente perturbações da linguagem associadas à aprendizagem (7.69%; $n = 2$), perturbação desafiante de oposição (3.84%; $n = 1$), perturbação da ansiedade (3.84%; $n = 1$), perturbação de aprendizagem associada a perturbação motora (3.84%; $n = 1$) e perturbação da linguagem associada a perturbação desafiante de oposição (11.53%; $n = 3$) (Figura 1).

Figura 1

Comorbilidades identificadas na amostra de crianças com PHDA ($n = 26$)



Resultados das Escalas

No presente estudo, procedeu-se à análise da consistência interna dos instrumentos utilizados. A BRIEF-2 revelou excelente fiabilidade interna na amostra em estudo ($\alpha = .92$), tal como a Escala de Conners para Pais ($\alpha = .92$), sustentando a adequação da utilização destes instrumentos nas análises subsequentes.

Resultados do Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas (BRIEF-2)

As crianças apresentaram, no índice comportamental, pontuações padronizadas entre $T = 44$ e $T = 83$ com $M = 65.03$; $DP = 11.08$. No índice de regulação emocional, as pontuações variaram entre $T = 39$ e $T = 76$ ($M = 61.42$; $DP = 9.50$). Já no índice de regulação cognitiva, os valores oscilaram entre $T = 51$ e $T = 86$ ($M = 64.35$; $DP = 9.19$).

Estas pontuações estão padronizadas em notas T ($M = 50$; $DP = 10$). Considerando os pontos de corte recomendados, observa-se que a média no índice comportamental situa-se em nível clínico ($T \geq 65$), enquanto os índices de regulação emocional e cognitiva encontram-se em nível limítrofe ($T = 60-64$), próximos do clínico.

Resultados da Escala de Conners para Pais

As pontuações padronizadas (notas T) do índice D apresentaram uma média $M = 65.42$ ($DP = 8.81$), com valores entre 47 e 83 (Min e Max). Para efeitos de análise, foram considerados quatro níveis distintos de gravidade: Nível 1: $T = 56-60$; Nível 2: $T = 61-64$; Nível 3: $T = 65-69$; e Nível 4: $T = 70-90$.

De forma complementar, tanto a Escala de Conners como o BRIEF-2 revelam perfis consistentes de dificuldades significativas. Na Conners, a média global situa-se em nível clínico ($T \geq 65$), indicando elevada gravidade dos sintomas de PHDA.

Em conjunto com os resultados da BRIEF-2, estes achados são consistentes com a presença de dificuldades significativas, sugerindo impacto transversal no comportamento, na regulação emocional e nas funções cognitivas das crianças avaliadas.

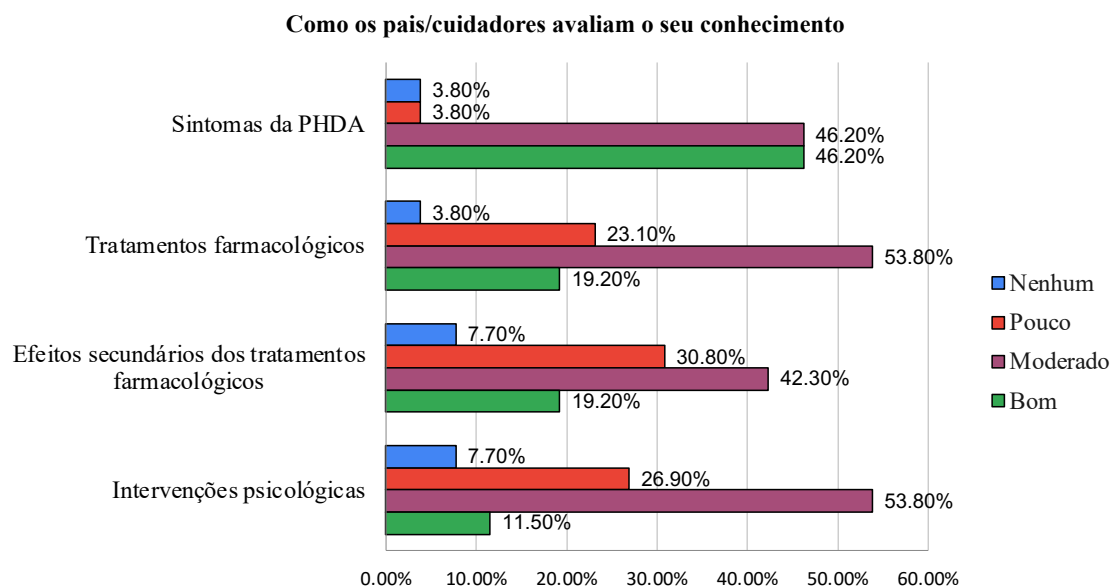
Necessidades Parentais em Pais/Cuidadores de Crianças com PHDA

1ª Subdimensão “Orientações/Conhecimentos”

Esta subdimensão inclui seis questões. As questões de 1 a 4 são referentes à percepção que os pais têm sobre o seu nível de conhecimentos sobre várias dimensões da PHDA (Figura 2). Relativamente ao conhecimento dos pais/cuidadores sobre a PHDA, a maioria avaliou o seu nível como moderado ou bom em todas as dimensões (Tabela 1, Apêndice 3). Em relação aos sintomas da PHDA, 46.2% indicaram conhecimento moderado e 46.2% bom. Quanto aos tratamentos farmacológicos, 53.8% reportaram conhecimento moderado, enquanto apenas 19.2% referiram bom. Sobre os efeitos secundários dos fármacos, 42.3% declararam conhecimento moderado e 19.2% bom. Relativamente às intervenções psicológicas, 53.8% assinalaram conhecimento moderado e 11.5% bom. Importa salientar que nenhum participante se considerou com conhecimento excelente em qualquer dimensão.

Figura 2

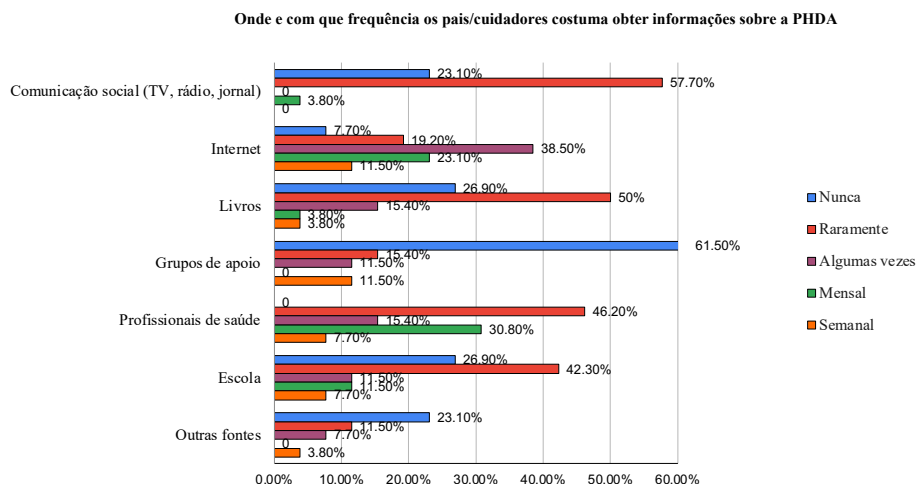
Resposta às Questões: 1 Como avalia o seu nível de conhecimento relativamente aos sintomas da PHDA?; 2 Como avalia o seu nível de conhecimento relativamente aos tratamentos farmacológicos disponíveis para PHDA?; 3 Como avalia o seu nível de conhecimento relativamente aos efeitos acessórios/secundários dos tratamentos farmacológicos disponíveis para PHDA?; 4 Como avalia o seu nível de conhecimento referente às intervenções psicológicas disponíveis para a PHDA?



Na análise da questão 5, *Como julga a importância de ter mais conhecimentos sobre a PHDA?*, 76.9% consideraram *muito importante* ($n= 20$), 15.4% *bastante* ($n= 4$), e 7.7% *moderadamente importante* ($n= 2$). A figura 3 apresenta os resultados obtidos na questão 6 *Onde e com que frequência costuma obter informação sobre PHDA* (Tabela 2, Apêndice 3).

Figura 3

Resposta da Questão 6 Onde e com que frequência costuma obter informação sobre a PHDA?

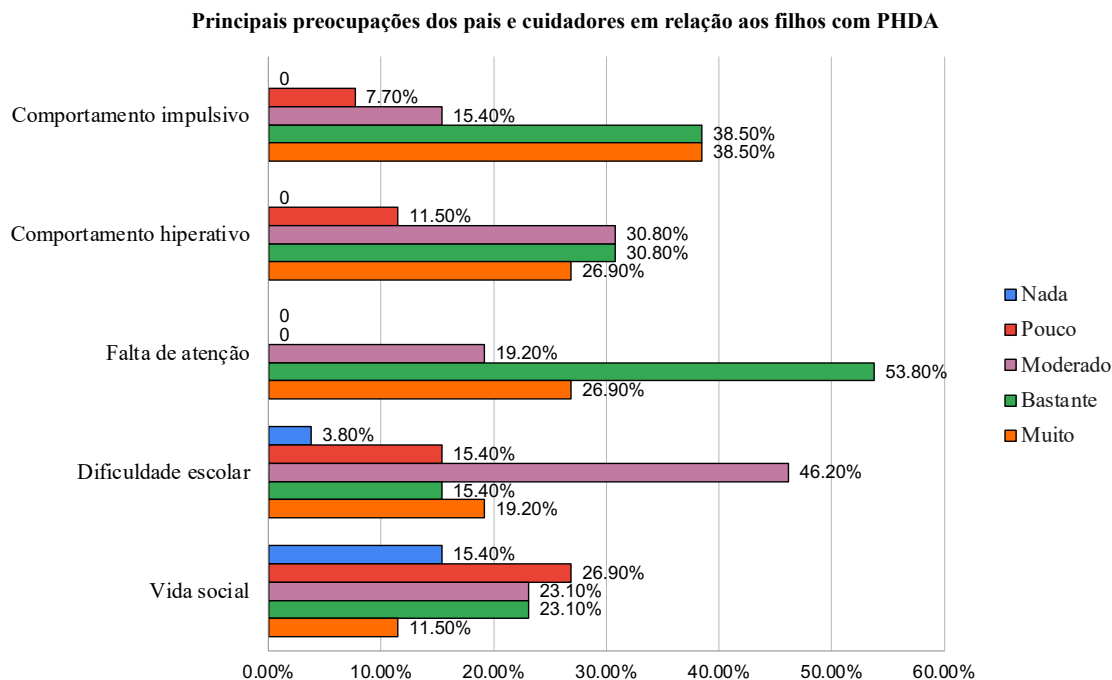


2ª Subdimensão “Preocupações”

Esta subdimensão inclui uma questão dividida em cinco subquestões. A Figura 4 apresenta as áreas de preocupação de acordo com o nível de preocupação. As respostas a cada área de preocupação são apresentadas na Tabela 3 do Apêndice 3. O nível de preocupação médio para todas as subquestões foi de 3.615 ($DP = .590$) considerando que 1 = *Nada*, 2 = *Pouco*, 3 = *Moderado*, 4 = *Bastante* e 5 = *Muito*, indicando assim intensidade moderada. Contudo, os dados revelam diferenças relevantes entre as áreas avaliadas. As maiores preocupações reportadas foram a falta de atenção (53.8% *bastante* e 26.9% *muito*) e o comportamento impulsivo (38.5% *bastante* e 38.5% *muito*), ambos concentrando a maioria das respostas nos níveis mais elevados da escala. Em contrapartida, as competências de vida social das crianças foi a dimensão que menos preocupou os pais/cuidadores, com 42.3% a indicarem *nada* ou *pouco* e apenas 11.5% a responderem *muito*.

Figura 4

Questão 7 O que preocupa os pais/cuidadores em relação aos filhos com PHDA?



3ª Subdimensão “Recursos de Saúde e Educação”

Esta subdimensão é composta por cinco questões. A Figura 5 apresenta as respostas sobre o acesso dos pais a recursos ou apoios (questão 8), enquanto a Figura 6 mostra a percepção da relevância desses recursos ou apoios (questão 9). A Figura 7 apresenta as respostas sobre os recursos ou apoios disponíveis para os filhos (questão 10) e a Figura 8 indica a relevância atribuída pelos pais ou cuidadores ao facto de os filhos terem acesso a esses recursos ou apoios (questão 11).

Na análise dos recursos de saúde e educação, verificou-se que a maioria dos cuidadores não beneficia diretamente de apoios formais. Apenas 15.4% referiram acompanhamento psicológico, 11.5% acesso a materiais educativos e 3.8% participação em grupos de apoio. Em contraste, 46.2% referiram apoio de familiares ou amigos, e 57.7% afirmaram não ter qualquer recurso formal de suporte. Relativamente às crianças, todas estavam em tratamento farmacológico, mas o acesso a outros apoios especializados foi mais limitado: apenas 61.5% tinham acompanhamento psicológico/neuropsicológico, 30.8% beneficiavam de explicador e 23.1% de professor de ensino especial, enquanto

terapias como fala, ocupacional ou psicomotricidade foram reportadas em menos de 20% dos casos (Figura 7; Tabelas 4 e 5, Apêndice 3).

Quanto à relevância atribuída aos recursos, os cuidadores consideraram o apoio de familiares/amigos (30.8% *muito*) e o acompanhamento psicológico (30.8% *bastante*) como particularmente significativos (Figura 6). Para as crianças, destacou-se a elevada valorização do tratamento farmacológico (92.3% entre *bastante* e *muito*) e do acompanhamento psicológico/neuropsicológico (77%). Já os apoios escolares (professor de ensino especial, medidas de apoio escolar) e explicações individuais foram igualmente bem avaliados, sobretudo por uma parte relevante dos cuidadores que referiu impacto positivo nestas intervenções.

No que respeita à dificuldade em encontrar um local adequado para tratamento (questão 12), 34.6% relataram ter sido *pouco difícil* e 26.9% consideraram *fácil*, enquanto 15.4% afirmaram que foi *muito difícil*. Estes dados sugerem que, embora exista acesso generalizado ao tratamento farmacológico, o acesso a outros serviços terapêuticos e de apoio permanece restrito e desigual, representando um desafio significativo para muitas famílias.

Em linha com a literatura, estes resultados confirmam que, para além do acesso limitado a recursos, os cuidadores experienciam frequentemente falta de orientações claras e ausência de continuidade nos serviços, o que compromete a qualidade do acompanhamento oferecido (Laugesen & Groenkjaer, 2015). Assim, torna-se evidente a necessidade de intervenções integradas que assegurem não apenas a prescrição farmacológica, mas também apoio psicológico, educativo e familiar, de modo a responder de forma mais eficaz às necessidades parentais e às exigências do quotidiano destas famílias.

Figura 5

Questão 8 Beneficia de algum recurso/apoio para si como Pai/Mãe/cuidador de criança/adolescente com PHDA?

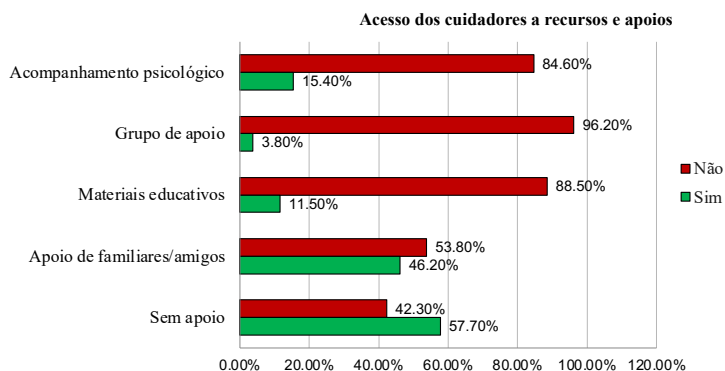


Figura 6

Questão 9 Qual a relevância que têm os seguintes recursos/apoio para si como Pai/Mãe/cuidador de criança/adolescente com PHDA?

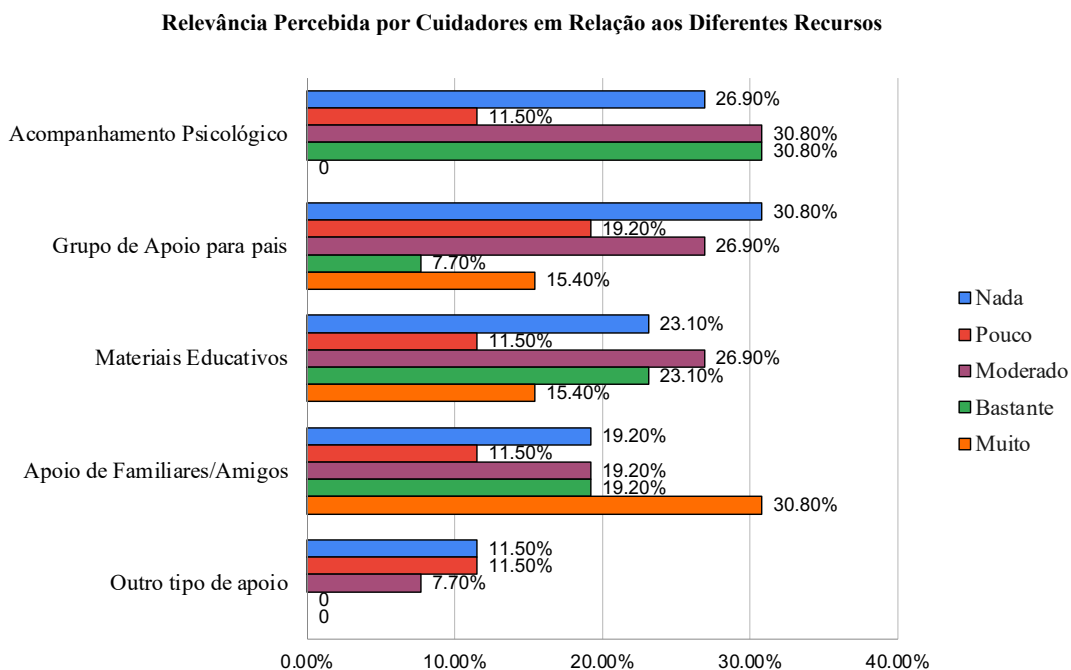


Figura 7

Questão 10 O seu filho/filha beneficia de algum recurso/apoio)?

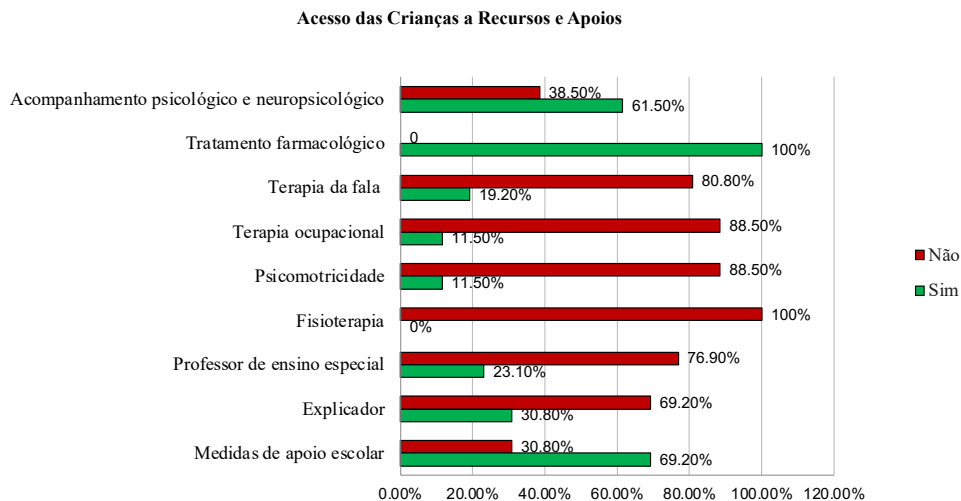
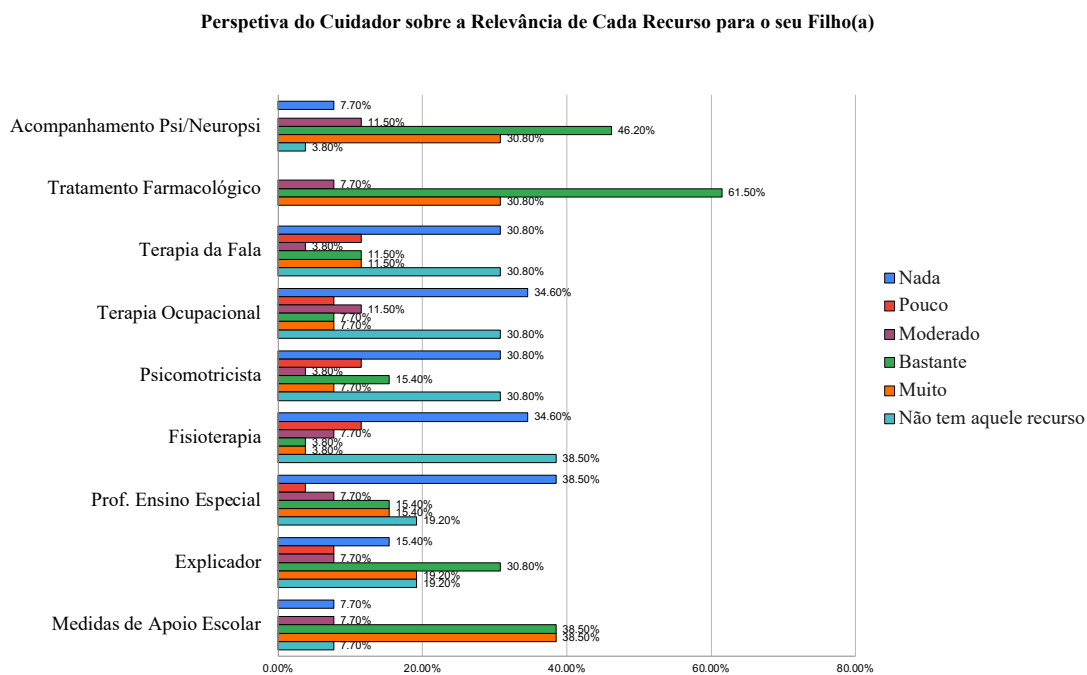


Figura 8

Questão 11 Qual a relevância que têm os seguintes recursos/apoio para seu/sua filho(a)



4ª Subdimensão “Satisfação com os Recursos de Saúde e Educação”

Esta subdimensão é composta por duas questões. Quanto ao apoio oferecido pelos serviços de saúde (questão 13), a maioria relatou estar *bastante satisfeita* (46.2%, $n = 12$), seguida de *moderadamente satisfeita* (38.5%, $n = 10$). Percentagens menores indicaram *pouco satisfeita* (7.7%, $n = 2$) ou *nada satisfeita* (3.8%, $n = 1$), sendo que apenas 3.8% ($n = 1$) reportaram estar *muito satisfeita*.

Relativamente ao apoio oferecido pela escola (questão 14), 30.8%, ($n = 8$) indicaram estar *nada satisfeitos(as)*, 30.8%, ($n = 8$) *moderadamente satisfeitos(as)*, 23.1% ($n = 6$) *pouco satisfeitos(as)* e 15.4% ($n = 4$) *bastante satisfeitos(as)*. Nenhum participante indicou estar *muito satisfeito(a)*.

5ª Subdimensão “Impacto na Vida dos Responsáveis”

Esta subdimensão inclui uma questão (questão 15) com seis subquestões (Apêndice 3, Tabela 6). A Figura 9 apresenta as respostas sobre o impacto da PHDA em diferentes áreas da vida dos pais/cuidadores. A média geral das respostas sobre o impacto nas 5 áreas foi de $M = 2.69$ ($DP = .85$), indicando impacto global de nível baixo a moderado.

No entanto, ao analisar cada domínio em separado, observam-se diferenças relevantes. O maior impacto foi reportado na saúde física e mental, onde 61.5% dos pais/cuidadores indicaram níveis de impacto entre *moderado* e *alto*. Também a relação com outros filhos mostrou resultados expressivos, com 57.7% a referirem impacto de *moderado* a *muito alto*, refletindo as dificuldades em dividir atenção e cuidados. A vida financeira foi igualmente afetada, com 57.7% dos pais/cuidadores a apontarem impacto entre *moderado* e *muito alto*, sugerindo que a gestão dos custos associados ao tratamento e acompanhamento representa uma preocupação relevante (Figura 9).

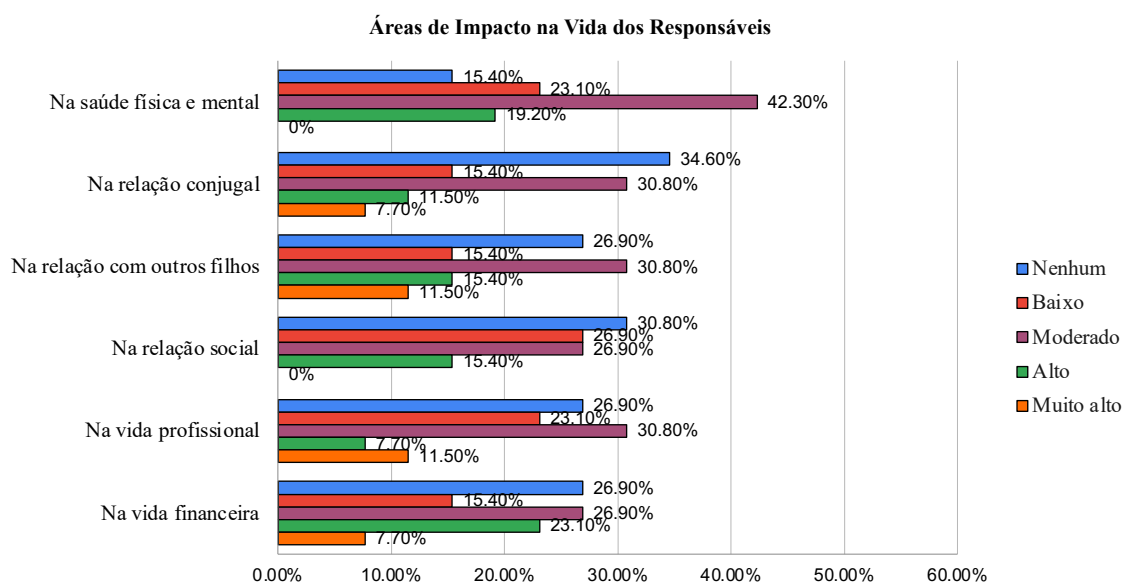
Em contraste, os menores níveis de impacto foram observados na relação social (30.8% *nenhum* e 26.9% *baixo*) e na relação conjugal (34.6% *nenhum* e 15.4% *baixo*), ainda que, para alguns pais/cuidadores, estas áreas também tenham sido marcadas por dificuldades (19.2% na conjugal e 15.4% na social reportaram impacto *alto*). A vida profissional apresentou uma distribuição mais heterogénea: 50% referiram impacto entre *nenhum* e *baixo*, mas 19.2% indicaram impacto *alto* ou *muito alto*, evidenciando que,

para uma parte dos pais/cuidadores, a conciliação entre as exigências do trabalho e as necessidades da criança é desafiante.

Em síntese, os resultados mostram que, embora o impacto global seja de baixa a moderada intensidade, a saúde mental, as relações familiares e a vida financeira emergem como os domínios mais afetados. Estes achados reforçam a importância de estratégias de apoio dirigidas não só às crianças, mas também aos pais/cuidadores, particularmente no âmbito do bem-estar psicológico e do suporte económico.

Figura 9

Questão 15 Quais as áreas da sua vida em que a PHDA do seu/sua filho/filha tem impacto e com que intensidade



Testes de Hipóteses

H1: A correlação de Spearman revelou associação positiva moderada entre a perceção do conhecimento dos pais/cuidadores sobre os sintomas da PHDA na criança e o impacto percebido na sua saúde física/mental ($r = .409$; $p = .038$).

H2: Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no impacto percebido na saúde física/mental dos pais/cuidadores entre os subtipos de apresentação da PHDA na criança ($\chi^2(2) = 2.848$, $p = .241$).

H3: Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no impacto sobre as relações sociais dos pais/cuidadores em função do subtipo de apresentação da PHDA na criança ($\chi^2(2) = 2.830, p = .243$).

H4: Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no impacto na saúde física/mental dos pais/cuidadores em função da gravidade da PHDA das crianças ($\chi^2(4) = 14.440, p = .006, \eta^2 = .497$). As análises post hoc indicaram diferenças entre os pares: nível 1 e típico ($p = .040$), nível 2 e 4 ($p = .023$) e nível 4 e típico ($p = .001$) (Tabela 7, Apêndice 3). Em termos descritivos, observou-se que os pais/cuidadores de crianças do nível 4 reportaram o maior impacto na saúde física/mental ($M = 4.44$), seguidos do nível 1 ($M = 3.80$). Já o grupo típico apresentou o menor impacto ($M = 1.67$), confirmando que níveis mais elevados de gravidade da PHDA estão associados a maior sobrecarga nos pais/cuidadores.

H5: Não se identificaram diferenças estatisticamente significativas no impacto percebido nas relações sociais dos cuidadores de acordo com os níveis de gravidade da PHDA na criança ($\chi^2(4) = 6.100, p = .192$).

H6: A regressão linear múltipla foi estatisticamente significativa ($F(3, 22) = 3.68, p = .027$), explicando 33.4% da variância no impacto percebido, medido através da média composta das respostas (de 1 a 5) dos pais/cuidadores sobre o impacto da PHDA em diferentes áreas da sua vida (saúde física/mental, relação conjugal, relação com outros filhos, vida social, vida profissional e vida financeira). Entre os preditores, as dificuldades de regulação emocional das crianças (avaliadas pelo BRIEF2) emergiram como significativas ($\beta = 0.051, SE = 0.020, t = 2.55, p = .018$), indicando que maiores défices de regulação emocional predizem maior impacto negativo percebido pelos pais/cuidadores. Já as dificuldades de regulação cognitiva ($\beta = 0.042, SE = 0.022, t = 1.93, p = .067$) e comportamental ($\beta = -0.038, SE = 0.021, t = 1.81, p = .085$) não se revelaram preditores significativos.

Discussão

O presente estudo transversal, descritivo e correlacional teve como objetivo investigar a percepção dos pais/cuidadores de crianças com PHDA relativamente às suas necessidades, ao conhecimento sobre a perturbação e ao impacto percebido nas suas vidas. Os resultados oferecem contributos relevantes para a compreensão exploratória das implicações familiares da PHDA no contexto português.

A caracterização sociodemográfica da amostra revelou que a maioria dos pais/cuidadores era do sexo feminino (88.5%), corroborando a literatura que indica que as mães tendem a assumir, de forma predominante, o papel de cuidadoras principais (Moen et al., 2016; Laugesen & Groenkjaer, 2015). No que respeita às crianças, a maior parte era do sexo masculino (88.5%), o que também está em consonância com a literatura, que aponta para uma prevalência significativamente superior da PHDA em rapazes, variando entre duas a três vezes mais do que em raparigas (Willcutt, 2012; Skounti et al., 2006).

Relativamente às formas de apresentação da PHDA, a maioria das crianças apresentava a forma combinada (53.8%), seguida da forma predominantemente desatenta (38.5%) e, por último, a forma predominantemente hiperativa/impulsiva (7.7%). Estes resultados estão em consonância com a literatura, que identifica a forma combinada como a mais comum em contextos clínicos (APA, 2014). Todas as crianças estavam a receber tratamento farmacológico, sobretudo com *Metilfenidato*, considerado primeira linha pelas diretrizes internacionais (Coghill et al., 2014; Hodgkins et al., 2012; Matthijssen et al., 2019; Cortese, 2023; Dentz et al., 2024).

No que respeita ao fator genético, 23.1% dos pais/cuidadores referiram ter familiares diagnosticados com PHDA. Este valor pode estar subestimado, já que alguns pais reconheceram sintomas em si próprios sem avaliação formal, o que se alinha com estudos que destacam a elevada herdabilidade da perturbação (Sonunga-Barke et al., 2022; Barkley, 2020). No entanto, este foi um achado acidental, uma vez que não foi consistentemente avaliada a presença de sintomas nos pais.

Os resultados relativos às necessidades, conhecimentos e impacto parental foram obtidos através de um questionário desenvolvido especificamente para o presente estudo,

devido, por isso, ser interpretados à luz da sua natureza exploratória e da ausência de validação psicométrica formal.

Quanto à percepção dos pais/cuidadores sobre os seus níveis de conhecimentos sobre a PHDA, a maioria dos pais/cuidadores referiu níveis moderados a bons sobre sintomas, mas níveis mais baixos relativamente ao tratamento farmacológico, com metade a reportar pouco conhecimento nesta área. Tal é consistente com a lacuna descrita por Laugesen e Groenkjaer (2015), que salientam a escassez de informação clara sobre medicação, efeitos secundários e o seguimento clínico. Esta limitação pode comprometer a adesão terapêutica e agravar o stresse parental.

Foi ainda observado que a internet constitui a principal fonte de informação, sobretudo de forma esporádica (38.5%. *algumas vezes*), enquanto a escola, livros e profissionais de saúde foram menos referidos. Estes resultados refletem a tendência identificada por Bado et al. (2023), segundo a qual os pais recorrem a fontes de informação facilmente acessíveis, embora não necessariamente fiáveis.

No que toca aos recursos educacionais e de saúde, verificaram-se discrepâncias entre o acesso real e a importância atribuída. A maioria dos pais/cuidadores não tinha acesso a acompanhamento psicológico (84.6%), grupos de apoio (96.2%) nem a materiais educativos (88.5%), embora considerasse esses recursos altamente relevantes, sobretudo o acompanhamento psicológico (61.6%). Esta discrepância sugere a existência de uma possível lacuna estrutural, apontando para a necessidade de políticas que ampliem o acesso dos cuidadores a apoio especializado. Em contrapartida, o suporte informal de familiares e amigos foi o mais disponível (46.2%), confirmando o papel protetor do suporte social (Muñoz-Silva et al., 2017).

Quanto às crianças, o recurso farmacológico foi considerado de alta relevância (92.3%), correspondendo ao facto de todas estarem em tratamento. Outros acompanhamentos, como Terapia Ocupacional, Psicomotricidade e Terapia da Fala são menos comuns e consideradas de menor importância, embora tal possa refletir desconhecimento dos pais/cuidadores sobre o potencial destas intervenções, o que não foi investigado. No domínio escolar, as medidas de apoio e explicadores foram relativamente acessíveis e valorizadas, mas os professores de ensino especial tiveram baixa disponibilidade e menor valorização. Apesar do acesso a vários apoios, muitos cuidadores

expressaram insatisfação com os serviços escolares, em contraste com uma percepção mais positiva relativamente aos serviços de saúde. Tal confirma as dificuldades já relatadas por Laugesen e Groeenkjaer (2015) quanto às barreiras de acesso e eficácia dos serviços.

No plano correlacional, os resultados relativos às hipóteses formuladas revelaram um conjunto de achados relevantes. Relativamente à H1 verificou-se que maior conhecimento sobre a PHDA se associou a maior impacto percebido na saúde física e mental dos pais/cuidadores – resultado contrário ao esperado. Este achado pode refletir que a informação disponível está centrada nos desafios e não nas estratégias de *coping*, confirmando a necessidade de processos de aconselhamento estruturados e contínuos (Fernandes & António, 2004).

No que respeita às H2 e H3, não se observaram diferenças significativas no impacto familiar em função dos subtipos de apresentação da PHDA, quer na saúde física/mental, quer nas relações sociais. Este resultado diverge de alguns estudos prévios (Franke et al., 2018), mas pode ser explicado, em parte, pela distribuição desigual dos subtipos nesta amostra. Adicionalmente, não se pode excluir que fatores culturais, no contexto português, influenciem a forma como os sintomas de cada subtipo são reconhecidos, valorizados ou relatados pelos pais/cuidadores, o que poderá condicionar os resultados observados.

Relativamente à H4, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no impacto na saúde física/mental dos pais /cuidadores em função da gravidade da PHDA da criança. Estes resultados são consistentes com a relevância clínica da intensidade sintomática, em linha com Barkley (2020), que sublinha que níveis mais elevados de gravidade predizem maior disfunção familiar.

Já quanto à H5, não foram encontradas diferenças significativas no impacto sobre as relações sociais dos pais/cuidadores em função da gravidade da PHDA. Este achado sugere que a vida social parental pode estar amplamente condicionada pela presença da perturbação em si, independentemente do grau de severidade. No entanto, tal como referido nas hipóteses H2 e H3, este resultado poderá também ser explicado pela distribuição desigual entre níveis de gravidade nesta amostra, não se excluindo ainda a possibilidade de que fatores culturais influenciem a forma como os pais/cuidadores percebem e relatam o impacto social associado à PHDA.

Por fim, relativamente à H6, verificou-se que apenas as dificuldades de regulação emocional das crianças predizem significativamente maior impacto percebido pelos pais/cuidadores, explicando 33.4% da variância do impacto percebido, no modelo analisado. Este resultado sugere a relevância da dimensão emocional da PHDA, que se associa de forma direta ao stresse parental e à saúde mental das famílias.

Em síntese, os resultados obtidos reforçam a necessidade de intervenções integradas que abordem simultaneamente as dificuldades das crianças e o apoio aos pais/cuidadores, com especial atenção ao acompanhamento psicológico, grupos de apoio e informação qualificada. Estes achados devem, no entanto, ser interpretados à luz das limitações do estudo, nomeadamente a dimensão reduzida da amostra ($N = 26$) e a sua concentração num único contexto geográfico, não refletindo a diversidade de outras zonas do país nem diferentes realidades socioculturais. A natureza transversal e o recurso a autorrelato constituem igualmente limitações, restringindo a generalização dos resultados e sugerindo a necessidade de estudos futuros com maior representatividade, em múltiplos contextos e com metodologias longitudinais. Adicionalmente, a utilização de um instrumento desenvolvido especificamente para este estudo reforça a necessidade de futuras investigações que procedam à sua validação psicométrica, permitindo consolidar os resultados obtidos.

Limitações do Estudo

Apesar dos contributos relevantes, este estudo apresenta algumas limitações. A amostra não aleatória e recrutada num único centro, limita a representatividade e a generalização dos resultados. A concentração num único contexto geográfico e institucional pode não refletir a diversidade de experiências existentes noutras regiões do país ou em diferentes contextos socioculturais, podendo introduzir viés de seleção.

Além disso, o carácter transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis. O recurso a questionários de autoresposta pode estar sujeito a enviesamentos, como perceções subjetivas ou desejabilidade social. A presença da investigadora durante a aplicação pode ter contribuído para reduzir dificuldades de compreensão dos itens, mas também poderá ter aumentado a probabilidade de respostas influenciadas pela desejabilidade social.

Acresce que o Questionário de Necessidades Parentais foi desenvolvido especificamente para o presente estudo, não dispondo ainda de estudos formais de validação psicométrica. Embora a sua construção tenha sido sustentada na prática clínica e na colaboração interdisciplinar, bem como orientada por critérios de clareza e brevidade para facilitar o preenchimento em contexto aplicado, a ausência de validação externa limita a generalização dos resultados obtidos. Investigações futuras deverão proceder à análise das propriedades psicométricas do instrumento, incluindo estudos de validade e fiabilidade em amostras alargadas.

Sugestões e Implicações para Estudo Futuros

Futuras investigações devem considerar amostras mais diversificadas, integrando pais/cuidadores provenientes de diferentes zonas do país e de variados contextos socioeconómicos e culturais. A utilização de metodologias mistas (quantitativas e qualitativas) poderá aprofundar a compreensão das experiências e estratégias de *coping* dos pais/cuidadores. Estudos longitudinais seriam igualmente relevantes para acompanhar a evolução das necessidades parentais ao longo do desenvolvimento da criança e em diferentes fases do ciclo vital.

Conclusões

O presente estudo teve como objetivo identificar e caracterizar as necessidades percebidas pelos pais/cuidadores de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), bem como analisar o impacto da perturbação em diferentes áreas da sua vida. Os resultados evidenciam que, embora exista um nível globalmente moderado de conhecimento sobre a PHDA, persistem lacunas significativas relativamente ao tratamento farmacológico e ao acesso a recursos adequados de saúde e educação.

Verificou-se que os cuidadores experienciam um impacto relevante na saúde física e mental, sendo este agravado em casos de maior gravidade da PHDA e perante dificuldades na regulação emocional das crianças. A ausência de diferenças significativas entre as formas de apresentação da PHDA reforça a complexidade da experiência parental e a necessidade de abordagens individualizadas.

Este estudo sublinha a importância de envolver ativamente os pais/cuidadores no processo de diagnóstico, intervenção e acompanhamento, promovendo maior literacia em

saúde sobre a PHDA e desenvolvendo estratégias de suporte ajustadas às suas necessidades reais. A valorização da experiência dos cuidadores deve ser integrada nas práticas clínicas e educativas, contribuindo para respostas mais humanas, eficazes e sustentáveis.

Os dados obtidos podem servir de base para a criação e validação de instrumentos específicos de avaliação das necessidades parentais no contexto da PHDA, bem como para o desenho de programas de intervenção multidisciplinar centrados na família.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*: (5ª ed.; trad. Port.) Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5-TR* (Texto revisto; trad. port.). Climepsi Editores.
- Anderson, V., Northam, E., & Wrennall, J. (2019). *Developmental neuropsychology*. Taylor & Francis.
- Bado, P., Raquel da Costa, Bernardes, C., Tripp, G., Mattos, P., & Furukawa, E. (2023). Needs assessment for behavioral parent training for ADHD in Brazil. *Frontiers in Psychiatry, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1191289>
- Barkley, R. A. (2020). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Coghill, D. R., Seth, S., Pedroso, S., Usala, T., Currie, J., & Gagliano, A. (2014). Effects of Methylphenidate on Cognitive Functions in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence from a Systematic Review and a Meta-Analysis. *Biological Psychiatry, 76*(8), 603–615. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.10.005>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- 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>

- Dalrymple, R. A., McKenna Maxwell, L., Russell, S., & Duthie, J. (2019). NICE guideline review: Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87). *Archives of Disease in Childhood - Education & Practice Edition*, 105(5), edpract-2019-316928. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-316928>
- Dentz, A., Soelch, C. M., Fahim, C., Torsello, A., Parent, V., Ponsioen, A., Guay, M.-C., Bioulac-Rogier, S., Clément, C., Bader, M., & Romo, L. (2024). Non-pharmacological treatment of attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD). overview and report of the first international symposium on the non-pharmacological management of ADHD. *L'Encéphale*, 50(3). <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.04.010>
- Fabiano, G. A. (2007). Father participation in behavioral parent training for ADHD: Review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 683–693. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.683>
- Faraone, S., Biederman, J., & Monuteaux, M. C. (2002). Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 6(1), 5–13. <https://doi.org/10.1177/108705470200600102>
- Filipe, A. M. (2020). Situar a hiperatividade e déficit de atenção em Portugal: dimensões sociais, históricas e éticas de um tema emergente na saúde global. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00056420>
- Fernandes, E., & António, J. P. (2004). Perturbação de hiperatividade com défice de atenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 20(4), 451–454. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v20i4.10057>

- 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*, 28(10), 1059–1088. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001>
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., Johnson, M., Rothenberger, A., & Niklasson, L. (2004). Co-existing Disorders in ADHD - Implications for Diagnosis and Intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(S1). <https://doi.org/10.1007/s00787-004-1008-4>
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2015). *Behavior rating inventory of executive function – Second edition (BRIEF-2)*. Hogrefe.
- Hodgkins, P., Shaw, M., Coghill, D., & Hechtman, L. (2012). Amphetamine and methylphenidate medications for attention-deficit/hyperactivity disorder: complementary treatment options. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(9), 477–492. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0286-5>
- Howden, L., & Meyer, J. (2011). *Census Briefs*. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2011/dec/c2010br-03.pdf>
- Hunt, R. D., A Paguin, & Payton, K. (2001). An Update on Assessment and Treatment of Complex Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatric Annals*, 30(3), 162–172. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-20010301-10>

- Isabel. (2018). Impacto da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (subtipode validade com a Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC)*. *Handle.net*. <https://hdl.handle.net/10316/12153>
- Lanjekar, P. D., Joshi, S. H., Lanjekar, P. D., & Wagh, V. (2022). The effect of parenting and the parent-child relationship on a child's cognitive development: A literature review. *Cureus*, *14*(10), 1–7. <https://doi.org/10.7759/cureus.30574>
- Laugesen, B., & Groenkjaer, M. (2015). Parenting experiences of living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review of qualitative evidence. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *13*(11), 169–234. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2449>
- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(6), 643–654. Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl054>
- Matthijssen, A.-F. M., Dietrich, A., Bierens, M., Kleine Deters, R., van de Loo-Neus, G. H. H., van den Hoofdakker, B. J., Buitelaar, J. K., & Hoekstra, P. J. (2019). Continued Benefits of Methylphenidate in ADHD After 2 Years in Clinical Practice: A Randomized Placebo-Controlled Discontinuation Study. *American Journal of Psychiatry*, *176*(9), 754–762. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18111296>
- McCann, B. S., & Roy-Byrne, P. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder and learning disabilities in adults. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, *5*(3), 191–197. <https://doi.org/10.1053/scnp.2000.6730>
- McRae, E., Stoppelbein, L., O’Kelley, S., Fite, P., & Smith, S. (2020). Comorbid Internalizing and Externalizing Symptoms Among Children with ADHD: The

- Influence of Parental Distress, Parenting Practices, and Child Routines. *Child Psychiatry & Human Development*, 51. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01019-z>
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does Parenting Style Matter? *Clinical Pediatrics*, 47(9), 865–872. <https://doi.org/10.1177/0009922808319963>
- Moen, Ø. L., Hedelin, B., & Hall-Lord, M. L. (2016). Family Functioning, Psychological Distress, and Well-Being in Parents with a Child Having ADHD. *SAGE Open*, 6(1), 215824401562676. <https://doi.org/10.1177/2158244015626767>
- Moura, O., Costa, P., & Simões, M. R. (2019). WISC-III Cognitive Profiles in Children with ADHD: Specific Cognitive Impairments and Diagnostic Utility. *The Journal of General Psychology*, 146(3), 258–282. <https://doi.org/10.1080/00221309.2018.1561410>
- Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., & Sanchez-Garcia, M. (2017). Family Impact and Parenting Styles in Families of Children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2810–2823. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0798-1>
- NICE. (2018). *Attention Deficit Hyperactivity disorder: Diagnosis and Management | Guidance | NICE*. Nice.org.uk; NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- 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, M., & Serrano, A. (2015). ADHD: what's new in DSM-5? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 49(2), 75–94. https://doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_4

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Edições Sílabo.
- Rodrigues, A. (2003). *Contributos para a avaliação da criança com PHDA: Estudo de estandardização e propriedades psicométricas das formas reduzidas das escalas de Conners revistas para professores e pais em crianças do primeiro ciclo* [Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana]. Repositório da FMH.
- Rodrigues, A., & Antunes, N. L. (2014). *Mais forte do que eu: Hiperactividade e défice de atenção – causas, consequências e soluções*. Lua de Papel.
- Rowland, A. S., Lesesne, C. A., & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 162–170.
<https://doi.org/10.1002/mrdd.10036>
- Simões, M. R., Seabra-Santos, M. J., Albuquerque, C. P., Pinho, M. S., Lopes, A. F., Santos, S., Alberto, I., & Almeida, L. S. (2016). *BANC: Bateria de avaliação neuropsicológica de Coimbra*. Cegoc.
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2006). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166(2), 117–123. <https://doi.org/10.1007/s00431-006-0299-5>
- Sonuga-Barke, E. J. S., Becker, S. P., Bölte, S., Castellanos, F. X., Franke, B., Newcorn, J. H., Nigg, J. T., Rohde, L. A., & Simonoff, E. (2022). Annual Research Review: Perspectives on progress in ADHD science – from characterization to cause. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(4), 506–532.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13696>

- Wechsler, D. (2003). *WISC-III: Escala de inteligência de Wechsler para crianças – terceira edição* (A. C. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida, Adaptação e padronização portuguesa). Cegoc.
- 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>
- World Health Organization. (2022). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. International Classification of Diseases 11th Revision. <https://icd.who.int/>

Apêndices

Apêndice 1

Questionário sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Dados da Criança

1.1. Idade

1.2. Ano de Escolaridade

1.3. Retenções: _____

1.4. Medidas Educativas: ___ (Se sim, quais: Universais ___; Selectivas|___; Adicionais ___)

Dados da Mãe

2. Idade da mãe: _____

2.1. Estado civil da mãe:

- Casada/Unida de facto
- Solteira
- Viúva
- Divorciada/Separada

2.2. Escolaridade da mãe _____

2.3. Profissão: _____

Dados do Pai

3. Idade do pai: _____

3.1. Estado civil do pai:

- Casado/Unido de facto
- Solteiro
- Viúvo
- Divorciado/Separado

3.2. Escolaridade do pai: _____

3.3. Profissão: _____

Dados da Família

4. A criança tem irmãos?

- Sim
- Não

4.1. Se sim, quantos? _____

4.2. Idades: _____

5. Algum familiar tem o diagnóstico da PHDA?

- Sim
- Não

5.1. Se sim, quem: _____

Questionário Clínico

1. Tipo de apresentação da PHDA.

- Apresentação Predominantemente de Desatenção
- Apresentação Predominantemente de Hiperatividade e Impulsividade
- Apresentação Combinada

2. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico? _____

3. Tratamento farmacológico:

- Sem medicação
- Medicado

3.1. Se sim, qual fármaco? _____

4. Comorbilidades associadas

- Sim
- Não

4.1. Se sim, quais: _____

6. Tempo de gestação aquando do nascimento: _____

7. Peso à nascença: _____

8. Tempo de internamento após parto: _____

9. Idade da mãe no nascimento: _____

10. Idade do pai no nascimento: _____

11. Índice de APGAR: ____ 1' / ____ 5' / ____ 10'

12. Outros dados relevantes

**NECESSIDADES PARENTAIS EM PAIS/CUIDADORES DE
CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE
DE ATENÇÃO (PHDA)**

Caro(a) pai/mãe ou cuidador(a),

Agradecemos a sua disponibilidade para participar deste estudo, que tem como objetivo identificar as principais necessidades dos pais/cuidadores de crianças/adolescentes diagnosticadas com a PHDA.

Os dados resultados deste estudo serão úteis para possibilitar a criação de programas de intervenção pensados para atender às necessidades parentais e proporcionar uma melhoria na sua qualidade de vida. Para isso, torna-se importante caracterizar o conhecimento que os pais/cuidadores têm sobre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), o suporte percebido e as estratégias utilizadas para lidar com os desafios associados à perturbação.

A participação neste estudo é voluntária, não envolve riscos, e serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos resultados.

Como investigador responsável serei o único a ter acesso aos dados recolhidos que não envolvem dados pessoais. Serão atribuídos códigos a cada participante de forma a impedir a sua identificação. Estima-se uma duração de cerca de 15 minutos para o preenchimento dos seus dados e para responder ao questionário.

**QUESTIONÁRIO SOBRE NECESSIDADES PARENTAIS EM PAIS/CUIDADORES DE
CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM PHDA.**

Esta é uma escala sobre as principais necessidades parentais relacionadas com os cuidados de crianças/adolescentes com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção PHDA.

01 - ORIENTAÇÕES / CONHECIMENTOS:

1. Como avalia o seu nível de conhecimento relativamente aos **sintomas** da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA)?

Marcar apenas uma resposta.

- 1 - Não tenho nenhum conhecimento sobre este tema.
- 2 - Tenho pouco conhecimento
- 3 - Tenho um conhecimento moderado
- 4 - Tenho bom conhecimento
- 5 - Tenho excelente conhecimento

2. Como avalia o seu nível de conhecimento relativamente aos **tratamentos farmacológicos** disponíveis para a PHDA?

Marcar apenas uma resposta.

1 - Não tenho nenhum conhecimento sobre este tema.

2 - Tenho pouco conhecimento

3 - Tenho um conhecimento moderado

4 - Tenho bom conhecimento

5 - Tenho excelente conhecimento

3. Como avalia o seu nível de conhecimento relativamente aos **efeitos acessórios/secundários dos tratamentos farmacológicos** disponíveis para a PHDA?

Marcar apenas uma resposta.

1 - Não tenho nenhum conhecimento sobre este tema.

2 - Tenho pouco conhecimento

3 - Tenho um conhecimento moderado

4 - Tenho bom conhecimento

5 - Tenho excelente conhecimento

4. Como avalia o seu nível de conhecimento referente às **intervenções psicológicas** disponíveis para a PHDA?

Marcar apenas uma resposta.

1 - Não tenho nenhum conhecimento sobre este tema.

2 - Tenho pouco conhecimento

3 - Tenho um conhecimento moderado

4 - Tenho bom conhecimento

5 - Tenho excelente conhecimento

5. Como julga a importância de ter mais conhecimentos sobre a PHDA?

Marcar apenas uma resposta.

1 - Nada importante

- 2 - Pouco importante
- 3 - Moderadamente importante
- 4 - Bastante importante
- 5 - Muito importante

6. Onde e com que frequência costuma obter informação sobre a PHDA?

Frequência	Nunca 1	Raramente 2	Algumas vezes por semana 3	Mensalmente 4	Semanalmente 5
Comunicação social (TV, radio, jornal)					
Internet					
Livros					
Grupos de apoio					
Profissional de saúde					
Escola					
outros					

02 - PREOCUPAÇÕES:

7. O que o preocupa em relação ao seu filho/a com PHDA? Marque as suas **preocupações** de acordo com o grau de intensidade da preocupação.

	Nada 1	Pouco 2	Moderado 3	Bastante 4	Muito 5
Comportamento impulsivo (ex:tem dificuldade em esperar pela sua vez, responde antes da pergunta estar concluída, intromete-se, reage sem pensar)					
Comportamento hiperativo (ex:não para quieto, parece ligado à corrente)					
Falta de atenção (ex: parece não ouvir o que se lhe diz, distrai-se com tudo, perde coisas)					
Dificuldades de aprendizagem/rendimento escolar					
Competências de vida social (ex: conflitos com amigos; dificuldade em manter amizades)					

03- RECURSOS / SAÚDE / EDUCAÇÃO:

8. Beneficia de algum recurso/apoio **para si** como Pai/Mãe/cuidador de criança/adolescente com PHDA? Assinale aqueles de que beneficia:
- Acompanhamento psicológico
 - Grupo de Apoio para pais
 - Materiais educativos para pais
 - Apoio de familiares/amigos
 - Outro: qual?
9. Qual a relevância que têm os seguintes recursos/apoio **para si** como Pai/Mãe/cuidador de criança/adolescente com PHDA?

	Nada 1	Pouco 2	Moderado 3	Bastante 4	Muito 5
Acompanhamento Psicológico					
Grupo de Apoio para Pais					
Materiais Educativos para Pais					
Apoio Familiares/Amigos					
Outro					

10. O seu filho/filha beneficia de algum recurso/apoio)? Assinale aqueles de que beneficia:
- Acompanhamento Psicológico/Neuropsicológico
 - Tratamento farmacológico (medicação)
 - Terapia da fala
 - Terapia Ocupacional
 - Psicomotricista
 - Fisioterapia
 - Professor de Ensino especial
 - Explicador
 - Medidas e apoio Escolar

11. Qual a relevância que têm os seguintes recursos/apoio para seu/sua filho(a):

	Nada 1	Pouco 2	Moderado 3	Bastante 4	Muito 5
Acompanhamento Psicológico/Neuropsicológico					
Tratamento farmacológico (medicação)					
Terapia da fala					
Terapia Ocupacional					

Psicomotricista					
Fisioterapia					
Professor de Ensino especial					
Explicador					
Medidas e Apoio Escolar					

12. Foi difícil/fácil encontrar um local adequado para acompanhamento do(a) seu/sua filho(a)?

Marcar apenas uma resposta.

- 1 - Muito difícil
- 2 - Difícil
- 3 - Pouco difícil
- 4 - Fácil
- 5 - Muito Fácil

04- SATISFAÇÃO COM RECURSOS / SAÚDE / EDUCAÇÃO:

13. Quão satisfeito(a) está com o apoio oferecido pelos serviços de saúde, para lidar com as **necessidades do(a) seu/sua filho(a)** relacionadas com a PHDA?

Marcar apenas uma resposta

- 1 – Nada satisfeito(a)
- 2 - Pouco satisfeito(a)
- 3 - Moderadamente satisfeito(a)
- 4 - Bastante satisfeito(a)
- 5 - Muito satisfeito(a)

14. Quão satisfeito(a) está com o apoio oferecido pela escola, para lidar com as **suas necessidades** relacionadas com a PHDA do(a) seu/sua filho(a)?

Marcar apenas uma resposta

- 1 – Nada satisfeito(a)
- 2 - Pouco satisfeito(a)
- 3 - Moderadamente satisfeito(a)
- 4 - Bastante satisfeito(a)
- 5 - Muito satisfeito(a)

05- IMPACTO NA VIDA DOS RESPONSÁVEIS:

15. Quais as áreas da **sua vida** em que a PHDA do seu/sua filho/filha tem impacto e com que intensidade:

Impacto	Nenhum 1	Baixo 2	Moderado 3	Alto 4	Muito alto 5
Saúde física ou mental (ex: cansaço; falta de energia; falta de apetite; ansiedade; depressão)					
Relação conjugal					
Relação com os outros filhos					
Relações sociais (amigos, família, vizinhos)					
Vida Profissional					
Financeira					

Apêndice 3

Tabela 1

Questões sobre como os pais/cuidadores avaliam o seu conhecimento (questão 1 a 4)

sobre:	Nenhum	Pouco	Moderado	Bom
Sintomas da PHDA	3.8% (<i>n</i> = 1)	3.8% (<i>n</i> = 1)	46.2% (<i>n</i> = 12)	46.2% (<i>n</i> = 12)
Tratamentos farmacológicos	3.8% (<i>n</i> = 1)	23.1% (<i>n</i> = 6)	53.8% (<i>n</i> = 14)	19.2% (<i>n</i> = 5)
Efeitos secundários dos tratamentos farmacológicos	7.7% (<i>n</i> = 2)	30.8% (<i>n</i> = 8)	42.3% (<i>n</i> = 11)	19.2% (<i>n</i> = 5)
Intervenções psicológicas	7.7% (<i>n</i> = 2)	26.9% (<i>n</i> = 7)	53.8% (<i>n</i> = 14)	11.5% (<i>n</i> = 3)

Nota. Os valores estão expressos em percentagem do total de respostas, seguidos do número absoluto entre parênteses. Nesta questão nenhum cuidador considerou ter um “excelente” conhecimento em nenhuma questão.

Tabela 2

Questão 6 “Onde e com que frequência os pais/cuidadores costumam obter informações sobre a PHDA”

Método	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Mensal	Semanal
Comunicação social (TV, rádio, jornal)	23.1% (n = 6)	57.7% (n = 15)	15.4% (n = 4)	3.8% (n = 1)	—
Internet	7.7% (n = 2)	19.2% (n = 5)	38.5% (n = 10)	23.1% (n = 6)	11.5% (n = 3)
Livros	26.9% (n = 7)	50.0% (n = 13)	15.4% (n = 4)	3.8% (n = 1)	3.8% (n = 1)
Grupos de apoio	61.5% (n = 16)	15.4% (n = 4)	11.5% (n = 3)	—	11.5% (n = 3)
Profissionais de saúde	—	46.2% (n = 12)	15.4% (n = 4)	30.8% (n = 8)	7.7% (n = 2)
Escola	26.9% (n = 7)	42.3% (n = 11)	11.5% (n = 3)	11.5% (n = 3)	7.7% (n = 2)
Outras fontes	23.1% (n = 6)	11.5% (n = 3)	7.7% (n = 2)	—	3.8% (n = 1)

Nota. Os valores estão expressos em percentagem do total de respostas, seguidos do número absoluto entre parênteses.

Tabela 3*Questão 7 “O que preocupa os pais/cuidadores em relação aos filhos com PHDA?”*

Variável	Nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muito
Comportamento impulsivo	—	7.7% (n = 2)	15.4% (n = 4)	38.5% (n = 10)	38.5% (n = 10)
Comportamento hiperativo	—	11.5% (n = 3)	30.8% (n = 8)	30.8% (n = 8)	26.9% (n = 7)
Falta de atenção	—	—	19.2% (n = 5)	53.8% (n = 14)	26.9% (n = 7)
Dificuldade escolar	3.8% (n = 1)	15.4% (n = 4)	46.2% (n = 12)	15.4% (n = 4)	19.2% (n = 5)
Vida social	15.4% (n = 4)	26.9% (n = 7)	23.1% (n = 6)	23.1% (n = 6)	11.5% (n = 3)

Nota. Os valores estão expressos em porcentagem do total de respostas, seguidos do número absoluto entre parênteses.

Tabela 4*Questão 8 e 10 “Beneficia de algum recurso/apoio”*

Recursos/apoio para Pais/Cuidador	Não	Sim
Acompanhamento psicológico	84.6 % (<i>n</i> = 22)	15.4 % (<i>n</i> = 4)
Grupo de apoio	96.2 % (<i>n</i> = 25)	3.8 % (<i>n</i> = 1)
Materiais educativos	88.5 % (<i>n</i> = 23)	11.5 % (<i>n</i> = 3)
Apoio de familiares/amigos	53.8 % (<i>n</i> = 14)	46.2 % (<i>n</i> = 12)
Sem apoio	42.3 % (<i>n</i> = 11)	57.7 % (<i>n</i> = 15)
Recursos/apoio para a Criança	Não	Sim
Acompanhamento psicológico e neuropsicológico	38.5 % (<i>n</i> = 10)	61.5 % (<i>n</i> = 16)
Tratamento farmacológico (criança)	–	100.0 % (<i>n</i> = 26)
Terapia da fala (criança)	80.8 % (<i>n</i> = 21)	19.2 % (<i>n</i> = 5)
Terapia ocupacional (criança)	88.5 % (<i>n</i> = 23)	11.5 % (<i>n</i> = 3)
Psicomotricidade (criança)	88.5 % (<i>n</i> = 23)	11.5 % (<i>n</i> = 3)
Fisioterapia (criança)	100.0 % (<i>n</i> = 26)	–
Professor de ensino especial (criança)	76.9 % (<i>n</i> = 20)	23.1 % (<i>n</i> = 6)
Explicador (criança)	69.2 % (<i>n</i> = 18)	30.8 % (<i>n</i> = 8)
Medidas de apoio escolar (criança)	30.8 % (<i>n</i> = 8)	69.2 % (<i>n</i> = 18)

Nota. Os valores estão expressos em porcentagem do total de respostas, seguidos do número absoluto entre parênteses.

Tabela 5

Questão 9 e 10 “Qual a relevância que têm os seguintes recursos/apoio”

Recursos do Cuidador:	Nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muito	
Acompanhamento Psicológico	26.9 % (n = 7)	11.5 % (n = 3)	30.8 % (n = 8)	30.8 % (n = 8)	–	
Grupo de Apoio para pais	30.8 % (n = 8)	19.2 % (n = 5)	26.9 % (n = 7)	7.7 % (n = 2)	15.4 % (n = 4)	
Materiais Educativos	23.1 % (n = 6)	11.5 % (n = 3)	26.9 % (n = 7)	23.1 % (n = 6)	15.4 % (n = 4)	
Apoio de Familiares e Amigos	19.2 % (n = 5)	11.5 % (n = 3)	19.2 % (n = 5)	19.2 % (n = 5)	30.8 % (n = 8)	
Outro tipo de apoio	11.5 % (n = 3)	11.5 % (n = 3)	7.7 % (n = 2)	–	–	
Recurso do filho(a):	Nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muito	Não tem
Acompanhamento Psi/Neuropsi	7.7 % (n = 2)	–	11.5 % (n = 3)	46.2 % (n = 12)	30.8 % (n = 8)	3.8 % (n = 1)
Tratamento Farmacológico	–	–	7.7 % (n = 2)	61.5 % (n = 16)	30.8 % (n = 8)	–
Terapia da Fala	30.8 % (n = 8)	11.5 % (n = 3)	3.8 % (n = 1)	11.5 % (n = 3)	11.5 % (n = 3)	30.8 % (n = 8)
Terapia Ocupacional	34.6 % (n = 9)	7.7 % (n = 2)	11.5 % (n = 3)	7.7 % (n = 2)	7.7 % (n = 2)	30.8 % (n = 8)

Psicomotricista	30.8 % (n = 8)	11.5 % (n = 3)	3.8 % (n = 1)	15.4 % (n = 4)	7.7 % (n = 2)	30.8 % (n = 8)
Fisioterapia	34.6 % (n = 9)	11.5 % (n = 3)	7.7 % (n = 2)	3.8 % (n = 1)	3.8 % (n = 1)	38.5 % (n = 10)
Prof. Ensino Especial	38.5 % (n = 10)	3.8 % (n = 1)	7.7 % (n = 2)	15.4 % (n = 4)	15.4 % (n = 4)	19.2 % (n = 5)
Explicador	15.4 % (n = 4)	7.7 % (n = 2)	7.7 % (n = 2)	30.8 % (n = 8)	19.2 % (n = 5)	19.2 % (n = 5)
Medidas de Apoio Escolar	7.7 % (n = 2)	–	7.7 % (n = 2)	38.5 % (n = 10)	38.5 % (n = 10)	7.7 % (n = 2)

Nota. Os valores estão expressos em percentagem do total de respostas, seguidos do número absoluto entre parênteses.

Tabela 6

Questão 15 “Quais as áreas da vida dos pais/cuidadores em que a PHDA do filho/filha tem impacto e com que intensidade”

Dimensão de impacto	Nenhum	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Na saúde física e mental	15.4% (n = 4)	23.1% (n = 6)	42.3% (n = 11)	19.2% (n = 5)	—
Na relação conjugal	34.6% (n = 9)	15.4% (n = 4)	30.8% (n = 8)	11.5% (n = 3)	7.7% (n = 2)
Na relação com outros filhos	26.9% (n = 7)	15.4% (n = 4)	30.8% (n = 8)	15.4% (n = 4)	11.5% (n = 3)
Na relação social	30.8% (n = 8)	26.9% (n = 7)	26.9% (n = 7)	15.4% (n = 4)	—
Na vida profissional	26.9% (n = 7)	23.1% (n = 6)	30.8% (n = 8)	7.7% (n = 2)	11.5% (n = 3)
Na vida financeira	26.9% (n = 7)	15.4% (n = 4)	26.9% (n = 7)	23.1% (n = 6)	7.7% (n = 2)

Nota. Os dados representam as percepções dos cuidadores quanto ao grau de impacto da PHDA em diferentes domínios das suas vidas.

Tabela 7*Comparações post hoc entre níveis de gravidade da PHDA*

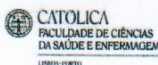
Comparação post hoc	Média das diferenças	DP	df	t	p_{Bonf}
Nível 1 – Nível 2	1.8	0.755	21	2.383	0.267
Nível 1 – Nível 3	0.514	0.529	21	0.973	1.0
Nível 1 – Nível 4	-0.644	0.504	21	-1.28	1.0
Nível 1 – Típico	2.133	0.659	21	3.236	0.04
Nível 2 – Nível 3	-1.286	0.724	21	-1.776	0.902
Nível 2 – Nível 4	-2.444	0.706	21	-3.463	0.023
Nível 2 – Típico	0.333	0.824	21	0.404	1.0
Nível 3 – Nível 4	-1.159	0.455	21	-2.547	0.188
Nível 3 – Típico	1.619	0.623	21	2.599	0.168
Nível 4 – Típico	2.778	0.602	21	4.615	0.001

Nota. Valores de p ajustados pelo método de Bonferroni.

Anexos

Anexo 1.

Registo do projeto



Mestrado em Neuropsicologia

Projecto de realização de Dissertação de Mestrado

Cristiani Magalhães Santos, aluna nº 500423025, aprovado(a) no 1º ano do curso de Mestrado em Neuropsicologia apresenta o projecto de dissertação intitulado: Necessidades Parentais dos Pais de crianças com PHDA

Resumo em Anexo

Data: 27/02/2025.

Assinatura: Cristiani Magalhães Santos

Parecer do orientador

Nome ⁽¹⁾: Filipa Delgado Neiva Correia Ribeiro, com o grau académico de Doutoramento, obtido na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa declara que aprova e aceita orientar a Tese da aluna Cristiani Magalhães Santos.

Contacto: e-mail: filipa.nc.ribeiro@ucp.pt telefone: 914577603

Data: 27/02/2025

Assinatura: Filipa Ribeiro

Parecer do orientador (2)

Nome ⁽¹⁾: Ana Filipa Duarte Lopes, com o grau académico de Doutoramento, obtido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra declara que aprova e aceita orientar a Tese da aluna Cristiani Magalhães Santos.

Contacto: e-mail ana.filipa.lopes@ulsas.min-saude.pt telefone: 965061993

Data: 27/01/2025

Assinatura: Ana Filipa Duarte Lopes

(1) Se não for docente da UCP juntar CV do orientador e do co-orientador

Conselho Científico

Autoriza o registo do projecto de dissertação.

Não autoriza o registo do projecto de dissertação.

Data: 18/2/2025

Assinatura: Ana Filipa Duarte Lopes

Anexo II.

Parecer da Comissão Ética



PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Unidade Local de Saúde Almada Seixal E.P.E.

Título: Projeto intitulado "Necessidades parentais dos pais de crianças com PHDA".

Investigador Principal: Cristiani Magalhães santos

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital Garcia de Orta informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade maioria em reunião do dia 24/02/2025.

Estiveram presentes:

- Nome: Dr. Miguel Rodrigues (Presidente)
- Nome: Dra Natália Dias
- Nome: Dra Ana Soares
- Nome: Dra Aurora Tomaz
- Nome: Dra Benedita Nunes
- Nome: Dra Cátia Gradil
- Nome: Dra Eunice Teixeira
- Nome: Dra Isabel Pereirinha
- Nome: Dr. José Luis Metello
- Nome: Dr. Manuel Quintãos
- Nome: Enfª Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.


Dr. Miguel Rodrigues
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 06/03/2025.


Dr. Pedro Correia Azevedo
Presidente do Conselho de Administração

Almada, 06 / 03 / 2025

Anexo III.

Consentimento Informado



Exmos. Pais

Encontra-se a decorrer na Universidade Católica Portuguesa uma investigação académica intitulada “Necessidades Parentais dos Pais de Crianças com PHDA”. Esta é conduzida pela mestranda e investigadora principal, Cristiani Magalhães Santos, sob a orientação da Prof.ª Drª Filipa Ribeiro da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e da Drª Ana Filipa Lopes do Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva no âmbito de uma dissertação de mestrado em Neuropsicologia da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. O objetivo deste estudo é investigar a perceção dos pais/cuidadores de crianças diagnosticadas com PHDA e as suas necessidades, contribuindo para o avanço do conhecimento científico nesta área.

A participação neste estudo incluirá o preenchimento de um questionário sobre o conhecimento e as necessidades dos pais e/ou cuidadores de crianças com PHDA e de duas escalas sobre o comportamento da criança com PHDA e com uma duração aproximada de 30 minutos.

A participação neste estudo é voluntária, não envolve riscos, e serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos resultados. Os resultados não podem ser usados para diagnóstico clínico de qualquer perturbação e serão utilizados só para fins académicos e científicos. Só os investigadores diretamente ligados a este estudo terão acesso aos dados recolhidos e serão atribuídos códigos a cada participante que não permitirão a sua identificação de acordo com a legislação europeia sobre proteção de dados (RGPD). Os dados recolhidos serão destruídos pelo investigador responsável após três anos da sua recolha. Informa-se ainda que pode recusar ou desistir de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo para si ou para o acompanhamento do seu filho/filha.

Não se preveem riscos associados à sua participação neste estudo. E apesar de também não existir qualquer benefício financeiro, a sua contribuição será valiosa para a compreensão aprofundada de certas funções cognitivas em contexto patológico e normativo, podendo ter impacto na melhoria de intervenções futuras.

Se pretender obter qualquer esclarecimento adicional poderá contactar a investigadora Ana Filipa Lopes através do email: anafilipalopes@ulsas.min-saude.pt

Se concordar em participar, por favor, assine e devolva a folha seguinte.

Pela Equipa de Investigação

Ana Filipa Lopes

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado/a _____, estou de acordo que o/a meu/minha filho/a ou educando/a _____, participe no estudo que está a ser desenvolvido pela Universidade Católica, em colaboração com o Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, do Hospital Garcia da Orta, *Necessidades Parentais dos Pais de Crianças com PHDA* Nesse sentido, concordo em colaborar, respondendo a três questionários.

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de colocar questões e clarificar todos os aspetos que me parecerem pertinentes.

Foi-me garantido que a identidade do/a meu/minha filho/a não é solicitada e que os dados permanecerão confidenciais. Concordo que os dados sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob a autoridade delegada pela Coordenadora do Projeto.

A Mãe / O Pai
