



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Impacto da PHDA no Período Pré-Escolar: Perceções face a Barreiras e Facilitadores

Beatriz Mendes Júlio

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Baptista, Professora Auxiliar
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Julho, 2025

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Impacto da PHDA no Período Pré-Escolar: Perceções face a Barreiras e Facilitadores

Beatriz Mendes Júlio

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Baptista, Professora Auxiliar
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Julho, 2025

“Olha-me rindo uma criança
E na minha alma madrugou.
Tenho razão, tenho esperança
Tenho o que nunca bastou.

Bem sei. Tudo isto é um sorriso
Que e nem sequer sorriso meu.
Mas para meu não o preciso
Basta-me ser de quem mo deu.

Breve momento em que um olhar
Sorriu ao certo para mim...
És a memória de um lugar,
Onde já fui feliz assim.”

Fernando Pessoa

Agradecimento

Quero agradecer, primeiramente, à minha orientadora, Professora Doutora Joana Baptista, pela orientação. Expresso a minha mais profunda gratidão pela disponibilidade e dedicação ao longo de todo este percurso. Muito obrigada por acreditar em mim.

Aos meus pais agradeço pelo esforço que fizeram para me puderem proporcionar esta aprendizagem. Obrigado pelo vosso apoio.

Mana, obrigado por todos os conselhos. És a minha inspiração. Obrigado por estares sempre cá para mim.

Ao meu melhor amigo e namorado, não tenho palavras suficientes para agradecer por estares ao meu lado em todos os momentos. Quando a Psicologia entrou na minha vida, entraste tu também. E que boa combinação. Obrigada por estares comigo nos meus altos e baixos, por me ouvires com paciência e por me dares sempre o teu sorriso. A tua presença, o teu apoio e a tua forma de ver o mundo tornaram esta caminhada mais leve.

Às minhas amigas, agradeço do fundo do coração por todos os momentos de leveza, risos e apoio que me proporcionaram ao longo deste percurso. Foram vocês que me ajudaram a descontraír quando o cansaço vinha, que me ouviram sem julgamentos e que celebraram comigo cada pequena conquista. Obrigada, Maia, Bia e Carla, por estarem sempre presentes e por tornarem esta caminhada mais alegre.

Às minha colegas de mestrado, obrigado pelos momentos de ajuda e pelas horas passadas entre risos e preocupações.

Quero também agradecer à minha colega Priska, obrigada por me guiares, pela partilha de aprendizagens e pela tua generosidade.

Obrigada, Diana, pela fonte de suporte que foste nesta fase. Obrigada pelos conselhos infinitos.

Por último, quero agradecer-me por toda a determinação, resiliência e força durante esta jornada. Mesmo quando enfrentei dúvidas, cansaço e desafios, encontrei em mim a coragem para continuar. Este trabalho é o reflexo do meu compromisso comigo mesma e do meu desejo genuíno de crescer e aprender.

Resumo

A PHDA é definida como uma condição do neurodesenvolvimento que se manifesta precocemente, geralmente antes da entrada da criança no primeiro ciclo do ensino básico. A PHDA é caracterizada por níveis inadequados de desatenção, hiperatividade e impulsividade. O presente estudo qualitativo teve como objetivo identificar as barreiras e os facilitadores de trajetórias de desenvolvimento adaptativas em crianças com PHDA idade pré-escolar, recorrendo a diferentes grupos de participantes, nomeadamente educadores de infância, pais de crianças com diagnóstico de PHDA, psicólogos, pedopsiquiatras, pediatras, e adultos diagnosticados com PHDA. No total, participaram 91 indivíduos neste estudo: 82 (90.1%) do sexo feminino e 9 (9.8%) do sexo masculino. Os participantes preencheram um questionário sociodemográfico e responderam a duas perguntas abertas sobre as barreiras e os facilitadores ao desenvolvimento de crianças com PHDA. As respostas às perguntas abertas foram analisadas através de análise temática. Quanto aos resultados, foram identificados vinte e dois subtemas, organizados pelos vários níveis ecológicos do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. No seu conjunto, os resultados indicam que as trajetórias de desenvolvimento (des) adaptativas das crianças com PHDA, são explicadas por um vasto leque de fatores, que incluem características individuais (e.g., presença de comorbilidade), fatores proximais (e.g., estratégias educativas usadas pela escola), bem como fatores mais distais (e.g. contexto socioeconómico da família). Espera-se que estes resultados, informados pelas perspetivas de diferentes grupos de participantes, apoiem a identificação de estratégias eficazes para a promoção do desenvolvimento global de crianças em idade pré-escolar com PHDA.

Palavras-chave: perturbação de hiperatividade e défice de atenção; idade pré-escolar; barreiras e facilitadores; metodologia qualitativa

Abstract

ADHD is defined as a neurodevelopmental condition that manifests itself early, usually before a child enters elementary school. ADHD is characterized by inappropriate levels of inattention, hyperactivity and impulsivity. The aim of this qualitative study was to identify the barriers and facilitators of adaptive developmental trajectories in preschool children with ADHD, using different groups of participants, namely preschool teachers, parents of children diagnosed with ADHD, psychologists, child psychiatrists, pediatricians, and adults diagnosed with ADHD. In total, 91 individuals took part in this study: 82 (90.1%) females and 9 (9.8%) males. The participants completed a sociodemographic questionnaire and answered two open questions about the barriers and facilitators to the development of children with ADHD. The answers to the open questions were analyzed using thematic analysis. Twenty-two sub-themes were identified, organized by the various ecological levels of the Bioecological Model of Human Development. Taken together, the results indicate that the (un)adaptive developmental trajectories of children with ADHD are explained by a wide range of factors, including individual characteristics (e.g. presence of comorbidity), proximal factors (e.g. school educational strategies), as well as more distal factors (e.g. family socio-economic context). By incorporating the views of diverse stakeholder groups, these results aim to contribute to the identification of evidence-informed strategies that promote the comprehensive development of children with ADHD.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder; preschool age; barriers and enablers; qualitative methodology

Índice

Agradecimento	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento Conceptual	3
1.1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	3
1.2. Descrição Clínica da PHDA	3
1.2.1. Critérios de Diagnóstico de Acordo com o DSM-5	3
1.2.2. A PHDA de acordo com outros sistemas nosológicos: DC: 0-5	4
1.3. Etiologia da PHDA	6
1.4. Comorbilidade e Outras Dificuldades Associadas	8
1.5. Trajetórias de Desenvolvimento da PHDA	10
1.6. Fatores que contribuem para trajetórias (in)adaptadas na PHDA	13
1.6.1. Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano	14
1.6.2. Risco e Proteção na PHDA	16
2.7. Objetivo do Presente Estudo	23
Capítulo 2 - Método	25
2.1. Participantes	25
2.2. Medidas	26
2.2.1. Questionário Sociodemográfico	26

2.2.2. Questões Abertas	26
2.3. Procedimento	27
2.4. Estratégia Analítica	27
Capítulo 3 - Resultados	29
3.1. Indivíduo	30
3.2. Microsistema	31
3.3. Mesossistema	34
3.4. Exossistema	34
3.5. Macrossistema	36
3.6. Proporções dos Subtemas por Grupos	36
Capítulo 4 - Discussão	39
4.1. Limitações	45
4.2. Implicações para a prática	46
Capítulo 5 - Conclusão	49
Referências Bibliográficas	50
Anexo A - Número de Participantes e Número de Segmentos por Subtema	76
Anexo B - Número de Participantes e Número de Segmentos por Grupo de Participantes	83
Anexo C - Proporções dos Subtemas por Grupos	86

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma condição do neurodesenvolvimento com início na idade pré-escolar (Posner & Sonuga-Barke, 2020) e caracteriza-se por um padrão persistente de desatenção ou hiperatividade e impulsividade (APA, 2013). O subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo é mais comum em pré-escolares do que em crianças mais velhas (Galéra et al., 2011; Lahey, et al., 2005). Neste sentido, crianças em idade pré-escolar apresentam, maioritariamente, o subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo (Lahey et al., 2004; Lahey et al., 2005). Grande parte das crianças que apresentam PHDA na primeira infância mantém o diagnóstico e o comprometimento ao longo dos anos (Lahey et al., 2016), demonstrando dificuldades académicas, sociais e comportamentais (Barkley, 2008). Exibem, ainda, comorbilidades associadas, o que agrava o quadro clínico inicial (Gillberg et al., 2004).

No entanto, nem todos os sintomas da perturbação estão associados a défices funcionais (Epstein & Loren, 2013), há adultos que atenderam aos critérios de diagnóstico, porém, conseguiram adaptar-se aos sintomas e revelar um bom funcionamento (Weiss, 2016). Assim, devido às diferentes trajetórias de desenvolvimento da PHDA é fundamental que se investiguem os fatores de risco e proteção destas trajetórias.

É igualmente relevante que este estudo siga uma abordagem *Public Patient Involvement* (PPI), uma vez que esta abordagem acrescenta *insights* das experiências dos doentes, ajuda a explorar barreiras e facilitadores para a adesão aos métodos de avaliação e intervenção e permite entender expectativas, necessidades e preferências dos doentes (Arumugam et al., 2023).

O presente estudo teve como objetivo identificar as barreiras e os facilitadores de trajetórias de desenvolvimento adaptativas em crianças com PHDA em idade pré-escolar. Este estudo centrou-se na perspetiva de diferentes grupos de participantes, nomeadamente educadores de infância, pais de crianças com diagnóstico de PHDA, psicólogos, pedopsiquiatras, pediatras, e adultos diagnosticados com PHDA. Ao considerar as perceções dos diferentes grupos de participantes, este estudo pretende vir a contribuir para a identificação de estratégias eficazes para a promoção do desenvolvimento global de crianças com PHDA.

Esta dissertação é iniciada através do primeiro capítulo, referente ao enquadramento conceptual, que enquadra a PHDA, com recurso aos diversos meios de diagnóstico, etiologia,

comorbilidades e outras dificuldades associadas, trajetórias de desenvolvimento da perturbação e, ainda, explora os vários fatores que estão associados ao aumento da severidade dos sintomas de PHDA. O segundo capítulo, referente ao método, apresenta a operacionalização do estudo, descrevendo os participantes, as medidas, o procedimento, e a estratégia analítica utilizada na análise de dados. No terceiro capítulo, são descritos os resultados obtidos. Já os resultados são discutidos no quarto capítulo e são apresentadas as limitações e implicações para a prática. A dissertação termina com o quinto capítulo, através de uma breve conclusão e sugestões para a investigação futura.

CAPÍTULO 1

Enquadramento Conceptual

1.1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) tem sido definida como uma condição do neurodesenvolvimento com início na primeira infância (Posner & Sonuga-Barke, 2020), com múltiplos fatores de risco e possíveis causas (Faraone et al., 2021). De facto, a PHDA é entendida como uma *lifespan disorder*, ou seja, uma perturbação de carácter permanente, cuja origem é multifatorial, com forte predisposição genética e desregulação neurobiológica (Schmidt & Petermann, 2009). A PHDA refere-se a um padrão persistente de desatenção ou hiperatividade e impulsividade que interfere no funcionamento e desenvolvimento do indivíduo (APA, 2013), além de estar relacionada a um comprometimento significativo no funcionamento familiar, social, académico e comportamental (APA, 2013; Bioulac et al., 2019; Larroca & Domingos, 2012; Sonuga-Barke et al., 2013; Zwi et al., 2011).

A maioria das crianças em idade pré-escolar com PHDA mantém o diagnóstico e o comprometimento ao longo dos anos, até à idade escolar (Bufferd et al., 2012; Bunte et al., 2014; Lahey et al., 2005; Law et al., 2014; Riddle et al., 2013) e início da vida adulta (Lahey et al., 2016). No entanto, há uma aceitação crescente de que nem todos os sintomas da perturbação estão associados a défices funcionais (Epstein & Loren, 2013). Weiss (2016) definiu a “PHDA de alto funcionamento”, ou seja, há adultos que atenderam aos critérios de diagnóstico, porém, conseguiram adaptar-se aos sintomas e revelar um bom funcionamento.

1.2. Descrição Clínica da PHDA

1.2.1 Critérios de Diagnóstico de Acordo com o DSM-5

As perturbações do neurodesenvolvimento, tipicamente, manifestam-se no início do desenvolvimento, por norma, antes das crianças entrarem na escola e a PHDA é caracterizada por níveis inadequados de desatenção, hiperatividade e impulsividade (APA, 2013). A desatenção caracteriza-se por uma dificuldade em conduzir e manter o foco, pouca persistência na realização das tarefas e desorganização. A hiperatividade refere-se à atividade motora excessiva e desadequada. Nos adultos, a hiperatividade pode manifestar-se como inquietude extrema. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem

premeditação e com elevado potencial em causar dano à pessoa estando também associada a um maior desejo de recompensas imediatas (APA, 2013).

A *desatenção* na PHDA manifesta-se por sintomas como: não tomar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido; dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não ouvir quando alguém lhe dirige palavras diretamente, como se a mente estivesse noutra sítio; não seguir instruções até ao fim ou não conseguir concluir tarefas; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar ou recusar tarefas que exigem esforço mental prolongado; perder objetos; distração fácil por estímulos externos e esquecimento em realizar atividades do dia-a-dia (APA, 2013). A *hiperatividade-impulsividade*, por sua vez, manifesta-se por sintomas como: agitar as mãos e os pés quando sentado; levantar da cadeira em situações que é esperado estar sentado; correr ou escalar para objetos, em situações em que tal é inapropriado (nos adultos refere-se a sensações de inquietude); dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer em silêncio; agitação como se estivesse sempre com o “motor ligado”; falar demasiado; dar uma resposta antes da pergunta ter sido concluída; dificuldade em esperar pela sua vez, e interromper ou intrometer-se, por exemplo, em conversas ou atividades (APA, 2013).

Os sintomas descritos acima correspondem ao critério A do DSM-5 e para que haja um diagnóstico, de acordo com este sistema nosológico, têm de estar seis ou mais sintomas presentes em cada um dos grupos e persistir por, pelo menos, seis meses num grau que seja inconsistente com o nível do desenvolvimento da criança. Porém, para adolescentes e adultos, pelo menos cinco sintomas são necessários. Relativamente aos restantes critérios, os sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos de idade (critério B), em diferentes ambientes, como em casa, na escola ou com o grupo de pares (critério C), e os sintomas impactam o funcionamento social, académico ou profissional (critério D) (APA, 2013).

Adicionalmente, o DSM-5 permite fazer uma distinção entre apresentação combinada, apresentação predominantemente desatenta e apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva. A primeira diz respeito à presença de sintomas relativamente à desatenção e hiperatividade/impulsividade, nos últimos seis meses. A segunda refere-se à presença de sintomas relativos à desatenção e não relativos à hiperatividade/impulsividade, nos últimos seis meses. A última apresentação refere-se à presença de sintomas relativos à hiperatividade/impulsividade e não relativos à desatenção, nos últimos seis meses (APA, 2013).

1.2.2. A PHDA de acordo com outros sistemas nosológicos: DC: 0-5

Para uma grande parte dos indivíduos diagnosticados com PHDA, os primeiros sintomas emergem pela primeira vez na primeira infância (Kieling et al., 2010). De facto, pode ser

realizado um diagnóstico confiável no período pré-escolar, onde a hiperatividade-impulsividade tendem a ser os sintomas mais predominantes e alguns défices neurocognitivos são já possíveis de identificar (Shephard et al., 2022).

Neste sentido, torna-se pertinente complementar os critérios de diagnóstico estabelecidos pelo DSM-5 com os critérios de diagnóstico elaborados no Manual de Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e do Desenvolvimento da Infância (DC: 0-5) (Zero To Three, 2016). Igualmente ao apresentado nos critérios do DSM-5, no DC: 0-5 são apresentados dois grupos de sintomas (i.e., desatenção e hiperatividade/impulsividade). De acordo com o critério A do DC: 0-5, para um diagnóstico de PHDA ser estabelecido, em ambos os grupos de sintomas, é exigido que a criança apresente, pelo menos seis sintomas nos últimos seis meses, presentes em cada um dos grupos. No que toca à *desatenção*, os sintomas são: não ser cuidadoso e ser desatento nas atividades do dia-a-dia; apresentar dificuldade em manter a atenção nas atividades ou brincadeiras; não responder a solicitações verbais; ter dificuldade em seguir instruções com vários passos, acabando por não completar a tarefa; apresentar dificuldades na execução de atividades sequenciais, apropriadas à idade; evitar tarefas que requeiram atenção prolongada; perder regularmente objetos que usa; distrair-se com sons e ruídos e parecer que se esquece do que está a fazer em rotinas ou atividades que são habituais. Em relação aos sintomas do grupo *hiperatividade-impulsividade*, os sintomas são: irrequietação quando é esperado que esteja parado, mesmo em pequenos períodos de tempo; levantar do lugar durante atividades, onde é suposto estar sentado; escalar mobília ou outros objetos inapropriados; fazer mais ruído que as outras crianças e dificuldade em brincar em silêncio; apresentar atividade motora excessiva; falar muito; dificuldade em esperar pela sua vez de falar e interromper a conversa dos outros; dificuldade em esperar pela sua vez durante atividades ou quando espera pelas suas necessidades serem satisfeitas e, por último, ser intrusivo nas brincadeiras ou atividades (Zero To Three, 2016).

Relativamente aos restantes critérios apresentados por este sistema nosológico, para que o critério B seja preenchido é necessário que sintomas identificados no critério A apresentem uma duração, intensidade e frequência superior ao que seria esperado por uma criança com a mesma idade e inserida na mesma cultura. Os sintomas devem estar presentes em, pelos menos, dois contextos da criança, por exemplo, na escola e no ambiente familiar (critério C). O último critério (critério D) refere-se ao impacto que os sintomas da perturbação têm na vida da criança e da família, destacando que pelo menos uma destas características esteja presente: causar angústia à criança; causar angústia à família, interferir nos relacionamentos da criança; limitar a participação da criança em atividades ou rotinas; limitar a participação da família em

atividades e rotinas, e limitar a aprendizagem da criança, bem como interferir no seu desenvolvimento. Por último, os critérios de diagnóstico fazem a nota de que a criança deve ter pelo menos trinta e seis meses, ou seja, três anos de idade para que este diagnóstico lhe possa ser atribuído (Zero To Three, 2016).

1.3. Etiologia da PHDA

Inúmeros estudos têm investigado as causas subjacentes aos diferentes fenótipos da PHDA, ou seja, as características observáveis relacionadas a esta perturbação (Hinshaw, 2017; Kian et al., 2022; Koirala et al., 2024; Marques et al., 2017; Nigg et al., 2020; Oliveira et al., 2017; Shen & Zou, 2024; Sonuga-Barke et al., 2023). A etiologia da PHDA tem sido largamente atribuída a uma interação entre variáveis hereditárias e ambientais (Cortese, 2012; Faraone et al., 2021).

Desta forma, parecem ser vários os fatores que estão a contribuir para o desenvolvimento dos sintomas típicos de PHDA, entre eles, os fatores genéticos e hereditários; neurobiológicos e neuropsicológicos; pré, peri e pós-natais e contextuais (familiares e socioculturais) (Faraone et al., 2015). Entre estes, a investigação sobre fatores genéticos tem vindo a crescer ao longo do tempo, evidenciando que estes fatores são os mais influentes na etiologia da PHDA, constituindo-se assim, como uma condição altamente hereditária (Sonuga-Barke et al., 2023). Por outro lado, os fatores ambientais, que incluem os fatores pré, peri e pós-natais, bem como influências contextuais, parecem contribuir para uma menor proporção da etiologia (Banerjee et al., 2007; Sciberras et al., 2017).

A PHDA apresenta uma forte componente hereditária e genética, o que significa uma variação de uma determinada característica ou condição atribuída a fatores genéticos *versus* influências ambientais, dentro de uma população, num determinado momento (Hinshaw, 2018). A origem genética e hereditária foi sugerida através de vários trabalhos no campo da genética molecular e por investigações que envolveram o estudo de pessoas com laços familiares entre si (e.g., estudos com gémeos e casos de adoção) (Thapar et al., 2013). Corroborando a relevância dos fatores genéticos na manifestação dos sintomas da perturbação, Nigg (2012) destaca que a influência genética é incontestável. Por exemplo, um estudo conduzido por Thapar e colaboradores (2012) comparou a gravidade da PHDA entre filhos de pais com PHDA e sem PHDA. Os resultados reforçaram a natureza hereditária desta condição, mostrando que os filhos de pais com PHDA eram mais propensos em desenvolver formas mais graves desta perturbação. Por sua vez, resultados de estudos com gémeos mostraram que os monozigóticos (i.e., quando apenas um óvulo é fecundado por um espermatozoide) são mais propensos a

apresentar PHDA do que gémeos dizigóticos (i.e., quando dois óvulos são fecundados por dois espermatozoides) (Thapar et al., 2012). Ainda, foi possível constatar que a PHDA é mais frequente em pais biológicos de crianças com PHDA, do que em pais adotivos (Thapar et al., 2012).

A forma como o cérebro se organiza e funciona espelha-se nos comportamentos, sendo este o princípio que sustenta as teorias neurobiológicas e neuropsicológicas explicativas da origem e desenvolvimento da PHDA (Oliveira et al., 2017). Mudanças na estrutura, função e química do cérebro podem ser consideradas como mediadoras entre a origem de riscos genéticos e ambientais. O surgimento das análises de neuroimagem proporcionou uma maior compreensão sobre a neurobiologia subjacente à PHDA (Sonuga-Barke et al., 2023). De facto, há alguns estudos a indicar que a PHDA pode estar associada a uma redução do tamanho do cérebro (Castellanos et al., 2002; Proal et al., 2011), estando implicada a redução da massa cinzenta (Greven et al., 2015). Ainda foram encontradas alterações de volume em regiões do cérebro específicas, nomeadamente, no cerebelo, núcleo caudado, gânglios basais e corpo caloso (Frodal & Skokauskas, 2012; Stoodley & Schmahmann, 2009).

Relativamente aos fatores ambientais, são vários os estudos que se referem a fatores durante e após a gestação, que podem aumentar a probabilidade de desenvolvimento dos sintomas de PHDA. Não são fatores genéticos ou hereditários, mas sim fatores biológicos, entre eles, estão a exposição a metais e toxinas (e.g., chumbo), a exposição ao tabaco e álcool, a prematuridade e o baixo peso ao nascer (Thapar et al., 2013). Durante o parto, existem também algumas complicações que podem predizer PHDA no futuro, nomeadamente, eclampsia (i.e., hipertensão arterial), toxemia (i.e., acumulação de toxinas no sangue), duração do parto, baixo peso à nascença e hemorragia pré-parto (Halmøy et al., 2012; Ketzer et al., 2012).

O consumo de álcool durante a gravidez pode precipitar a síndrome alcoólica fetal, que por norma está relacionada com défices intelectuais. No entanto, quantidades menores de álcool podem desencadear os principais sintomas de PHDA (Beauchaine & Hinshaw, 2016). Já o consumo de nicotina, possui interações mais complexas entre a genética e os efeitos tóxicos desta substância (Thapar et al. 2009).

A exposição ao paracetamol durante a gravidez foi também relatada como altamente relacionada a sintomas de PHDA em crianças (Gou et al., 2019).

O baixo peso verificado aquando do nascimento, constitui-se como um fator de risco para o desenvolvimento de PHDA. A literatura tem mostrado que quanto menor o peso no nascimento, maior é o risco de sintomas relacionados com a PHDA, bem como problemas relacionados com a aprendizagem e o desenvolvimento motor (Nigg, 2006).

Durante a infância, a exposição ao chumbo também parece estar relacionada com o desenvolvimento de sintomas de PHDA e ao comprometimento do funcionamento intelectual (Nigg, 2006). Um outro estudo de Nigg (2016), permitiu perceber que um gene do metabolismo do ferro modera a associação entre a presença de chumbo no sangue e os sintomas de PHDA.

1.4. Comorbilidade e Outras Dificuldades Associadas

As crianças que apresentam PHDA na infância possuem vários riscos associados, entre eles, as dificuldades académicas, sociais e comportamentais, que podem manter-se até à vida adulta (Barkley, 2008). As pessoas com PHDA frequentemente apresentam comorbilidades associadas, o que não agrava apenas o quadro clínico inicial, mas também torna essencial a realização de um diagnóstico diferencial. Estima-se que 2 em cada 3 casos de sujeitos diagnosticados com PHDA reúnem condições que satisfazem, pelo menos, dois diagnósticos contemplados no DSM (Gillberg et al., 2004).

De facto, uma grande maioria das crianças com PHDA apresenta também comorbilidade com outras perturbações. Entre as mais comuns verificam-se a perturbação do espectro do autismo (PEA), perturbações de tique, dificuldades de aprendizagem e problemas emocionais e de comportamento (Gnanavel et al., 2019).

Em termos de sintomatologia, sugere-se que há um grau de sobreposição entre os sintomas de PHDA e PEA. No entanto, um estudo recente demonstrou que é possível discriminar perfis de sintomas de PHDA e de PEA em crianças (Mayes et al., 2012). Em relação às perturbações de aprendizagem, um estudo demonstrou a relação entre dificuldades de aprendizagem e sintomas de PHDA, predominantemente no tipo desatento (Rucklidge & Tannock, 2022). Já um estudo anterior mostrou que dificuldades de aprendizagem ao nível da escrita foi duas vezes mais comum do que dificuldade de aprendizagem ao nível da leitura, matemática ou ortografia (Mayes et al., 2000). No que toca à perturbação de tique, a prevalência relatada de PHDA na síndrome de *Tourette* (ST) foi de 55% (Freeman, 2017).

Relativamente aos problemas emocionais, a presença de depressão major em jovens com PHDA varia entre 12% a 50%, o que é mais de cinco vezes do que em jovens sem PHDA (Angold et al., 1999).

Quanto aos problemas de comportamento, as perturbações mais comuns são a perturbação de conduta e a perturbação do desafio e da oposição, bem como a perturbação do humor disruptivo e a perturbação explosiva intermitente (Sagar-Ourighli et al., 2018; Gelegen & Tamam et al., 2018). As crianças com PHDA e perturbação de conduta são mais propensas a

abusar de drogas, envolver-se em comportamentos ilícitos (Barkley et al., 2004), bem como apresentar maiores taxas de expulsão e abandono escolar do que crianças que apenas apresentam a PHDA (Barkley et al., 1990). As crianças com PHDA e perturbação do desafio e da oposição manifestam um maior risco de apresentar comportamentos antissociais e abuso de substâncias quando adultos (Pliszka, 2003).

Um estudo de Cherkasova e colaboradores (2021) investigou a persistência dos sintomas, resultados funcionais e os preditores desses resultados desde a infância (6 a 12 anos) até à idade adulta (20 a 40 anos), através de sete estudos longitudinais na América do Norte. No entanto, não houve concordância em todos os sete estudos. Relativamente ao funcionamento na escola, ocupacional e económico os resultados foram unânimes, indicando que existia um défice persistente nestes domínios, em comparação com os grupos de controlo (i.e., grupo de crianças, adolescentes e adultos sem presença da PHDA). Em relação à saúde mental, a maioria dos estudos verificou que os resultados a longo prazo dos participantes com PHDA foram marcados por índices mais altos de problemas de saúde mental. No mesmo sentido, a saúde física foi marcada por piores resultados e um aumento da mortalidade em participantes com PHDA na infância. A maioria dos estudos encontrou índices elevados de abuso substâncias em participantes com PHDA, em relação aos participantes dos grupos de controlo. Alguns estudos sugeriam que este consumo se iniciava na adolescência e estava relacionado com a persistência dos sintomas de PHDA. Também foi possível constatar unanimidade relativamente ao comportamento antissocial, ou seja, todos os sete estudos documentaram índices elevados de problemas de conduta e comportamento antissocial nos participantes da investigação com PHDA.

As crianças com um diagnóstico de PHDA podem apresentar outras dificuldades emocionais e sociais (Classi et al., 2012). Pais de crianças com PHDA reportam níveis elevados de raiva e frustração (Anastopoulos et al., 2011), agressividade e reduzida empatia (Barkley, 2008), bem como dificuldade em reconhecer e interpretar sinais sociais e contextuais relacionados com as emoções, como o tom de voz e gestos (Ludlow et al., 2014). Para estas crianças torna-se difícil iniciar e manter relações com os colegas, seja na escola, ou mais tarde no trabalho (Barkley, 2008).

As funções executivas são definidas como um conjunto de processos cognitivos de ordem superior, que permitem a regulação de pensamentos, emoções e comportamentos, de modo a ser atingido um objetivo (Miyake & Friedman, 2012). Processos como o controlo inibitório, planeamento e organização, memória de trabalho, flexibilidade ou controlo emocional estão incluídos nas funções executivas. Dificuldades ao nível do controlo inibitório, da memória de

trabalho e da flexibilidade têm sido consistentemente associadas à PHDA no período pré-escolar (Pauli-Pott & Becker, 2011) e em idade escolar (Martinussen et al., 2005; Willcutt et al., 2005). Willcutt e colaboradores (2015) sugerem que os primeiros sintomas associados à PHDA surgem a partir de um déficit primário nas funções executivas, nomeadamente, no planeamento e organização de tarefas, resolução de problemas, memória de trabalho e controlo inibitório, confirmando também dados de outras investigações (Rennie et al., 2014; Schoemaker et al., 2012; Weyandt et al., 2013). Investigação complementar veio sugerir que meninas com PHDA podem apresentar mais dificuldades em tarefas que avaliam funções executivas e a atenção, quando comparadas a meninas sem PHDA, seja na infância (Hinshaw et al., 2002; Seidman et al., 2005), adolescência (Hinshaw et al., 2007; Seidman et al., 2005), ou na idade adulta (Biederman et al., 2008; Miller et al., 2013).

1.5. Trajetórias de Desenvolvimento da PHDA

A grande maioria de crianças em idade pré-escolar apresentam o subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo (Lahey et al., 2004; Lahey et al., 2005). Uma vez que, a hiperatividade tende a diminuir com a idade, o subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo é mais comum em pré-escolares do que em crianças mais velhas (Galéra et al., 2011; Lahey et al., 2005). Já o subtipo predominantemente desatento é raro nesta faixa etária, e os sintomas de desatenção tornam-se mais aparentes à medida que a criança cresce, ou seja, quando transita para a escola (Egger et al., 2006; Galéra et al., 2011).

Consistente com Galéra et al. (2011), as crianças que foram diagnosticadas com PHDA mais tarde pareceram apresentar um aumento dos sintomas de desatenção ao longo do seu desenvolvimento. No entanto, este aumento não foi uniforme. Algumas apresentaram um aumento rápido e outras um aumento gradual. Aos três anos de idade as crianças não apresentavam os sintomas: não tomar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar ou recusar tarefas que exigem esforço mental prolongado e perder objetos, sugerindo que nesta idade os sintomas de desatenção ainda não são muito comuns, mesmo em crianças que receberam o diagnóstico mais tarde (Byrne et al., 2000). A evolução dos sintomas parece estar relacionada com as mudanças de expectativas a nível escolar. Com a entrada no ensino escolar obrigatório, existe provavelmente uma maior expectativa em relação a não tomar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido do que durante os anos pré-escolares. No entanto, sintomas como parecer não ouvir quando alguém lhe dirige palavras diretamente, como se a mente estivesse noutra sítio e não seguir instruções até

ao fim ou não conseguir concluir tarefas, parecem estar bem presentes desde os três anos. Já o sintoma distração fácil por estímulos externos aumentou ao longo do tempo, mostrando que a distração surge de forma precoce e tende a deteriorar com o tempo (Harvey et al., 2015).

Já em relação à hiperatividade e impulsividade, parece que com a transição para o ensino escolar obrigatório os sintomas tendem a diminuir (Lahey et al., 2005). No entanto, parece existir uma exceção, de acordo com Byrne et al. (2000), o sintoma dar uma resposta antes da pergunta ter sido concluída não estava muito presente em idade pré-escolar, começando a ser a mais frequente ao longo do tempo, principalmente a partir dos 6 anos. Este aumento pode dever-se com a mudança de atividades entre a pré-escola e a escola. A pré-escola é caracterizada por um ambiente mais lúdico e flexível, enquanto a escola impõe uma maior estruturação e mais regras, criando mais oportunidades para que a impulsividade se manifeste.

Um estudo de Curchack-Lichtin et al. (2014) investigou a manifestação de sintomas da PHDA em crianças com e sem diagnóstico de PHDA, em idade pré-escolar (4-5 anos) e início da idade escolar (5-6 anos e 6-7 anos). Os resultados indicaram que em idade pré-escolar os sintomas de desatenção, tais como: "não tomar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido", "perder objetos", "esquecimento em realizar atividades do dia-a-dia", "dificuldade em organizar tarefas e atividades" e "evitar ou recusar tarefas que exigem esforço mental prolongado" apresentavam baixo valor discriminativo (i.e., não eram critérios revelantes de PHDA). No entanto, no início da idade escolar (6-7 anos), estes sintomas permitiam mais facilmente identificar a PHDA. No intervalo dos 5-6 anos o sintoma "não tomar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido" tinha um valor discriminativo baixo, mas aumentou no intervalo 6-7 anos. Isto sugere que estes sintomas de desatenção só se tornam relevantes em idade escolar. Além disso, os sintomas "evitar ou recusar tarefas que exigem esforço mental prolongado" e "não tomar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido" são mais difíceis de identificar em idade pré-escolar, visto que as crianças ainda não precisam de se focar durante longos períodos de tempo. No mesmo sentido, não é esperado que crianças precisem de organização, lembrar-se de obrigações e manter o controlo dos pertences nesta fase (Chacko et al., 2009; Curchack-Lichtin et al., 2014).

Relativamente à hiperatividade-impulsividade em idade pré-escolar, sintomas como "levantar da cadeira em situações que é esperado estar sentado", "agitação como se estivesse sempre com o motor ligado", "correr ou escalar para objetos, em situações em que tal é inapropriado", "dar uma resposta antes da pergunta ter sido concluída" e "dificuldade em esperar pela sua vez" apresentaram um elevado valor discriminativo, ou seja, eram bons indicadores de PHDA. Porém, estes sintomas diminuía com o tempo, nomeadamente nos

seguintes intervalos (5-6 anos e 6-7 anos). O sintoma “dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer em silêncio” no primeiro intervalo apresentava um valor discriminativo baixo e assim se manteve nos seguintes intervalos de idade. Já os sintomas "falar demasiado", "dar uma resposta antes da pergunta ter sido concluída" e "interromper ou interromper-se, por exemplo, em conversas ou atividades" tinham um elevado valor discriminativo na idade pré-escolar. No entanto, entre os 6 e 7 anos apresentava baixo valor discriminativo (Curchack-Lichtin et al., 2014).

Através de um estudo conduzido por Lahey e colaboradores (2004), foi possível constatar que 75% a 85% das crianças em idade pré-escolar que inicialmente preenchiam os critérios de diagnóstico para a PHDA, mantiveram esse mesmo diagnóstico ao longo de três anos seguintes. Além disso, crianças que eram diagnosticadas inicialmente com subtipo predominantemente desatento e subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo, apresentavam uma maior probabilidade de não preencher os critérios para a PHDA no futuro. Em contraste, aquelas que numa fase inicial apresentavam o subtipo combinado demonstravam maior estabilidade no diagnóstico ao longo do tempo (Barkley et al., 2002).

Em relação ao sexo, observa-se uma mudança na manifestação dos sintomas ao longo do tempo, tanto em ambientes clínicos quanto em comunitários (Kooij et al., 2010; Larsson et al., 2011). Em clínicas infantis e de adolescentes, cerca de 80% dos casos de PHDA ocorrem em indivíduos do sexo masculino. No entanto, em clínicas de adultos essa diferença tende a diminuir, indicando que o número de casos de PHDA em homens era semelhante ao número de casos de PHDA em mulheres (Kooij et al., 2010). No final da adolescência, os níveis de desatenção permanecem em maior evidência nos rapazes, no entanto os níveis de hiperatividade-impulsividade parecem diminuir e ficar semelhantes aos das meninas (Larsson et al., 2011), sugerindo que na idade adulta as diferenças entre os sexos na apresentação da PHDA se tornam menos evidentes.

De facto, é durante a idade pré-escolar que a hiperatividade-impulsividade atinge o seu pico, tendendo a diminuir ao longo da infância, enquanto a desatenção se torna cada vez mais evidente (Lahey et al., 2004; Lahey et al., 2005; Lahey et al., 2005; Galéra et al., 2011; Egger et al., 2006; Galéra et al., 2011). Neste sentido, um estudo de Martel et al. (2016), através de uma análise de redes examinou a associação entre os dezoito sintomas da PHDA desde a idade pré-escolar até à idade escolar. Os resultados indicaram que, na idade pré-escolar os sintomas podem ser interpretados como uma única rede, sem uma distinção clara entre hiperatividade-impulsividade e desatenção. Durante a infância, começam a formar-se dois grupos distintos: hiperatividade-impulsividade e desatenção. Na adolescência surgem três grupos bem definidos:

hiperatividade, impulsividade e desatenção. Por fim, na idade adulta estes três grupos mantiveram-se.

Aproximadamente 65% das crianças diagnosticadas com PHDA apresentam persistência de sintomas na idade adulta (Luo & Halperin, 2019), assim torna-se pertinente perceber quais os sintomas e patologias relacionados com a persistência da PHDA no decorrer dos anos. A gravidade e o comprometimento associados à PHDA na infância, bem como a presença de comorbidades como a perturbação de desafio e oposição, perturbações de humor, ansiedade, problemas escolares, sociais e comportamentais durante a infância, são fortes preditores da persistência da PHDA na adolescência e na idade adulta (Barkley, 2008; Biederman et al., 2011; Molina et al., 2009; Swanson et al., 2007). Os problemas comportamentais na infância, como a perturbação de conduta e a perturbação de desafio e oposição, destacam-se como os preditores mais revelantes, pois estão associados tanto a problemas comportamentais e antissociais contínuos quanto a outras psicopatologias, como perturbações pelo uso de substâncias, perturbações de humor e perturbações da personalidade na vida adulta (Barkley, 2008; Biederman et al., 2008).

Acredita-se que as pessoas com PHDA apresentem uma série de piores resultados a nível físico mais tarde na vida (Shaw et al., 2023; Harpin, 2018). A investigação tem demonstrado que as pessoas com PHDA correm maior risco de vários problemas de saúde potenciais, incluindo efeitos colaterais de medicamentos, abuso de álcool e substâncias, diabetes *mellitus* tipo 1 e 2, distúrbios neurológicos como epilepsia e enxaqueca, condições respiratórias, problemas de sono e dificuldades em relação ao controlo do peso (Surman & Walsh, 2021; Jernelöv et al., 2019; Barker et al., 2021; Treur et al., 2021; Brook et al., 2020; Cherkasova et al., 2022; Du Rietz et al., 2021; Stickley et al., 2021; Nigg, 2013; Pan & Bölte, 2020; Chen et al., 2018; Kapellen et al., 2016; Sedgwick-Müller et al., 2022; Faraone et al., 202; Kooij et al., 2019). Um estudo conduzido na Suécia, veio acrescentar a existência de uma forte associação entre a presença de PHDA na vida adulta e posterior desenvolvimento de demência, em idades mais avançadas (Du Rietz et al., 2021).

1.6. Fatores que contribuem para trajetórias (in)adaptadas na PHDA

A literatura tem vindo a descrever vários fatores de risco e de proteção para gravidade e o comprometimento associados à PHDA na infância, bem como da persistência da PHDA na adolescência e na idade adulta (Barkley, 2008; Biederman et al., 2011; Molina et al., 2009; Swanson et al., 2007). Neste sentido, os fatores de risco e proteção identificados vão ser

analisados à luz do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

1.6.1. Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano

O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano tem-se revelado particularmente útil no estudo científico das trajetórias de desenvolvimento, da infância à idade adulta, e identificação de fatores de risco e proteção (Bronfenbrenner, 2005). Neste modelo, o desenvolvimento humano é definido como um “fenômeno de continuidade e mudança das características biopsicológicas dos seres humanos, enquanto indivíduos e grupos” (Bronfenbrenner & Morris, 2006, p. 793) e rege-se por duas proposições essenciais para a sua compreensão e quatro propriedades, nomeadamente, o Processo, a Pessoa, o Contexto e o Tempo (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Relativamente às proposições do modelo, a primeira proposição informa que o desenvolvimento humano, principalmente em fases iniciais, mas também ao longo da vida, ocorre através de processos de interação recíproca que se vão tornando mais complexos com o decorrer do tempo, entre um organismo humano biopsicológico ativo e em evolução e as pessoas, objetos e símbolos no seu ambiente externo imediato. Estes processos são, então, denominados de processos proximais, sendo o cerne do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Já a segunda proposição, mostra que os processos proximais impactam o desenvolvimento humano através das características da pessoa, do ambiente imediato ou distante, da natureza dos resultados de desenvolvimento e das continuidades e mudanças sociais ao longo do tempo (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Em relação às propriedades, o Processo é o elemento central do modelo, como descrito anteriormente, envolvendo diferentes formas de interação entre o organismo e o ambiente (i.e., processos proximais) (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Os processos proximais variam em função das características biopsicológicas da Pessoa em desenvolvimento, dos contextos ambientais imediatos e mais distais e dos períodos de tempo em que os processos proximais ocorrem (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

A segunda propriedade do modelo é baseada nas características biopsicológicas da Pessoa, através de três fatores: Forças, Recursos e “*Demands*”. As características de Força referem-se a disposições comportamentais, que podem iniciar e sustentar os processos proximais. As características com maior expressividade para influenciar o desenvolvimento humano são as generativas que impulsionam o desenvolvimento da pessoa de forma ativa, como a curiosidade e a proatividade. Num outro polo, estão as características disruptivas que podem criar

obstáculos ao desenvolvimento humano, como a impulsividade e a apatia. De uma forma geral, são dificuldades em manter o controlo sobre as emoções e o comportamento (Bronfenbrenner & Morris, 2006). As características de Recursos envolvem as capacidades e experiências acumuladas pela pessoa, que influenciam a capacidade do organismo se envolver em processos proximais através de condições que limitam ou interrompem a integridade funcional do organismo (passivos), como uma doença genética ou uma deficiência física, e ainda, através de potencialidades como, conhecimento e experiência (ativos) (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Por último, as “*Demands*” referem-se à forma como as características pessoais são interpretadas pelos outros e, como essa interpretação molda as relações sociais. Por exemplo, a perceção de hiperatividade pode levar a diferentes tipos de interações em comparação com a perceção de passividade (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

O Contexto é a terceira propriedade do modelo e refere-se a quatro sistemas, nomeadamente o Microssistema, o Mesossistema, o Exossistema e o Macrossistema, que variam de um ambiente proximal a distal. O Microssistema é o ambiente mais próximo da pessoa, caracterizado por um “conjunto de atividades, papéis sociais e relações interpessoais vivenciados pela pessoa em desenvolvimento, num determinado ambiente que possua características físicas e materiais particulares” (Bronfenbrenner, 1994, p. 814), sendo que a família, escola e o grupo de pares são considerados os microssistemas com maior expressividade no desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 1994). O Mesossistema é definido pela interligação entre dois ou mais microssistemas que incluem a pessoa em desenvolvimento. Exemplo disso é relação que existe entre a escola e a família de uma criança (Bronfenbrenner, 1994). O Exossistema pressupõe as ligações que existem entre dois ou mais microssistemas, em que pelo menos um não contém a pessoa em desenvolvimento, porém ocorrem eventos que vão influenciar o indivíduo indiretamente (Bronfenbrenner, 1994). O Macrossistema é o nível mais amplo que influencia todos os outros sistemas, através de valores culturais e crenças (Bronfenbrenner, 1994).

A quarta e última propriedade é o Tempo ou Cronossistema, com três níveis sucessivos, o Microtempo, o Mesotempo e o Macrotempo. O Microtempo refere-se a episódios imediatos e contínuos de interação. O Mesotempo refere-se à periodicidade dos processos proximais. O Macrotempo é uma dimensão mais ampla, que se refere a expectativas e eventos em transformação na sociedade (Bronfenbrenner, 1994).

1.6.2. Risco e Proteção na PHDA

De acordo com a literatura, para que se realize um diagnóstico correto da PHDA é importante proceder-se a uma avaliação abrangente, desde investigar a história clínica, incluindo fatores pré-natais, perinatais e pós-natais, bem como perceber o percurso escolar da criança, fazer uso da entrevista e de questionários próprios e, ainda, atuar em multidisciplinaridade (APA, 2019; Larroca & Domingos, 2012; Ortega et al., 2010; Ferraza et al., 2010). Durante todos estes passos, é importante considerarem-se os fatores ambientais, nomeadamente, a exposição a elementos tóxicos, o estilo de vida durante a gravidez, a medicação, o consumo de álcool e nicotina, o parto prematuro, as condições económicas da família, a relação entre os pais e os filhos, entre outros fatores (Zwi et al., 2011; Xu et al., 2018; Weissenberger et al., 2017; Thapar et al., 2013).

A hereditariedade tem um papel crucial na manifestação dos sintomas de PHDA. No entanto, as pessoas que apresentam este diagnóstico estão também sujeitas a influências do contexto em que estão inseridas. Barkley (2008), afirma que a severidade dos sintomas, a trajetória de desenvolvimento, a presença de sintomas secundários e o impacto da PHDA no funcionamento familiar, social, académico e comportamental (APA, 2013), estão relacionadas com a presença de fatores contextuais. Apesar de não serem considerados etiológicos, são fatores que podem estar a agravar ou a atenuar os sintomas, sendo esta relação considerada a interação gene-ambiente, que é determinante para o fenótipo de cada indivíduo (Cordinhã & Boavida, 2008; Nigg et al., 2007). A genética de um indivíduo é potencializada por interação de fatores ambientais e culturais (Beauchaine & Hinshaw, 2016). Quando um indivíduo com predisposição genética para a PHDA é exposto a eventos stressantes pré-natais ou pós-natais, é mais provável que se manifestem sintomas de PHDA (Kian et al., 2022).

Fatores da Pessoa

Um estudo de Corkum et al. (2014), teve como objetivo perceber quais eram as perceções face às barreiras que existem na adesão à intervenção na PHDA. Através de uma análise temática, surgiu o tema sobre as características pessoais. Características como sexo, idade da criança, etnia e comorbilidade pareciam estar relacionadas com a adesão à intervenção. Relativamente ao sexo, entre as crianças diagnosticadas com PHDA, os meninos parecem ter maior probabilidade de receber intervenção (Barbaresi et al., 2006). Já em relação à idade, parece existir uma maior probabilidade em crianças mais novas cumprirem a intervenção farmacológica prescrita, em comparação com adolescentes (Atzori et al., 2009; Barner et al., 2011; Berger-Jenkins et al., 2012; Gau et al., 2008; Miller et al., 2004; Thiruchelvam et al., 2001). Sobre a etnia não existe consenso. Alguns estudos indicam que crianças que pertencem

a minorias étnicas parecem ter uma maior probabilidade em aceitar e receber intervenção para a PHDA, do que crianças caucasianas (Bussing et al., 2003; dos Reis et al., 2003; Hong et al., 2013; Krain et al., 2005; Palli et al., 2012; Ray et al., 2006; Schneider et al., 2013; Stevens et al., 2005). No entanto, alguns estudos reportaram que os pais de minorias étnicas tinham a mesma probabilidade de procurar intervenção para os seus filhos (Arnold et al., 2003). No mesmo sentido, sobre a comorbilidade também não existe consenso. Um estudo relatou que meninas com PHDA e depressão eram mais propensas a receber e aderir à intervenção, do que meninas com PHDA que não tinha a perturbação (Graetz et al., 2006). Porém, crianças com deficiência intelectual eram menos propensas a aderir à intervenção (Sitholey et al., 2011).

Crianças com PHDA, apresentam um conjunto de dificuldades em diferentes domínios, como já foi explorado anteriormente (APA, 2013; Bioulac et al., 2019; Larroca & Domingos, 2012; Sonuga-Barke et al., 2013; Zwi et al., 2011). No entanto, o estudo de Hai e Climie (2022) teve como objetivo explorar os traços de personalidade em crianças, que podem ser trabalhados para prever trajetórias de desenvolvimento mais adaptativas. Os resultados do estudo mostraram que boas competências sociais podem contribuir para fatores de resiliência fortes (e.g., otimismo, atitude pós-social, estratégias de *coping* adaptativas, autoconceito), assim como para uma perceção mais positiva da autoeficácia.

A toma de medicamentos várias vezes ao dia foi observada como uma possível barreira à adesão de intervenção (Corkum et al., 2014), uma vez que algumas crianças são fisicamente incapazes de deglutir comprimidos e acabam por experienciar momentos de elevada ansiedade quando o tentam fazer (Beck et al., 2005).

Fatores do Microssistema

Família

A parentalidade e o ambiente familiar parecem ter um impacto significativo no desenvolvimento infantil, incluindo o desenvolvimento das funções executivas, atenção e autorregulação, e podem aumentar a probabilidade de manifestação de perturbações do desenvolvimento, incluindo a PHDA (Claussen et al., 2022). Diversos estudos indicam que o contexto familiar pode impactar as trajetórias de desenvolvimento das crianças, inclusive daquelas com diagnóstico de PHDA, por meio da qualidade das interações entre cuidadores e crianças (Kiff et al., 2011). Aspetos como desafios nas interações familiares, experiências adversas, mudanças na estrutura familiar e o uso excessivo de tecnologias foram associados a uma maior probabilidade de identificação de sintomas de PHDA, sendo considerados potenciais fatores que podem influenciar o desenvolvimento infantil (Claussen et al., 2022).

A percepção que os pais têm sobre a PHDA como uma perturbação do neurodesenvolvimento, pode influenciar a decisão de procurar ajuda médica ou iniciar uma intervenção após a avaliação da criança (Hamed et al., 2015). De facto, diversos fatores familiares têm sido associados à relutância em procurar uma avaliação para a PHDA, como a dificuldade em interpretar o comportamento da criança (Sayal et al., 2006), a baixa tolerância perante esses comportamentos (Hervey-Jumper et al., 2006) ou a crença de que o diagnóstico de PHDA está associado a interesses comerciais da indústria farmacêutica (Hervey-Jumper et al., 2006).

Pais com uma compreensão limitada sobre o que está a acontecer com a criança tendem a apresentar maior dificuldade em reconhecer e responder aos sintomas que ela manifesta. Sendo os cuidadores de primeira linha, os pais podem experienciar uma carga significativa associada aos cuidados de uma criança com PHDA (Mofokeng & Van Der Wath, 2017). Aliás, um estudo de Johnston e Mash (2001) sugere que a baixa tolerância dos pais pode ser uma consequência — e não uma causa — dos comportamentos associados à PHDA. Os autores argumentam que os pais podem tornar-se mais sensíveis e reativos a comportamentos considerados inadequados, na sequência das dificuldades persistentes apresentadas pela criança. A exposição a informações incorretas sobre a PHDA veiculadas pelos meios de comunicação (Saul, 2014), o nível de conhecimento que possuem sobre a PHDA e o grau de compreensão sobre o impacto da perturbação na vida da criança, podem constituir barreiras relevantes à procura e adesão a processos de avaliação e intervenção (Corkum et al., 2014).

O estudo de Ching'oma et al. (2022) teve como objetivo perceber quais os desafios que os pais encontram quando cuidam de crianças com PHDA, em países de rendimento médio a baixo. Os pais relatavam preocupações relacionadas com a dificuldade em lidar com os comportamentos da criança. Participantes do estudo relataram dificuldades acentuadas em cuidar de crianças com PHDA, especialmente quando, com o avançar da idade, emergem desafios mais significativos em casa, relacionados com a sua segurança. As reações dos pais aos comportamentos da criança também eram uma preocupação, visto que por vezes recorriam a práticas de disciplina negativas como a repreensão e castigos corporais.

A relação entre os pais e os filhos, desde o início de vida, é bastante importante no desenvolvimento global de uma criança. A parentalidade pode moldar as capacidades de autorregulação das crianças, que são preditores do ajustamento das crianças (Kiff et al., 2011). Os resultados de um estudo de Ullsperger et al. (2016), que teve como objetivo avaliar os efeitos indiretos da parentalidade sobre os sintomas de PHDA infantil, mostrou que a disciplina

inconsistente parece estar associada com a gravidade e persistência dos sintomas de PHDA (Ellis & Nigg, 2009).

Ainda neste sentido, há estudos que mostram que um vínculo seguro tem um efeito positivo na criança e que, crianças que não possuem esse vínculo são mais propensas a desenvolver dificuldades relacionadas com a autorregulação e dificuldade em lidar com sentimentos (Kissgen & Franke, 2016; Molina et al., 2009).

A presença de dispositivos eletrónicos tem dificultado a relação entre os pais e os filhos, visto que se têm tornando uma alternativa dos pais, para que as crianças se mantenham quietas e calmas, resultando em dificuldades sociais e emocionais (Radesky et al., 2016). Além disso, estudos sugerem que a exposição prolongada a ecrãs, como televisão e videojogos, pode estar relacionada com dificuldades de atenção em crianças (Landhuis et al., 2007; Swing et al., 2010).

O planeamento familiar envolve a decisão conjunta do casal em engravidar e envolve a mudança de hábitos e estilos de vida, bem como a preparação financeira para a chegada do novo elemento. Quando uma mulher quer engravidar, pode procurar um médico para que lhe sejam fornecidas orientações, de forma a diminuir possíveis riscos prejudiciais ao feto, nomeadamente, sobre a exposição ao álcool e à nicotina ou sobre que medicamentos podem ser perigosos para o feto (Xu et al., 2016; Weissenberger et al., 2017; Thapar et al., 2013). O planeamento familiar foi identificado como um fator de proteção para o desenvolvimento de sintomas de PHDA nas crianças (Xu et al., 2016; Weissenberger et al., 2017; Thapar et al., 2013).

Escola

Os comportamentos desatentos e hiperativos-impulsivos tendem a exacerbar-se na escola, e em sala de aula, devido às várias exigências deste contexto (Faraone et al., 2015). Os comportamentos destas crianças podem ser um motivo para realizar um encaminhamento clínico (Pelham et al., 2005), e podem levar a prejuízos no funcionamento académico (e.g., diminuição das notas) e não académico (e.g., problemas com colegas) (Zendarski et al., 2022). Além disso, a investigação sugere que os professores enfrentam dificuldades na gestão dos comportamentos de crianças com PHDA (Greene et al., 2002).

Dada a prevalência da PHDA em idade escolar (Polanczyk et al., 2014), torna-se importante perceber o funcionamento da sala de aula, que pode melhorar ou piorar os desafios a que as crianças com PHDA estão expostas (Staff et al., 2023). De facto, as aulas em grande grupo e as transições frequentes entre contextos escolares, tendem a impor exigências elevadas a crianças com dificuldades de autorregulação e propensas à desmotivação (Finn et al., 2003; Junod et al., 2006; Carbone, 2001; McIntosh et al., 2004). As aulas em grande grupo tendem a promover

uma participação mais passiva por parte das crianças, o que pode aumentar a probabilidade de distração, sobretudo entre aquelas com maiores dificuldades de atenção e autorregulação (Finn et al., 2003; Junod et al., 2006). No que diz respeito às múltiplas transições entre salas, as crianças precisam de interromper a atividade em curso, deslocar-se até outro espaço e, simultaneamente, seguir várias instruções dadas pelos professores. Estas exigências podem requerer uma elevada capacidade de autorregulação, o que representa um desafio acrescido para crianças com dificuldades nesse domínio (Carbone, 2001; McIntosh et al., 2004). Neste sentido, para crianças com PHDA, pode ser particularmente difícil adaptar o seu comportamento às diferentes exigências do contexto escolar (Faraone et al., 2015).

Os assistentes de ensino têm como função apoiar os professores no trabalho com crianças com necessidades educativas especiais. Um estudo de Greenway e Edwards (2021), teve como objetivo explorar os facilitadores e as barreiras identificados por estes profissionais no exercício das suas funções. A análise temática identificou sete temas. Em relação aos facilitadores, os assistentes de ensino destacaram o suporte recebido pelos professores, nomeadamente em reuniões para avaliar o progresso das crianças. Participantes destacaram também o conhecimento sobre a perturbação como um facilitador, bem como a importância de se relacionarem com as crianças. Em relação às barreiras, surgiram quatro temas. Os assistentes de ensino referiram sentir, por vezes, falta de apoio por parte dos professores, a tendência de outros profissionais da escola para rotular os comportamentos das crianças, o ambiente em sala de aula – que, frequentemente, não é adequado às necessidades de crianças com PHDA – e, por fim, ao conhecimento limitado sobre a perturbação.

Fatores do Mesossistema

O suporte social tem sido definido como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós" (Sarason, et al., 1983, p.127). De facto, o suporte social é crucial para o desenvolvimento saudável, sendo apontado como um fator protetor capaz de atenuar trajetórias potencialmente negativas associadas à PHDA (Schei et al., 2015). Schei et al. (2015) demonstraram que o suporte social parece mediar a associação entre problemas emocionais e de conduta, assim como qualidade de vida em adolescentes com PHDA.

O nível de articulação e comunicação entre pais e professores parece ter um impacto na procura de um diagnóstico de forma precoce (Sayal, 2004). A maioria das crianças frequenta o jardim de infância e creches, sendo a comunicação eficaz entre estes dois microssistemas é um fator importante na identificação precoce e adequada de crianças com PHDA (Sayal, 2004). Nesse sentido, muitos pais relatam sentir-se pouco ouvidos pelos professores e pela direção da

escola quando expressam preocupações sobre sintomas antes do diagnóstico formal (Travell & Visser, 2006).

Fatores do Exossistema

A PHDA deve ser avaliada e diagnosticada durante os anos pré-escolares (Wolraich et al., 2011), de forma que se possa intervir de forma precoce, garantindo o potencial da criança na escola e em casa (Faraone et al., 2003). Uma das principais consequências da falta de diagnóstico da PHDA é a ausência de intervenção adequada. Quando não tratada, a PHDA pode acarretar dificuldades psicológicas, financeiras, académicas e sociais, tanto para o indivíduo quanto para a comunidade, o que reforça a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado da perturbação (Ginsberg et al., 2014; Huntley et al., 2012). Assim, o diagnóstico precoce e, consequentemente a intervenção, podem constituir fatores de proteção contra trajetórias de desenvolvimento menos adaptativas.

A literatura também tem demonstrado que famílias com baixos rendimentos são menos propensas a procurar e aderir a intervenções para a PHDA (Arnold et al., 2003; Bussing et al., 2003). Isto deve-se, em parte, ao elevado custo financeiro associado à intervenção para a PHDA (Chan et al., 2002; Guevera et al., 2001; Kelleher et al., 2001; Sawyer et al., 2004; Sitholey et al., 2011).

As relações entre os moradores de um bairro, bem como a cooperação, a confiança entre vizinhos e a sensação de segurança, têm sido descritas como possíveis fatores protetores para diversos resultados relacionados com saúde, incluindo a saúde mental (Chung & Docherty, 2011). A literatura tem sugerido que as crianças com PHDA são sensíveis às características do ambiente em que estão inseridas, ambientes que promovem o contacto com a natureza estão associados a um melhor controlo de impulsos e atenção em crianças com PHDA (Kuo & Taylor, 2004; Taylor, 2001; Taylor & Kuo, 2009). A atividade física tem sido associada a uma melhoria da cognição e do comportamento na população em geral (Archer & Kostrzewa, 2012; Gapin et al., 2011), bem como melhoria dos sintomas de PHDA em crianças (Medina et al., 2010). Desta forma, crianças com PHDA podem beneficiar de morar em bairros que promovem a atividade física.

O estudo de Ching'oma et al. (2022), que teve como objetivo perceber quais os desafios que os pais encontram quando cuidam de crianças com PHDA, identificou problemas psicológicos associados à carga de cuidados relacionados com a falta de apoio emocional que os pais sentiam, expressando elevada exaustão emocional, depressão e tristeza. A discriminação social foi também identificada como um desafio sentido pelos pais. Alguns participantes descreviam um sentimento de abandono e discriminação da comunidade pelo facto de os filhos

terem comportamentos considerados inadequados. O estudo de Ching'oma et al. (2022), permitiu ainda identificar algumas dificuldades sentidas pelos pais de crianças com PHDA relacionado com a falta de apoio em casa, uma vez que era difícil conciliar o seu emprego com o cuidado da criança em casa.

Fatores do Macrossistema

O estudo de Corkum et al. (2014), através da revisão de 63 artigos, destacou as barreiras dos vários sistemas que impedem as famílias de procurar e aderir à intervenção para os filhos. De facto, um dos principais obstáculos apontados pelos pais, para a procura e adesão à intervenção, é o longo tempo de espera para que a criança seja atendida por um médico.

Existem também diferentes interpretações dos comportamentos das crianças entre diferentes culturas (Bussing et al., 2003; Berger, 2011). Em algumas culturas, a hiperatividade e/ou impulsividade em meninos pode ser considerada como típico, e vistas como um comportamento próprio do género (Bathiche, 2007).

O estigma relativamente à saúde mental possui um impacto adverso nos resultados sociais e de saúde (Thornicroft et al., 2022) e, tem sido definido através de: estereótipos (i.e., respostas cognitivas), preconceito (i.e., respostas afetivas) e discriminação (i.e., respostas comportamentais) (Corrigan et al., 2005). Pessoas com PHDA e que sofram estigma podem restringir o seu acesso e adesão aos serviços de saúde mental (Visser et al., 2024).

Apesar de o estudo de Visser et al. (2024) não abordar diretamente o estigma, teve como objetivo explorar as necessidades não atendidas de crianças e jovens adultos, num contexto de redução de estigma. Foi realizada uma análise temática e surgiram três temas principais: falta de consciencialização, conhecimento e compreensão da PHDA; abordagens personalizadas insuficientes na educação e na saúde; acessibilidade limitada a serviços de informação e de suporte. Relativamente ao primeiro tema, foi destacada a necessidade de melhorar o conhecimento sobre a PHDA, principalmente dos professores e profissionais de saúde. O segundo tema referiu a necessidade de se adaptarem e personalizarem estratégias de aprendizagem na escola. O terceiro tema ressaltou a necessidade de existir um acesso mais facilitado a informações confiáveis relativamente à PHDA e cuidados de saúde (e.g., acompanhamento adequado e continuidade dos cuidados de saúde). Neste sentido, o estigma constitui um fator de risco. Porém, podem ser adotadas estratégias, como aquelas que surgiram nos temas do estudo de Visser et al. (2024). Assim, o conhecimento, as abordagens personalizadas e informação acessível podem ser vistos como fatores de proteção.

Fatores do Cronossistema

Ao longo do tempo, foram ocorrendo mudanças nas atividades acadêmicas das crianças, em que o tempo dedicado aos trabalhos de casa e à leitura foram aumentando, em detrimento, do tempo livre que as crianças possuem para brincar. Assim, há evidências que mostram que as várias atividades acadêmicas exigidas às crianças coincidem com um aumento da prevalência de PHDA; porém esta relação não é causal (Brosco & Bona, 2016).

2.7. Objetivo do Presente Estudo

Existe uma vasta literatura sobre quais os fatores que estão associados ao aumento da severidade dos sintomas de PHDA. Contudo, ainda há uma lacuna no conhecimento acerca dos fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento global adequado das crianças com PHDA, que vai além da severidade dos sintomas isolados. No âmbito de um projeto mais vasto sobre a avaliação da PHDA em idade pré-escolar, o presente estudo qualitativo teve como objetivo identificar as barreiras e os facilitadores de trajetórias de desenvolvimento adaptativas em crianças com PHDA, recorrendo a diferentes grupos de participantes, nomeadamente educadores de infância, pais de crianças com diagnóstico de PHDA, psicólogos, pedopsiquiatras, pediatras, e adultos diagnosticados com PHDA. Este estudo, ao considerar as perceções de diferentes grupos de participantes, pretende vir a contribuir para a identificação de estratégias eficazes para a promoção do desenvolvimento global de crianças em idade pré-escolar com PHDA.

CAPÍTULO 2

Método

2.1. Participantes

A amostra do presente estudo é composta por cinco grupos de participantes, nomeadamente (1) educadores de infância, (2) pais de crianças com diagnóstico de PHDA, (3) psicólogos, (4) pedopsiquiatras e pediatras, bem como (5) adultos diagnosticados com PHDA. Noventa e um indivíduos participaram neste estudo, sendo que oitenta e dois (90.10%) eram do sexo feminino e nove (9.89%) do sexo masculino (Tabela 1).

O grupo de psicólogos era composto por vinte e cinco participantes (20 do sexo feminino e cinco do sexo masculino), com uma idade média de 39.04 ($DP = 6.57$). Vinte e um psicólogos apresentavam licenciatura ou mestrado, e quatro o doutoramento.

Ao grupo de pedopsiquiatras e pediatras pertenciam nove participantes (oito do sexo feminino e um do sexo masculino), com uma idade média de 53.22 ($DP = 7.92$). Todos os pedopsiquiatras e pediatras apresentavam licenciatura ou mestrado.

Ao grupo de pais de crianças com diagnóstico de PHDA pertenciam 20 participantes (19 do sexo feminino e um do sexo masculino), com idade média de 40.15 ($DP = 4.55$). Sete pais tinham concluído o 12º ano e treze apresentavam licenciatura ou mestrado.

Ao grupo de educadores de infância pertenciam 16 participantes (todos do sexo feminino), com uma idade média de 48.69 ($DP = 10.77$). Quinze educadores de infância apresentavam licenciatura ou mestrado, e um tinha o doutoramento.

Ao grupo de adultos diagnosticados com PHDA pertenciam 21 participantes (19 do sexo feminino e dois do sexo masculino), com uma idade média de 36.14 ($DP = 10.02$). Nove adultos tinham concluído o ensino escolar obrigatório, outros nove tinham licenciatura ou mestrado e três doutoramento.

Quadro 1

Caracterização dos Participantes

	Psicólogos	Pedopsiquiatras e Pediatras	Pais de crianças com PHDA	Educadores de infância	Adultos diagnosticados com PHDA
N	25	9	20	16	21
Sexo	-	-	-	-	-

Idade	Feminino	20	8	19	16	19
	Masculino	5	1	1	0	2
	-	-	-	-	-	-
	Média	39.04	53.22	40.15	48.69	36.14
	Desvio Padrão	6.57	7.92	4.55	10.77	10.02
Habilitações Literárias	-	-	-	-	-	-
Ensino obrigatório (%)	-	-	7 (35%)	-	-	9 (42.85%)
Licenciatura ou mestrado (%)	21 (84%)	9 (100%)	13 (65%)	15 (93.75%)	-	9 (42.85%)
Doutoramento (%)	4 (16%)	0	-	1 (6.25%)	-	3 (14.28%)

2.2. Medidas

No presente estudo foram utilizadas duas medidas: um questionário sociodemográfico e cinco perguntas abertas.

2.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, desenvolvido neste estudo, recolheu informações gerais, como idade, sexo e habilitações literárias de todos os grupos de participantes, acrescentando dados específicos de cada grupo. Ao grupo dos pais de crianças com diagnóstico de PHDA foi solicitado que respondessem à idade, sexo e idade em que o/a filho/a recebeu o diagnóstico de PHDA. Ao grupo de adultos diagnosticados com PHDA foi solicitado que respondessem à idade com que receberam o diagnóstico e a sua profissão. Ao grupo de profissionais (i.e., pedopsiquiatras, pediatras e psicólogos) foi solicitado que respondessem aos anos de experiência profissional e aos anos de experiência na temática da PHDA. Por fim, foi solicitado aos educadores de infância que informassem, em média, quantas crianças nas suas turmas pré-escolares possuem diagnóstico de PHDA, quantas apresentam sintomas de PHDA e, no total, com quantas crianças com PHDA já trabalharam, incluindo os casos atuais.

2.2.2. Questões Abertas

Neste estudo, foram colocadas duas questões abertas que pretendiam explorar a perspetiva de diversos grupos de participantes sobre o desenvolvimento de crianças com PHDA entre os 3 e 6 anos de idade. As questões foram formuladas para a recolha de informação sobre as

preocupações, barreiras e facilitadores relacionados com o diagnóstico e desenvolvimento saudável das crianças com PHDA.

As perguntas colocadas foram as seguintes: (1) “Na sua perspetiva, por favor, indique quais as barreiras a um desenvolvimento saudável em crianças de 3 a 6 anos com PHDA (diagnosticadas nessa idade, ou não)” e (2) “Na sua perspetiva, por favor, indique os facilitadores para um desenvolvimento saudável em crianças de 3 a 6 anos com PHDA (diagnosticadas nessa idade, ou não)”.

2.3. Procedimento

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética do ISCTE - IUL (referência 136/2023). Além disso, foi solicitado um pedido de autorização dos instrumentos de inquirição em meio escolar à Direção – Geral da Educação. Após estas duas aprovações, iniciou-se o recrutamento dos participantes. O recrutamento do grupo de adultos diagnosticados com PHDA foi realizado por via e-mail e redes sociais, através de três associações de pacientes com o diagnóstico de PHDA. Para recrutar o grupo dos pais de crianças com diagnóstico de PHDA, o estudo foi divulgado em hospitais e clínicas. Para este grupo, existia um critério de inclusão em que os filhos tinham de ter entre seis e doze anos de idade. O grupo de educadores de infância foram recrutados através de escolas e associações profissionais. Por fim, os grupos de profissionais (i.e., pedopsiquiatras, pediatras e psicólogos) foram recrutados através de associações profissionais, hospitais, clínicas e também por contacto direto para o e-mail destes profissionais.

2.4. Estratégia Analítica

A análise das respostas abertas foi realizada, em conjunto, através de análise temática, de acordo com o proposto por Braun e Clarke (2012). Este método inclui seis fases: (1) “Familiarização com os dados”, que consiste na imersão total através da leitura dos dados, (2) “Gerar códigos iniciais”, através de uma codificação de todos os dados que são importantes, (3) “Procurar por temas”, que envolve a organização dos códigos em potenciais temas, (4) “Rever potenciais temas”, consiste em verificar se os temas estão coerentes ou é necessário algum ajuste, (5) “Definir e nomear temas”, atribuindo definições específicas a cada tema e (6) “Realizar o relatório”, no qual vão ser apresentados os resultados obtidos de forma a responder à questão de investigação (Braun & Clarke, 2012). Para realização deste estudo, foi utilizado o software MAXQDA (Versão 2024 para o Windows). A codificação dos dados qualitativos, incluindo a

identificação dos potenciais temas, foi realizada e discutida entre dois investigadores, e discutido com um terceiro investigador, que apoiou o consenso.

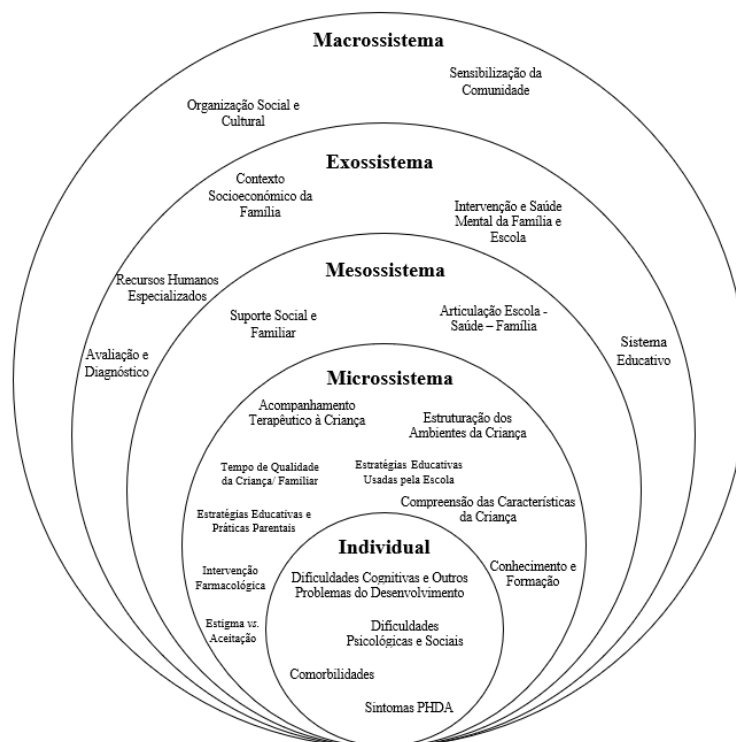
CAPÍTULO 3

Resultados

Como resultado da análise temática surgiram vinte e dois subtemas, organizados pelos vários níveis ecológicos do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Broffebrenner & Morris, 2006). O nível individual contempla quatro subtemas (i.e., Dificuldades Cognitivas e Outros Problemas do Desenvolvimento; Dificuldades Psicológicas e Sociais; Comorbilidades; Sintomas PHDA). No microsistema, foram identificados nove subtemas (i.e., Conhecimento e Formação; Estruturação dos Ambientes da Criança; Estratégias Educativas Usadas pela Escola; Estratégias Educativas e Práticas Parentais; Tempo de Qualidade da Criança/ Familiar; Acompanhamento Terapêutico à Criança; Intervenção Farmacológica; Compreensão das Características da Criança; Estigma vs. Aceitação). Já o mesossistema inclui dois subtemas (i.e., Articulação Escola – Família; Suporte Social e Familiar). Por sua vez, o exossistema engloba cinco subtemas (i.e., Contexto Socioeconómico da Família; Intervenção e Saúde Mental da Família e Escola; Recursos Humanos Especializados; Avaliação e Diagnóstico; Sistema Educativo). Por fim, o macrosistema reúne dois subtemas (i.e., Sensibilização da Comunidade; Organização Social e Cultural) (Anexo A).

Figura 1

Análise Temática



3.1. Indivíduo

Dificuldades Cognitivas e Outros Problemas do Desenvolvimento

Onze participantes mencionaram o subtema *Dificuldades Cognitivas e Outros Problemas de Comportamento*, e dezoito segmentos foram codificados ($n = 11; f = 18$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos psicólogos ($n = 4; f = 5$) (Anexo B). Participantes referiram que as dificuldades sentidas ao nível cognitivo, nomeadamente na forma como a criança adquire, processa, armazena e utiliza a informação (e.g., "dificuldades escolares", Participante 17:46:00) e outras dificuldades do desenvolvimento (e.g., "(...) dificuldade em adormecer e as horas de sono insuficiente (...)", Participante 17:24:42) estão a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Dificuldades Psicológicas e Sociais

Dezasseis participantes mencionaram este subtema e dezanove segmentos foram codificados ($n = 16; f = 19$) (Anexo A). Os grupos de participantes que mais mencionaram este subtema foram o grupo dos psicólogos ($n = 4; f = 4$) (Anexo B), o grupo de adultos com o diagnóstico de PHDA ($n = 4; f = 5$) (Anexo B) e o grupo dos pediatras e pedopsiquiatras ($n = 3; f = 4$) (Anexo B). Participantes referiram que as várias dificuldades que as crianças apresentam a nível psicológico e social, relativamente às competências necessárias que permitem às crianças lidar com as suas próprias emoções e sentimentos (e.g., "gestão da frustração", Participante 17:10:28) e ao nível das interações sociais (e.g., "desafios na socialização", Participante 21:51:53) estão a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Comorbilidades

Sete participantes mencionaram este subtema e sete segmentos foram codificados ($n = 7; f = 7$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos psicólogos ($n = 3; f = 3$) (Anexo B). Participantes referiram a presença de comorbilidades e como estas estão a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA (e.g., "não ter outras perturbações associadas"; "ansiedade generalizada, ansiedade social, TOC", Participante 13:50:34). Ainda referem que o tratamento destas comorbilidades ("tratar comorbilidades", Participante 11:34:00) está a facilitar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Sintomas PHDA

Dez participantes mencionaram este subtema e onze segmentos foram codificados ($n = 10; f = 11$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo de adultos com o diagnóstico de PHDA ($n = 4; f = 4$) (Anexo B). Participantes descreveram que os sintomas da PHDA (e.g., “dificuldade em controlar a sua impulsividade”, Participante 09:13:03; “não conseguirem concluir as suas tarefas”, Participante 21:48:34) estão a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

3.2. Microssistema

Conhecimento e Formação

Trinta e quatro participantes mencionaram este subtema e quarenta e oito segmentos foram codificados ($n = 34; f = 48$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos pais de crianças com PHDA ($n = 9; f = 14$) (Anexo B). Participantes referiram que o conhecimento que a família, a escola e os profissionais de saúde detêm sobre o que é a PHDA, sobre o modo de funcionamento da criança e as suas próprias capacidades para intervir e lidar com ela (e.g., “Uma família e um contexto escolar com um bom conhecimento sobre a PHDA de forma que as estratégias sejam aplicadas de forma eficaz”, Participante 13:07:43) são facilitadores do desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Referem, ainda, que as crenças que emergem pela falta de informação (e.g., “a crença que são mal-educadas”, Participante 23:43:12) estão a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. Por fim, referem a importância de combater o estigma (“Esbater mitos associados ao diagnóstico”, Participante 16:05:35) para promover o desenvolvimento adaptativo destas crianças.

Estruturação dos Ambientes da Criança

Vinte e quatro participantes mencionaram este subtema e vinte e oito segmentos foram codificados ($n = 24; f = 28$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos psicólogos ($n = 11; f = 15$) (Anexo B). Participantes referiram que a organização dos ambientes em que criança está inserida (e.g., “ambientes agitados e instáveis/sem rotinas”, Participante 17:13:51) parecem estar relacionados com o desenvolvimento (in) adaptativo de crianças com PHDA. Ambientes marcados pela instabilidade estão a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. No entanto, contextos que têm rotinas e atividades estruturadas promovem o desenvolvimento adaptativo destas crianças.

Estratégias Educativas Usadas pela Escola

Vinte participantes mencionaram este subtema e trinta e nove segmentos foram codificados ($n = 20; f = 39$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo

dos psicólogos ($n = 9$; $f = 11$) (Anexo B). Participantes referiram um conjunto de comportamentos e práticas que os docentes e não docentes aplicam ao nível da educação das crianças com PHDA (e.g., “capacidade de adaptar as atividades à criança”, Participante 23:19:55; “(...) fazer pequenos resumos com frases curtas e objetivas (...)”, Participante 21:48:34), que permitem o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. No entanto, a aplicação de práticas que não respeitam o tempo de aprendizagem das crianças (e.g., “não respeitar o ritmo da criança, não dar opções alternativas, falta de assertividade dos adultos”, Participante 12:20:16) e a falta de empatia dos docentes (e.g., “falta de feedback positivo e demonstrações de empatia com a criança”, Participante 09:33:33) estão a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Estratégias Educativas e Práticas Parentais

Trinta participantes mencionaram este subtema e quarenta segmentos foram codificados ($n = 30$; $f = 40$) (Anexo A). Os grupos de participantes que mais mencionaram este subtema foram o grupo dos psicólogos ($n = 9$; $f = 13$) (Anexo B) e o grupo dos adultos diagnosticados com PHDA ($n = 9$; $f = 12$) (Anexo B). Participantes referiram um conjunto de comportamentos e atitudes que os pais possuem para a educação das crianças com PHDA. Contextos familiares agressivos e instáveis (e.g., “(...) contextos mais agressivos ou permissivos”, Participante 08:57:56) estão a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. No entanto, contextos familiares saudáveis e estáveis (“família emocionalmente estável e aberta a ajudar a criança desde cedo (...)”, Participante 08:05:27) são facilitadores do desenvolvimento adaptativo destas crianças. Já a falta de comprometimento mútuo entre os pais sobre as suas responsabilidades parentais (e.g., “famílias destruídas - pais separados em guerra uns com os outros”, Participante 08:05:27) está a impedir o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Tempo de Qualidade da Criança/ Familiar

Catorze participantes mencionaram este subtema e dezoito segmentos foram codificados ($n = 14$; $f = 18$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos psicólogos ($n = 8$; $f = 10$) (Anexo B). Participantes referiram que momentos de interação significativos entre a família e as crianças (e.g., “passarem tempo útil com a criança, proporcionarem-lhe momentos prazerosos, divertidos e inesquecíveis”, Participante 13:50:34) e a prática desportiva (e.g., “praticar desporto e ser ativo a nível cultural”, Participante 18:23:26) são facilitadores para um desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. Já a

dependência da tecnologia no dia-a-dia (e.g., “exposição precoce ao ecrã”, Participante 10:08:07) está a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Acompanhamento Terapêutico à Criança

Vinte e cinco participantes mencionaram este subtema e trinta e três segmentos foram codificados ($n = 25$; $f = 33$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos psicólogos ($n = 10$; $f = 13$) (Anexo B). Participantes referiram que as diversas práticas que se podem adotar para a saúde mental da criança (e.g., “acompanhamento médico adequado”, Participante 18:23:53), bem como para a periodicidade deste acompanhamento (e.g., “um acompanhamento longitudinal e adaptado a cada idade de desenvolvimento”, Participante 13:07:43) são facilitadores do desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Intervenção Farmacológica

Dez participantes mencionaram este subtema e dez segmentos foram codificados ($n = 10$; $f = 10$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos psicólogos ($n = 3$; $f = 3$) (Anexo B). Participantes referiram que o uso correto e adequado da intervenção farmacológica (e.g., “medicação correta”, Participante 19:39:54) são facilitadores do desenvolvimento adaptativo. Já a falta de medicação (e.g., “falta de medicação”, Participante 17:13:51) foi referida como uma barreira ao desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Compreensão das Características da Criança

Quinze participantes mencionaram este subtema e dezanove segmentos foram codificados ($n = 15$; $f = 19$) (Anexo A). Os grupos de participantes que mais mencionaram este subtema foram o grupo dos pais de crianças com PHDA ($n = 5$; $f = 5$) (Anexo B) e o grupo dos psicólogos ($n = 5$; $f = 6$) (Anexo B). Participantes referiram que a falta compreensão da PHDA e do modo de funcionamento da criança (e.g., “pouca compreensão do funcionamento destas crianças”, Participante 09:41:21) está a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. No entanto, referem também que a compreensão do perfil das crianças com PHDA e a sensibilidade dos adultos (e.g., “sensibilidade na identificação dos sinais/sintomas”, Participante 09:04:50) promove o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Estigma vs. Aceitação

Dezanove participantes mencionaram este subtema e vinte e três segmentos foram codificados ($n = 19$; $f = 23$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo de pais de crianças com PHDA ($n = 6$; $f = 7$) (Anexo B). Participantes referiram que a falta de aceitação das características da criança com PHDA (e.g., “falta de aceitação dos pares”,

Participante 00:22:44) impacta o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA, bem como a exclusão associada à não aceitação da perturbação (e.g., “algum ostracismo tanto por pares como por adultos”, Participante 10:44:40).

3.3. Mesossistema

Articulação Escola – Família

Catorze participantes mencionaram este subtema e catorze segmentos foram codificados ($n = 14; f = 14$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos professores de crianças em idade pré-escolar ($n = 5; f = 5$) (Anexo B). Participantes referiram que a interação entre dois ou mais microssistemas da criança, por exemplo entre a escola e a família de uma criança (e.g., “comunicação escola – família”, Participante 17:09:52), bem como o trabalho em multidisciplinaridade em prol do bem-estar da criança (e.g., “há um caminho de soluções a trabalhar com a criança multidisciplinarmente”, Participante 18:23:26) são promotores do desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Suporte Social e Familiar

Cinco participantes mencionaram este subtema e seis segmentos foram codificados ($n = 5; f = 6$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos psicólogos ($n = 2; f = 2$) (Anexo B). Participantes referiram que a presença de uma rede de relações interpessoais, incluindo família, amigos, professores, colegas e profissionais de saúde (e.g., “bom suporte familiar”, Participante 21:02:24) permite o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. Já a falta deste (“falta de suporte familiar (...)”, Participante 09:23:24) está a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

3.4. Exossistema

Contexto Socioeconómico da Família

Oito participantes mencionaram este subtema e nove segmentos foram codificados ($n = 8; f = 9$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos pais de crianças com PHDA ($n = 4; f = 4$) (Anexo B). Participantes referiram que poucos recursos financeiros das famílias (e.g., “estar sem dinheiro para consultas e medicamentos”, Participante 14:13:14) estão a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Intervenção e Saúde Mental da Família e Escola

Dezasseis participantes mencionaram este subtema e dezanove segmentos foram codificados ($n = 16; f = 19$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos psicólogos ($n = 7; f = 7$) (Anexo B). Participantes referiram que o bem-estar psicológico e emocional dos pais e professores das crianças com PHDA, bem como a importância do apoio

psicológico e intervenção junto dos pais de crianças com PHDA e dos profissionais da escola (e.g., “apoio psicológico para pais e professores”, Participante 17:48:24) são promotores do desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Avaliação e Diagnóstico

Catorze participantes mencionaram este subtema e dezassete segmentos foram codificados ($n = 14; f = 17$) (Anexo A). Os grupos de participantes que mais mencionaram este subtema foram o grupo dos psicólogos ($n = 4; f = 5$) (Anexo B) e o grupo dos adultos com o diagnóstico de PHDA ($n = 4; f = 4$) (Anexo B). Participantes referiram a importância da sinalização precoce (e.g., “sinalização precoce dos educadores ou técnicos envolvidos”, Participante 10:52:10), assim como a relevância do tipo de ambiente em que a avaliação dos sintomas da PHDA ocorre (e.g., “melhores condições para se fazer corretamente a observação das crianças”, Participante 21:59:45), como facilitadores do desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. Referiram, ainda, que um diagnóstico realizado em idade precoce é facilitador do desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. Porém, quanto mais tarde se realiza o diagnóstico (e.g., “a ausência de um diagnóstico em idade pré-escolar contribuiu claramente para problemas de autoestima e ansiedade, que transportou para o contexto académico do primeiro ciclo”, Participante 10:43:08), maior é o impacto no desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Sistema Educativo

Vinte e oito participantes mencionaram este subtema e trinta e oito segmentos foram codificados ($n = 28; f = 38$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos pais de crianças com PHDA ($n = 8; f = 13$) (Anexo B). Participantes referiram que os fatores estruturais e organizacionais fora do controlo direto dos professores, dificultam uma resposta educativa eficaz e inclusiva (e.g., “o número de crianças na sala”; “escola pouco ou nada preparada para receber estas crianças”, Participante 18:23:53; sistema educativo muito fechado e retrógrado”, Participante 21:02:24), impactando o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Recursos Humanos Especializados

Onze participantes mencionaram este subtema e treze segmentos foram codificados ($n = 11; f = 13$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos professores de crianças em idade pré-escolar ($n = 4; f = 6$) (Anexo B). A falta de recursos humanos especializados adequados (e.g., “falta de psicólogos para acompanhar a criança”, Participante 10:29:20) e, como estes dificultam a intervenção eficaz em crianças com PHDA,

também foram identificadas por alguns participantes como barreiras ao desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

3.5. Macrossistema

Sensibilização da Comunidade

Sete participantes mencionaram este subtema e sete segmentos foram codificados ($n = 7; f = 7$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos adultos com o diagnóstico de PHDA ($n = 4; f = 4$) (Anexo B). Participantes referiram que a sensibilização a nível comunitário, o papel crucial da consciencialização e educação (e.g., campanhas de sensibilização (...), associações sem fins lucrativos (...), campanhas para a desmistificação da saúde mental no geral e na PHDA em particular (...).", Participante 13:50:34) estão a facilitar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Organização Social e Cultural

Sete participantes mencionaram este subtema e sete segmentos foram codificados ($n = 7; f = 7$) (Anexo A). O grupo de participantes que mais mencionou este subtema foi o grupo dos pais de crianças com PHDA ($n = 3; f = 3$) (Anexo B). Participantes referiram que a forma como a sociedade e as instituições estão organizadas, reflete-se na escassez de políticas públicas eficazes e insuficiência de apoios por parte do Estado (e.g., “escassos recursos de intervenção gratuitos ou comparticipados pelo estado / SNS", Participante 10:52:10), impactando o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

3.6. Proporções dos Subtemas por Grupos

Para cada subtema identificado na análise temática, foi calculada a proporção da sua frequência em relação ao total de participantes de cada grupo, permitindo compreender a relevância de cada subtema dentro de cada grupo (Anexo C).

O grupo de participantes constituído pelos pais e mães de crianças com PHDA mostrou valorizar mais os subtemas sobre o Contexto Socioeconómico da Família (44.4 %), a Organização Social e Cultural (42.6 %), o Sistema Educativo (34.2 %), o Estigma vs. Aceitação (30.4 %) e o Conhecimento e Formação (29.2 %).

O grupo de participantes constituído pelos educadores de infância valorizou mais os subtemas sobre os Recursos Humanos Especializados (46.2 %), a Articulação Escola – Família (35.7 %) e as Estratégias Educativas Usadas pela Escola (30.8 %).

O grupo de participantes constituído pelos adultos com o diagnóstico de PHDA valorizou mais os subtemas sobre a Sensibilização da Comunidade (57.1 %), Dificuldades Cognitivas e Outros Problemas do Desenvolvimento (38.8 %), Sintomas de PHDA (36.4 %), Suporte Social

e Familiar (33.3 %), Compreensão da Características da Criança (31.6 %) e Dificuldades Psicológicas e Sociais (26.3 %).

Já o grupo de participantes constituído pelos médicos pediatras e pedopsiquiatras mostrou dar mais relevância aos subtemas sobre as Comorbilidades (28.8 %) e Avaliação e Diagnóstico (23.5 %).

Por fim, o grupo de participantes constituído pelos psicólogos deu maior relevância aos subtemas sobre Tempo de Qualidade da Criança/Familiar (55.6 %), Estruturação dos Ambientes da Crianças (53.6 %), Comorbilidades (42.9 %), Acompanhamento Terapêutico à Criança (39.4 %), Intervenção e Saúde Mental da Família e Escola (36.8 %), Suporte Social e Familiar (33.3 %), Estratégias Educativas e Práticas Parentais (32.5 %), Compreensão da Características da Criança (31.6 %), Intervenção Farmacológica (30 %) e Avaliação e Diagnóstico (29.4%).

CAPÍTULO 4

Discussão

O presente estudo teve como objetivo identificar as barreiras e os facilitadores de trajetórias de desenvolvimento adaptativas em crianças com PHDA, recorrendo a diferentes grupos de participantes. Pretende contribuir para a identificação de estratégias eficazes para a promoção do desenvolvimento global de crianças em idade pré-escolar com PHDA. Através de uma análise temática e, à luz do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner & Morris, 2006), foram identificados vinte e dois subtemas.

Individual

De acordo com os dados do presente estudo, participantes identificaram as dificuldades escolares, nomeadamente a aprendizagem de conceitos e a compreensão de conteúdos como barreiras ao desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. Estes resultados corroboram a literatura existente, uma vez que as crianças com PHDA enfrentam diversos riscos associados ao seu desenvolvimento, sendo as dificuldades académicas particularmente relevantes (Barkley, 2008).

A literatura refere, ainda, que dificuldades ao nível do controlo inibitório, da memória de trabalho e da flexibilidade têm sido consistentemente associadas à PHDA no período pré-escolar (Pauli-Pott & Becker, 2011). Participantes do presente estudo identificaram o défice nas funções executivas como barreira. No entanto, as crianças com PHDA também apresentam inúmeras forças (Climie & Mastoras, 2015). Os dados sugerem que as crianças com PHDA possuem como facilitadores a criatividade, amabilidade e facilidade de aprendizagem sobre conceitos em que têm particular interesse. Assim, assumir uma abordagem baseada nos pontos fortes de crianças com PHDA pode trazer benefícios ao nível desenvolvimento adaptativo (Climie & Henley, 2016).

As crianças com PHDA parecem apresentar maior seletividade alimentar, maior sensibilidade sensorial e maior presença comportamentos perturbadores durante as refeições, do que crianças neurotípicas (Mayes & Zickgraf, 2019; Sha'ari et al., 2017). De facto, os dados deste estudo corroboram a literatura, visto que participantes referem como barreira a seletividade alimentar de crianças com PHDA. Participantes relataram, ainda, dificuldades no sono, nomeadamente no adormecer e na insuficiência das horas de sono. Este aspeto é amplamente documentado na literatura, que indica uma prevalência de perturbações do sono

entre 25% e 55% em crianças com PHDA (Corkum et al., 1998; Hodgkins et al., 2013; Owens, 2005; Sung et al., 2008).

O estudo de Hoza (2007), indicou que os problemas sociais e as relações entre pares são uma preocupação significativa em crianças com PHDA. Já o estudo de Bagwell e colaboradores (2001), sugere que crianças com PHDA parecem apresentar competências sociais mais pobres em comparação com seus pares. De facto, os desafios sociais podem levar a resultados adversos, como ser rejeitado pelos colegas, *bullying* e isolamento social (Greene et al., 1997; Unnever & Cornell, 2003). Os nossos dados confirmam o que a literatura refere, uma vez que as dificuldades sociais foram identificadas como barreiras ao desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Os sintomas de hiperatividade/impulsividade e desatenção influenciam como as crianças comunicam umas com as outras, aumentando o risco de afastamento de outras crianças (Elmose & Lasgaard, 2017; Wehmeier et al., 2010). O presente estudo verificou que, de acordo com a perspetiva de alguns participantes, as crianças com PHDA tendem a isolar-se e a apresentar baixa autoestima.

Outras dificuldades psicológicas referidas por alguns participantes são a presença de sintomas de ansiedade e dificuldade na regulação emocional. Crianças com PHDA e ansiedade parecem ter um comprometimento maior em comparação com crianças diagnosticadas apenas com PHDA (Elia et al., 2008; Halldorsdottir et al., 2015; Halldorsdottir & Ollendick, 2013), exacerbando os sintomas de desatenção e impulsividade (Melegari et al., 2018; March et al., 2000; Schatz & Rostain, 2006). Já a dificuldade em regular as emoções é comum em crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, incluindo a PHDA (Shaw et al., 2014).

A PHDA é reconhecida como uma condição com uma das mais altas taxas de comorbilidade com outras perturbações que também se manifestam na infância (Gillberg et al., 2004). Participantes referiram que a presença de comorbilidades está a impactar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. No mesmo sentido, um participante sugere que a intervenção nas comorbilidades associadas permite que as crianças com PHDA possam desenvolver-se de forma saudável.

A grande maioria de crianças em idade pré-escolar apresenta o subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo (Lahey et al., 2004; Lahey et al., 2005). Já o subtipo predominantemente desatento, por outro lado, é raro nesta faixa etária (Egger, et al., 2006; Galéra et al., 2011). Participantes referiram vários sintomas característicos de cada subtipo da PHDA. No entanto, referem com maior frequência os desafios associados à presença de sintomas do subtipo

desatento. Seria expectável uma maior identificação de sintomas do subtipo hiperativo-impulsivo, dado que estes tendem a ser mais evidentes em idade pré-escolar.

Microsistema

O conhecimento que os pais têm sobre a PHDA parece ser crucial para a forma como estes educam os seus filhos, incluindo como a perturbação é diagnosticada e como a intervenção é realizada (See et al., 2021). Já o conhecimento dos professores sobre a PHDA é importante porque estes são, frequentemente, os primeiros a identificar os sintomas da PHDA em crianças (Giannopoulou et al., 2017; Alkahtani, 2013). Assim, podem fornecer informações valiosas para a realização do diagnóstico e influenciar o desempenho escolar e a capacidade de aprendizagem dos alunos (Giannopoulou et al., 2017; Alkahtani, 2013). Participantes do presente estudo mencionaram que um maior conhecimento sobre a perturbação está a facilitar o desenvolvimento adaptativo das crianças com PHDA. Portanto, a implementação de formações sobre a PHDA, junto dos pais e dos intervenientes escolares, pode servir de importante contributo para a promoção do desenvolvimento das crianças. Por outro lado, o conjunto de crenças e mitos sobre a perturbação, sustentado pela falta de conhecimento tem dificultado o desenvolvimento adaptativo destas crianças.

Participantes deste estudo confirmam os resultados do estudo de Shikerkar e Vajaratkar (2022) ao referirem que um ambiente estruturado, previsível e com rotinas parece contribuir para o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. No entanto, participantes acrescentam que esses ambientes devem, simultaneamente, ser favoráveis ao desenvolvimento das aptidões individuais da criança.

Ao perceber como é o funcionamento da sala da aula pode ser possível determinar quais os fatores que podem estar a melhorar ou piorar os desafios a que as crianças com PHDA estão expostas (Staff et al., 2023). A literatura identifica um conjunto de práticas que se podem adotar para melhorar o desempenho académico das crianças com PHDA (Hart et al., 2011). Participantes referiram que a utilização do reforço positivo, ensino prático, fazer pequenos resumos com frases curtas e objetivas, ter as crianças afastadas de possíveis estímulos distratores e dividir as tarefas em subtarefas, são estratégias que facilitam o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

Participantes do presente estudo mencionaram que o ambiente estruturado em casa, ou seja, com consistência nas interações com a criança, empatia e feedback positivo é facilitador de um desenvolvimento adaptativo para as crianças com PHDA. No entanto, quando o contexto familiar é pautado por violência e práticas parentais contraditórias parece dificultar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. A literatura sugere que a disciplina

inconsistente (Ullsperger et al., 2016) e um ambiente familiar desestruturado e caótico (Daley, 2006) pode agravar os sintomas de PHDA da criança.

A parentalidade e o ambiente familiar tendem a impactar o desenvolvimento infantil (Claussen et al., 2022) e parecem influenciar as trajetórias de desenvolvimento das crianças, através, por exemplo, da qualidade das interações pais-criança (Kiff et al., 2011). Participantes do estudo referem que momentos de interação frequentes entre os pais e as crianças com PHDA, como momentos de jogos de tabuleiro e brincar ao ar livre, são facilitadores do desenvolvimento adaptativo. Já a prática de desporto parecer trazer um conjunto de benefícios ao nível das funções executivas em crianças com PHDA, nomeadamente, nas áreas de inibição, atenção seletiva e flexibilidade cognitiva (Meggs et al., 2023). Participantes também referiram que atividade física é um facilitador para o desenvolvimento adaptativo destas crianças. Por outro lado, participantes mencionaram como barreira ao desenvolvimento, a exposição prolongada aos ecrãs. De facto, a literatura evidencia que os adolescentes com PHDA apresentam um elevado risco para desenvolver um uso excessivo da *internet* (Petersen et al., 2019).

A terapia comportamental e os medicamentos estimulantes são os tratamentos de primeira linha para a PHDA (Eiland & Gildon, 2024). Participantes do presente estudo mencionam como facilitador do desenvolvimento a intervenção não farmacológica, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental. Destacam ainda a relevância de outras intervenções, como a terapia ocupacional e o acompanhamento pedopsiquiátrico. Para além disso, consideram que a periodicidade destas intervenções constituem fatores facilitadores de um desenvolvimento adaptativo em crianças com PHDA.

A intervenção farmacológica da PHDA é uma importante questão de saúde pública, uma vez que a perturbação está associada a elevadas taxas de comorbilidade (Jensen & Steinhausen, 2015; Jensen et al., 2001). A prevalência do uso de medicamentos para a PHDA tem aumentado exponencialmente em diversos países desenvolvidos nas últimas décadas (Rama et al., 2018; Sultan et al., 2018). Participantes deste estudo referem que a medicação correta e adequada constitui-se como facilitadora para o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. Porém, tal como a literatura sugere, ainda permanecem grandes questões e preocupações em relação aos benefícios e riscos dos medicamentos para a PHDA (Chan et al., 2016; Shaw, 2016; Storebø et al., 2015), e participantes referem que a utilização de medicação numa idade precoce é uma barreira ao desenvolvimento adaptativo das crianças com PHDA.

A compreensão das características da criança com PHDA foi mencionada como facilitadora para o desenvolvimento adaptativo. A capacidade de entender, interpretar e dar

significado a estas características permite ajustar as práticas pedagógicas e parentais às características e necessidades da criança. De facto, o estudo Richardson et al. (2015) informa que a compreensão dos pontos fortes e das dificuldades da criança permite a adequação de intervenções individualizadas no contexto escolar.

Crianças com PHDA podem vivenciar exclusão social em várias áreas das suas vidas (Layachi et al., 2023), como *bullying*, vitimização, isolamento, rejeição pelos pares e dentro da sua família (Mrug et al., 2012; Harpin et al., 2016). Participantes deste estudo mencionam que a rejeição pelos pares, bem como exclusão pelos adultos são fatores que estão a dificultar o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. Assim, a aceitação, normalização e inclusão devem ser cultivadas junto dos indivíduos próximos das crianças com PHDA, funcionando como facilitadores para o desenvolvimento.

Mesossistema

Schei e colaboradores (2015) defendem que o suporte social é crucial para o desenvolvimento saudável, sendo descrito como uma influência positiva em trajetórias menos adaptativas na PHDA. Efetivamente, o suporte dos pais, professores, amigos próximos e do grupo de pares parecem ser preditores de vários resultados positivos, nomeadamente do bem-estar emocional (Demaray et al., 2005; Rueger et al., 2010) e melhores resultados a nível escolar (Rosenfeld et al., 2000). Os dados deste estudo vão ao encontro do que a literatura tem referido, visto que participantes mencionaram que redes de apoio são facilitadores para o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. Assim o suporte social e familiar pode constituir-se como um alvo para futuras intervenções em crianças com PHDA.

O modelo bioecológico do desenvolvimento humano afirma que as relações entre os múltiplos sistemas contribuem para o desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 1979). A consistência de colaborações produtivas entre os pais e professores parece estar associada a melhores resultados académicos, sociais e emocionais nas crianças com PHDA (Kohl et al., 2000; Minke, 2006). Participantes mencionaram que a colaboração entre os intervenientes educativos e os pais são um facilitador para o desenvolvimento adaptativo. Mencionaram também, que esta articulação permite a partilha de estratégias eficazes para diminuir as dificuldades sentidas pelas crianças com PHDA.

Exossistema

A literatura tem mostrado que famílias com baixo rendimento são menos propensas a procurar e aderir à intervenção para a PHDA (Arnold et al. 2003; Bussing et al., 2003), uma vez que se verifica um elevado custo financeiro para a intervenção de PHDA (Chan et al., 2002; Guevera et al., 2001; Kelleher et al., 2001; Sawyer et al., 2004; Sitholey et al., 2011). De facto,

participantes deste estudo confirmam o que a literatura tem referido, visto que mencionaram como barreiras a falta de condições económicas para consultas e medicamentos para a PHDA.

O estudo de Ching'oma et al. (2022) identificou que os pais de crianças com PHDA pareciam apresentar problemas psicológicos associados à carga de cuidados relacionados com a falta de apoio emocional, expressando elevada exaustão emocional, depressão e tristeza. O presente estudo, através da perceção dos participantes, verificou que o reforço das competências parentais, a formação e apoio parental são considerados facilitadores do desenvolvimento adaptativo das crianças, uma vez que são promotores do reforço da autoestima e confiança dos pais. Importa destacar que participantes sublinham a necessidade de apoio psicológico para os professores que acompanham crianças com PHDA. Estes dados revelam-se particularmente relevantes, dado que não são referidos na literatura existente.

A PHDA deve ser avaliada e diagnosticada durante os anos pré-escolares (Wolraich et al., 2011), de modo q que se possa intervir de forma precoce, garantindo o potencial da criança na escola e em casa (Faraone et al., 2003). Os dados deste estudo corroboram o que a literatura tem vindo a referir, sendo que participantes indicam que a ausência de diagnóstico contribui para uma menor autoestima e maior presença de sintomas de ansiedade. Referem também que um diagnóstico correto e adequado constitui um facilitador para o desenvolvimento adaptativo. Pelo contrário, um diagnóstico tardio representa uma barreira significativa a esse desenvolvimento. Participantes sugerem a necessidade de existirem mais instrumentos de diagnóstico validados, referindo a importância do ambiente em que a avaliação é realizada.

A aulas em grandes grupos parecem envolver passividade por parte das crianças, considerando que, ao ouvir as instruções dos professores pode existir uma maior probabilidade da criança se distrair mais facilmente (Finn et al., 2003; Junod et al., 2006). Assim, as aulas em pequenos grupos podem ser consideradas mais eficazes para uma aprendizagem mais ativa para as crianças com PHDA (Foorman & Torgesen, 2001). Corroborando a literatura, participantes mencionaram que a redução do número de alunos por aula é considerada um facilitador para o desenvolvimento mais adaptativo destas crianças. Participantes mencionaram também a importância da inclusão educativa, estando referido na literatura que a educação inclusiva tem sido amplamente reconhecida como uma abordagem eficaz para apoiar alunos com PHDA (Baluyot, 2024).

Participantes deste estudo mencionaram que a falta de profissionais com experiência no diagnóstico e intervenção, nomeadamente, a falta de psicólogos para acompanhar as crianças com PHDA é uma barreira ao desenvolvimento adaptativo. No entanto, apesar de muitos participantes terem referido a importância dos recursos humanos especializados, outros

participantes apenas mencionaram recursos humanos especializados no geral, o que impossibilitou a identificação concreta a que profissionais se referiam. De facto, quando a PHDA não é tratada pode representar diversas dificuldades para as crianças, o que reflete a importância de tratar a perturbação (Ginsberg et al., 2014; Huntley et al., 2012). A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) elaborou, em 2019, um parecer que sublinha a escassez de psicólogos no Serviço Nacional de Saúde e a necessidade de aumentar estes recursos, de modo a garantir acessibilidade e dar resposta às necessidades de saúde mental (OPP, 2019).

Macrossistema

As atitudes negativas e o estigma em relação às crianças com PHDA parecem diminuir com um nível mais elevado de literacia em saúde mental (Meza et al., 2019). Efetivamente, os dados do estudo vão ao encontro da literatura mais recente, visto que participantes referem a falta de compreensão da perturbação pela sociedade como uma barreira ao desenvolvimento adaptativo. Assim, as campanhas de sensibilização contribuem para a desmistificação da PHDA na sociedade.

No Serviço Nacional de Saúde Britânico foram identificados longos tempos de espera para a avaliação da PHDA, falta de apoios formais durante os longos períodos de espera e ausência de respostas adequadas e integradas, nomeadamente no que diz respeito ao acompanhamento contínuo e multidisciplinar da PHDA (Ward et al., 2024). Tal como acontece no Serviço Nacional de Saúde Britânico, também em Portugal se registam dificuldades semelhantes. Participantes deste estudo mencionaram a falta de recursos de intervenção gratuitos ou comparticipados pelo Estado, tendo de recorrer ao setor privado.

4.1. Limitações

Apesar dos contributos deste estudo para a compreensão das barreiras e facilitadores para o desenvolvimento (in) adaptativo de crianças com PHDA, é importante reconhecer algumas limitações associadas à metodologia utilizada. Em primeiro lugar, a utilização do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Broffebrenner & Morris, 2006) para a análise temática revelou-se útil para analisar os dados, mas também levantou alguns desafios. Verificou-se que certos segmentos das respostas às questões abertas podiam ser compreendidos a partir de mais do que um nível ecológico. Esta sobreposição entre níveis decorre da própria natureza do modelo, uma vez que os diferentes sistemas interagem de forma dinâmica e recíproca (Tudge et al., 2009). Portanto, reconhece-se que a atribuição de determinados segmentos das respostas a um único nível pode comprometer a compreensão das respostas dadas pelos participantes. Em segundo lugar, a opção pela recolha de dados online, e não através

de entrevistas individuais, limitou a compreensão de alguns segmentos das respostas. No subtema recursos humanos especializados, por exemplo, verificou-se que, embora alguns participantes tenham mencionado explicitamente o tipo de profissionais a que se referiam (e.g., psicólogos), outros não o fizeram, o que impossibilitou a identificação dos recursos humanos em questão. A utilização da entrevista semiestruturada como método de recolha de dados permitiria uma maior exploração das ideias expressas pelos participantes. Por fim, outra limitação verificada neste estudo prende-se com o número de participantes que constituía o grupo de médicos pediatras e pedopsiquiatras. O grupo de médicos pediatras e pedopsiquiatras tinha nove participantes, ou seja, um número significativamente mais reduzido em comparação com os restantes grupos.

4.2. Implicações para a prática

Os dados recolhidos permitiram identificar um conjunto de estratégias com potencial para apoiar o desenvolvimento global de crianças em idade pré-escolar com PHDA, tendo por base os contributos de diferentes grupos de participantes.

Relativamente aos fatores individuais da criança foi possível identificar barreiras relacionadas com as dificuldades cognitivas, psicológicas, sociais e outros problemas do desenvolvimento. A presença de determinados sintomas da PHDA (Lahey et al., 2004; Lahey et al., 2005) e de comorbilidades na infância (Gillberg et al., 2004) parecem estar a impedir o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA. Neste sentido, estratégias que tenham como objetivo combater o conjunto de dificuldades referidas, bem como a diminuição dos sintomas e o tratamento de comorbilidades são relevantes para promover o desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA.

O conhecimento e a formação dos adultos que rodeiam a criança com PHDA podem ser considerados fatores facilitadores do seu desenvolvimento. Deste modo, torna-se fundamental implementar práticas que promovam a capacitação dessas pessoas, por exemplo, através de formações (See et al., 2021). A compreensão das características da perturbação e a sensibilidade dos adultos próximos também se destacam como fatores cruciais, o que reforça a necessidade de implementar estratégias que promovam o conhecimento e a compreensão (Richardson et al., 2015). Outro fator destacado pelos participantes foi a importância da estruturação dos contextos em que a criança está inserida. Ambientes organizados, estáveis e previsíveis parecem favorecer o desenvolvimento adaptativo, sendo essencial reforçar a organização tanto do contexto escolar como do contexto familiar (Shikerkar & Vajaratkar, 2022). É no contexto escolar que as crianças adquirem várias competências tornando-se necessário adaptar as estratégias educativas

às características específicas da PHDA (Hart et al., 2011), contribuindo para o seu desenvolvimento global. No ambiente familiar, devem-se promover relações saudáveis entre pais e filhos e investir em momentos de interação significativa e em práticas de atividade física, em detrimento do uso excessivo de tecnologias (Claussen et al., 2022). Além disso, o acompanhamento terapêutico e o uso adequado da intervenção farmacológica parecem revelar-se fundamentais para promover o desenvolvimento das crianças com PHDA. Por fim, a falta de aceitação por parte dos pares e adultos, bem como o estigma associado à PHDA (Layachi et al., 2023), surgem como barreiras significativas ao desenvolvimento adaptativo. Neste sentido, é importante promover práticas de combate ao estigma, contribuindo para uma maior inclusão das crianças com PHDA.

A articulação entre a escola e a família foi referida como um fator facilitador do desenvolvimento adaptativo das crianças com PHDA (Kohl et al., 2000; Minke, 2006). Portanto, promover a colaboração entre as famílias e os profissionais da escola revela-se essencial para melhores resultados no desenvolvimento de crianças com PHDA. Além disso, o suporte social e familiar deve ser reforçado (Schei et al., 2015), permitindo que as famílias destas crianças tenham acesso ao apoio necessário para enfrentar os desafios associados à PHDA.

Os recursos financeiros das famílias para acederem à avaliação e à intervenção para a PHDA parecem surgir como uma barreira ao desenvolvimento adaptativo das crianças (Arnold et al. 2003; Bussing et al., 2003). Torna-se fundamental pensar em estratégias que possibilitem o acesso a preços acessíveis. Já a realização de uma avaliação precoce e um diagnóstico atempado é essencial, permitindo uma intervenção mais eficaz e promotora do desenvolvimento adaptativo (Wolraich et al., 2011). Adicionalmente, o impacto negativo ao nível da saúde mental, tanto dos pais de crianças com PHDA como dos profissionais da escola, foram mencionados como barreiras (Ching'oma et al., 2022). Nesse sentido, é crucial que estes adultos tenham acesso a apoio psicológico e a outros recursos de intervenção. Também foram identificadas barreiras a nível organizacional e estrutural do sistema educativo (Staff et al., 2023). Desta forma, é necessário refletir sobre formas de superar essas limitações e adaptar o sistema educativo a uma abordagem mais inclusiva e flexível, promovendo o desenvolvimento global de crianças com PHDA. A escassez de recursos humanos especializados, nomeadamente psicólogos, foi igualmente referida como uma barreira. Destaca-se a necessidade de reforçar a presença destes profissionais, sobretudo no Serviço Nacional de Saúde (OPP, 2019).

Foi igualmente identificada a necessidade de aumentar o conhecimento da sociedade sobre a PHDA. Através de campanhas de sensibilização, torna-se possível combater o estigma social

e aumentar o conhecimento da sociedade sobre a PHDA (Meza et al., 2019). Por fim, a escassez de políticas públicas eficazes e a insuficiência de apoios por parte do Estado foram também referidas como barreiras (Ward et al., 2024). Posto isto, é importante reforçarem-se medidas governamentais, assegurando uma resposta mais estruturada e eficaz às necessidades das crianças com PHDA e das suas famílias.

Sugere-se que futuras investigações se foquem na compreensão da relação entre cada um dos subtemas identificados e o desenvolvimento adaptativo das crianças com PHDA.

CAPÍTULO 5

Conclusão

Este estudo contribuiu para a identificação de estratégias eficazes para a promoção do desenvolvimento global de crianças em idade pré-escolar com PHDA. Até então, não existia literatura sobre quais os fatores que facilitam e/ou impedem o desenvolvimento (in) adaptativo de crianças com PHDA. Neste sentido, este estudo permite refletir sobre um conjunto de estratégias que devem ser implementadas, com o objetivo de promover o desenvolvimento adaptativo das crianças. O estudo permite também, identificar estratégias atualmente utilizadas que podem estar a dificultar esse desenvolvimento. Em suma, este estudo reforça a ideia de que o desenvolvimento adaptativo das crianças não depende apenas de fatores individuais, mas também de interações entre os contextos proximais e a criança, bem como de fatores mais distais. Assim, a promoção do desenvolvimento adaptativo de crianças com PHDA requer uma compreensão articulada de todos os níveis ecológicos.

Referências Bibliográficas

- Alkahtani, K. (2013) Teachers' Knowledge and Misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology*, 4, 963-969. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.412139>
- American Psychiatric Association (2019). DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª Ed.). Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed; 2014. p.59-66
- American Psychiatric Association. (2013) Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anastopoulos, A. D., Smith, T. F., Garrett, M. E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N. K., Sommer, J. L., Kollins, S. H., & Ashley-Koch, A. (2011). Self-Regulation of Emotion, Functional Impairment, and Comorbidity Among Children With AD/HD. *Journal of attention disorders*, 15(7), 583–592. <https://doi.org/10.1177/1087054710370567>
- Archer, T., & Kostrzewa, R. M. (2012). Physical exercise alleviates ADHD symptoms: regional deficits and development trajectory. *Neurotoxicity research*, 21(2), 195–209. <https://doi.org/10.1007/s12640-011-9260-0>
- Arnold, L. E., Elliott, M., Sachs, L., Bird, H., Kraemer, H. C., Wells, K. C., ... & Wigal, T. (2003). Effects of ethnicity on treatment attendance, stimulant response/dose, and 14-month outcome in ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 713.
- Arumugam, A., Phillips, L. R., Moore, A., Kumaran, S. D., Sampath, K. K., Migliorini, F., Maffulli, N., Ranganadhababu, B. N., Hegazy, F., & Botto-van Bemden, A. (2023). Patient and public involvement in research: a review of practical resources for young investigators. *BMC rheumatology*, 7(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s41927-023-00327-w>
- Atzori, P., Usala, T., Carucci, S., Danjou, F., & Zuddas, A. (2009). Predictive factors for persistent use and compliance of immediate-release methylphenidate: a 36-month naturalistic study. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 19(6), 673–681. <https://doi.org/10.1089/cap.2008.0146>
- Bagwell, C. L., Molina, B. S., Pelham, W. E. J., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285–1292. <https://doi.org/10.1097/00004583.200111000-00008>

- Baluyot, L. (2024). Inclusive Classrooms and ADHD: Exploring Collaborative Practices and Academic Achievement. *International Multidisciplinary Journal of Research for Innovation, Sustainability, and Excellence*, 1(5), 333-340. <https://risejournals.org/index.php/imjrise/article/view/416>
- Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 96(9), 1269–1274. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00430.x>
- Barbarelli, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Leibson, C. L., & Jacobsen, S. J. (2006). Long-term stimulant medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a population-based study. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 27(1), 1–10. <https://doi.org/10.1097/00004703-200602000-00001>
- Barker, E. D., Ing, A., Biondo, F., Jia, T., Pingault, J. B., Du Rietz, E., Zhang, Y., Ruggeri, B., Banaschewski, T., Hohmann, S., Bokde, A. L. W., Bromberg, U., Büchel, C., Quinlan, E. B., Sounga-Barke, E., Bowling, A. B., Desrivieres, S., Flor, H., Frouin, V., Garavan, H., ... IMAGEN Consortium (2021). Do ADHD-impulsivity and BMI have shared polygenic and neural correlates? *Molecular psychiatry*, 26(3), 1019–1028. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0444-y>
- Barkley, A. R. (2008). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - Manual para Diagnóstico e Intervenção (3.^a ed.). Artmed.
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2019). Hyperactive Child Syndrome and Estimated Life Expectancy at Young Adult Follow-Up: The Role of ADHD Persistence and Other Potential Predictors. *Journal of attention disorders*, 23(9), 907–923. <https://doi.org/10.1177/1087054718816164>
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 279–289.
- Barner, J. C., Khoza, S., & Oladapo, A. (2011). ADHD medication use, adherence, persistence and cost among Texas Medicaid children. *Current medical research and opinion*, 27 (2), 13–22. <https://doi.org/10.1185/03007995.2011.603303>
- Bathiche, M. E. (2007). The prevalence of ADHD symptoms in a culturally diverse and developing country, Lebanon.
- Beauchaine, T. P., & Hinshaw, S. P. (Eds.). (2016). *The Oxford handbook of externalizing spectrum disorders*. Oxford University Press.

- Beck, M. H., Cataldo, M., Slifer, K. J., Pulbrook, V., & Guhman, J. K. (2005). Teaching children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and autistic disorder (AD) how to swallow pills. *Clinical pediatrics*, 44(6), 515–526. <https://doi.org/10.1177/000992280504400608>
- Berger I. (2011). Diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: much ado about something. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, 13(9), 571–574.
- Berger-Jenkins, E., McKay, M., Newcorn, J., Bannion, W., & Laraque, D. (2012). Parent medication concerns predict underutilization of mental health services for minority children with ADHD. *Clinical pediatrics*, 51(1), 65–76. <https://doi.org/10.1177/0009922811417286>
- Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. (2011). Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.009>
- Biederman, J., Petty, C. R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Faraone, S. V. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 38(7), 1027–1036. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002668>
- Biederman, J., Petty, C. R., Doyle, A. E., Spencer, T., Henderson, C. S., Marion, B., Fried, R., & Faraone, S. V. (2008). Stability of executive function deficits in girls with ADHD: a prospective longitudinal followup study into adolescence. *Developmental Neuropsychology*, 33(1), 44–61. <https://doi.org/10.1080/87565640701729755>
- Bioulac, S., Purper-Ouakil, D., Ros, T., Blasco-Fontecilla, H., Prats, M., Mayaud, L., & Brandeis, D. (2019). Personalized at-home neurofeedback compared with long-acting methylphenidate in an european non-inferiority randomized trial in children with ADHD. *BMC psychiatry*, 19(1), 237. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2218-0>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Thematic Analysis: A Practical Guide. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education, Vol. 3, 2nd. Ed.* Oxford: Elsivier. Reprinted in Gauvain, M. & Cole, M. (Eds.), *Readings on the development of children* 2nd Ed. (1993, pp. 37-43). NY: Freeman.
- Bronfenbrenner, U. (2005). Making human beings human. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 793–828). John Wiley & Sons Inc.

- Brook, J. S., Balka, E. B., Zhang, C., & Brook, D. W. (2020). Longitudinal Smoking Patterns: Do They Predict Symptoms of ADHD in Adults? *Journal of attention disorders*, 24(1), 86–93. <https://doi.org/10.1177/1087054715584057>
- Brosco, J. P., & Bona, A. (2016). Changes in Academic Demands and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Children. *JAMA pediatrics*, 170(4), 396–397. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.4132>
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S., & Klein, D. N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *The American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1157–1164. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12020268>
- Bunte, T. L., Schoemaker, K., Hessen, D. J., van der Heijden, P. G., & Matthys, W. (2014). Stability and change of ODD, CD and ADHD diagnosis in referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(7), 1213–1224. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9869-6>
- Bussing, R., Gary, F. A., Mills, T. L., & Garvan, C. W. (2003). Parental explanatory models of ADHD: gender and cultural variations. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(10), 563–575. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0674-8>
- Bussing, R., Zima, B. T., Gary, F. A., & Garvan, C. W. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *The journal of behavioral health services & research*, 30(2), 176–189. <https://doi.org/10.1007/BF02289806>
- Byrne, J. M., Bawden, H. N., Beattie, T. L., & DeWolfe, N. A. (2000). Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): DSM-IV symptom endorsement pattern. *Journal of child neurology*, 15(8), 533–538. <https://doi.org/10.1177/088307380001500807>
- Carbone, E. (2001). Arranging the classroom with an eye (and ear) to students with ADHD. *Teaching Exceptional Children*, 34(2), 72–82. <https://doi.org/10.1177/004005990103400211>
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., Blumenthal, J. D., James, R. S., Ebens, C. L., Walter, J. M., Zijdenbos, A., Evans, A. C., Giedd, J. N., & Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288(14), 1740–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1740>
- Chan, E., Fogler, J. M., & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. *JAMA*, 315(18), 1997–2008. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5453>
- Chan, E., Zhan, C., & Homer, C. J. (2002). Health care use and costs for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: national estimates from the medical expenditure panel

- survey. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(5), 504–511. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.5.504>
- Chen, M. H., Pan, T. L., Hsu, J. W., Huang, K. L., Su, T. P., Li, C. T., Lin, W. C., Tsai, S. J., Chang, W. H., Chen, T. J., & Bai, Y. M. (2018). Risk of Type 2 Diabetes in Adolescents and Young Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide Longitudinal Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(3), 17m11607. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11607>
- Cherkasova, M. V., Roy, A., Molina, B. S. G., Scott, G., Weiss, G., Barkley, R. A., Biederman, J., Uchida, M., Hinshaw, S. P., Owens, E. B., & Hechtman, L. (2022). Review: Adult Outcome as Seen Through Controlled Prospective Follow-up Studies of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Followed into Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(3), 378–391. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.05.019>
- Cherkasova, M., Sulla, E. M., Dalena, K. L., Pondé, M. P., & Hechtman, L. (2012). Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 47–54.
- Ching'oma, C. D., Mkoka, D. A., Ambikile, J. S., & Iseselo, M. K. (2022). Experiences and challenges of parents caring for children with attention-deficit hyperactivity disorder: A qualitative study in Dar es salaam, Tanzania. *PloS one*, 17(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267773>
- Chung, H. L., & Docherty, M. (2011). The protective function of neighborhood social ties on psychological health. *American journal of health behavior*, 35(6), 785–796. <https://doi.org/10.5993/ajhb.35.6.14>
- Classi, P., Milton, D., Ward, S., Sarsour, K., & Johnston, J. (2012). Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-33>
- Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., Robinson, L. R., Bloomfield, J., Meng, L., Bitsko, R. H., O'Masta, B., Cerles, A., Maher, B., Rush, M., & Kaminski, J. W. (2024). All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 25(2), 249–271. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01358-4>
- Climie, E. A., & Mastoras, S. M. (2015). ADHD in schools: Adopting a strengths-based perspective. *Canadian Psychology*, 56(3), 295–300. <https://doi.org/10.1037/cap0000030>
- Climie, E., & Henley, L. (2016). A renewed focus on strengths-based assessment in schools. *British Journal of Special Education*, 43(2), 108–121. https://doi.org/10.1111/1467_8578.12131

- Cordinhã, A., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24, 577-89.
- Corkum, P., Bessey, M., McGonnell, M., & Dorbeck, A. (2015). Barriers to evidence-based treatment for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 7(1), 49–74. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0152-z>
- Corkum, P., Tannock, R., & Moldofsky, H. (1998). Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(6), 637–646. <https://doi.org/10.1097/00004583-199806000-00014>
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179–190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>
- Cortese S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): what every clinician should know. *European journal of paediatric neurology: EJPN : official journal of the European Paediatric Neurology Society*, 16(5), 422–433. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2012.01.009>
- Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue Caadienne de Psychiatrie*, 54(10), 673–683. <https://doi.org/10.1177/070674370905401004>
- Curchack-Lichtin, J. T., Chacko, A., & Halperin, J. M. (2014). Changes in ADHD symptom endorsement: preschool to school age. *Journal of abnormal child psychology*, 42(6), 993–1004. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9834-9>
- Daley D. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. *Child: care, health and development*, 32(2), 193–204. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00572.x>
- de Andrade Ferrazza, D., da Rocha, L. C., & Rogone, H. M. H. (2010). A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 36-44.
- Demaray, M. K., Malecki, C. M., Davidson, L. M., Hodgson, K. K., & Rebus, P. J. (2005). The relationship between social support and student adjustment: A longitudinal analysis. *Psychology in the Schools*, 42, 691-706. <https://doi.org/10.1002/pits.20120>
- D'Onofrio, B., & Emery, R. (2019). Parental divorce or separation and children's mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, 18(1), 100–101. <https://doi.org/10.1002/wps.20590>
- Dosreis, S., Zito, J. M., Safer, D. J., Soeken, K. L., Mitchell, J. W., Jr, & Ellwood, L. C. (2003). Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit

- hyperactivity disorder. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 24(3), 155–162. <https://doi.org/10.1097/00004703-200306000-00004>
- Du Rietz, E., Brikell, I., Butwicka, A., Leone, M., Chang, Z., Cortese, S., D'Onofrio, B. M., Hartman, C. A., Lichtenstein, P., Faraone, S. V., Kuja-Halkola, R., & Larsson, H. (2021). Mapping phenotypic and aetiological associations between ADHD and physical conditions in adulthood in Sweden: a genetically informed register study. *The lancet. Psychiatry*, 8(9), 774–783. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00171-1)
- Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants & Young Children*, 19(2), 109-122 <https://doi.org/10.1097/00001163-200604000-00004>
- Eiland, L. S., & Gildon, B. L. (2024). Diagnosis and Treatment of ADHD in the Pediatric Population. *The journal of pediatric pharmacology and therapeutics: JPPT: the official journal of PPAG*, 29(2), 107–118. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-29.2.107>
- Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: I. Concurrent co- morbidity patterns in children & adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-15>
- Ellis, B., & Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(2), 146–154. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819176d0>
- Elmose, M., & Lasgaard, M. (2017). Loneliness and social support in adolescent boys with attention deficit hyperactivity disorder in a special education setting. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2900–2907. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0797-2>
- Epstein, J. N., & Loren, R. E. (2013). Changes in the definition of ADHD in DSM-5: subtle but important. *Neuropsychiatry*, 3(5), 455.
- Ezpeleta, L., & Granero, R. (2015). Executive functions in preschoolers with ADHD, ODD, and comorbid ADHD-ODD: Evidence from ecological and performance-based measures. *Journal of Neuropsychology*, 9(2), 258–270. <https://doi.org/10.1111/jnp.12049>
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P.,

- Atwoli, L., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 128, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 104–113.
- Faraone, S., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J., Ramos-Quiroga, J., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 1–23. <https://doi.org/doi.org/10.1038/nrdp.2015.27>
- 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>
- Finn, J. D., Pannozzo, G. M., & Achilles, C. M. (2003). The “why’s” of class size: Student behavior in small classes. *Review of Educational Research*, 73(3), 321–368. <https://doi.org/10.3102/00346543073003321>
- Foorman, B. R., & Torgesen, J. (2001). Critical Elements of Classroom and Small-Group Instruction Promote Reading Success in All Children. *Learning Disabilities Research & Practice*, 16, 203-212. <http://dx.doi.org/10.1111/0938-8982.00020>
- Frodl, T., & Skokauskas, N. (2012). Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 125(2), 114–126. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01786.x>
- Galéra, C., Côté, S. M., Bouvard, M. P., Pingault, J. B., Melchior, M., Michel, G., Boivin, M., & Tremblay, R. E. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of general psychiatry*, 68(12), 1267–1275. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.138>
- Gapin, J. I., Labban, J. D., & Etner, J. L. (2011). The effects of physical activity on attention deficit hyperactivity disorder symptoms: the evidence. *Preventive medicine*, 52 Suppl 1, S70–S74. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.01.022>
- Gau, S. S., Chen, S. J., Chou, W. J., Cheng, H., Tang, C. S., Chang, H. L., Tzang, R. F., Wu, Y. Y., Huang, Y. F., Chou, M. C., Liang, H. Y., Hsu, Y. C., Lu, H. H., & Huang, Y. S. (2008). National survey of adherence, efficacy, and side effects of methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Taiwan. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(1), 131–140. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0118>

- Giannopoulou, I., Korkoliakou, P., Pasalari, E., & Douzenis, A. (2017). Greek teachers' knowledge about attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 28(3), 226–233. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.283.226>
- 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(1), 180–192. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-1008-4>
- Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., & Upadhyaya, H. P. (2014). Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(3), PCC.13r01600. <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01600>
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World journal of clinical cases*, 7(17), 2420–2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
- Gou, X., Wang, Y., Tang, Y., Qu, Y., Tang, J., Shi, J., Xiao, D., & Mu, D. (2019). Association of maternal prenatal acetaminophen use with the risk of attention deficit/hyperactivity disorder in offspring: A meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 53(3), 195–206. <https://doi.org/10.1177/0004867418823276>
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., & Baghurst, P. (2005). Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 159–168. <https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00008>
- Greene, R. W., Beszterczey, S. K., Katzenstein, T., Park, K., & Goring, J. (2002). Are students with ADHD more stressful to teach? Patterns of teacher stress in an elementary school sample. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(2), 79–89. <https://doi.org/10.1177/10634266020100020201>
- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Sienna, M., & Garcia-Jetton, J. (1997). Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: Results from a 4-year longitudinal follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 758–767. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.5.758>
- Greene, R., Biederman, J., Faraone, S., Monuteaux, M., Mick, E., DuPre, E., ... Goring, J. (2001). Social impairment in girls with ADHD: Patterns, gender comparisons, and correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(6), 704–710. doi: 10.1097/00004583-200106000-00016

- Greenhill, L. L., Posner, K., Vaughan, B. S., & Kratochvil, C. J. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 347–ix. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2007.11.004>
- Greenway, C. W., & Rees Edwards, A. (2021). Teaching assistants' facilitators and barriers to effective practice working with children with ADHD: a qualitative study. *British Journal of Special Education*, 48(3), 347-368.
- Guevara, J., Lozano, P., Wickizer, T., Mell, L., & Gephart, H. (2001). Utilization and cost of health care services for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108(1), 71–78. <https://doi.org/10.1542/peds.108.1.71>
- Hai, T., & Climie, E. A. (2022). Positive Child Personality Factors in Children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 26(3), 476–486. <https://doi.org/10.1177/1087054721997562>
- Halldorsdottir, T., & Ollendick, T. H. (2013). Comorbid ADHD: Implications for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 310–322. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.08.003>
- Halldorsdottir, T., Ollendick, T. H., Ginsburg, G., Sherrill, J., Kendall, P. C., Walkup, J., Sakolsky, D. J., & Piacentini, J. (2015). Treatment Outcomes in Anxious Youth with and without Comorbid ADHD in the CAMS. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 44(6), 985–991. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.952008>
- Halmøy, A., Klungsøyr, K., Skjærven, R., & Haavik, J. (2012). Pre- and perinatal risk factors in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 71(5), 474–481. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.11.013>
- Hamed, A. M., Kauer, A. J., & Stevens, H. E. (2015). Why the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matters. *Frontiers in psychiatry*, 6, 168. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00168>
- Harpin V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*, 90 Suppl 1(Suppl 1), i2–i7. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.059006>
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2016). Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *Journal of attention disorders*, 20(4), 295–305. <https://doi.org/10.1177/1087054713486516>
- Harvey, E. A., Lugo-Candelas, C. I., & Breaux, R. P. (2015). Longitudinal changes in individual symptoms across the preschool years in children with ADHD. *Journal of clinical child and*

adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 44(4), 580–594.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2014.886253>

Hasson, R., & Fine, J. G. (2012). Gender differences among children with ADHD on continuous performance tests: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 190–198.
<https://doi.org/10.1177/1087054711427398>

Hervey-Jumper, H., Douyon, K., & Franco, K. N. (2006). Deficits in diagnosis, treatment and continuity of care in African American children and adolescents with ADHD. *Journal of the National Medical Association*, 98(2), 233–238.

Hinshaw S. P. (2018). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Controversy, Developmental Mechanisms, and Multiple Levels of Analysis. *Annual review of clinical psychology*, 14, 291–316. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084917>

Hinshaw, S. P., Carte, E. T., Fan, C., Jassy, J. S., & Owens, E. B. (2007). Neuropsychological functioning of girls with attention deficit/hyperactivity disorder followed prospectively into adolescence: Evidence for continuing deficits? *Neuropsychology*, 21(2), 263–273.
<https://doi.org/10.1037/0894-4105.21.2.263>

Hinshaw, S. P., Carte, E. T., Sami, N., Treuting, J. J., & Zupan, B. A. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Neuropsychological performance in relation to subtypes and individual classification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1099–1111. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1099>

Hodgkins, P., Setyawan, J., Mitra, D., Davis, K., Quintero, J., Fridman, M., Shaw, M., & Harpin, V. (2013). Management of ADHD in children across Europe: patient demographics, physician characteristics and treatment patterns. *European journal of pediatrics*, 172(7), 895–906.
<https://doi.org/10.1007/s00431-013-1969-8>

Hong, J., Novick, D., Treuer, T., Montgomery, W., Haynes, V. S., Wu, S., & Haro, J. M. (2013). Predictors and consequences of adherence to the treatment of pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder in Central Europe and East Asia. *Patient preference and adherence*, 7, 987–995. <https://doi.org/10.2147/PPA.S50628>

Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 101–106.
<https://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.04.011>

Humphreys, K. L., & Zeanah, C. H. (2015). Deviations from the expectable environment in early childhood and emerging psychopathology. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 40(1), 154–170.
<https://doi.org/10.1038/npp.2014.165>

- Huntley, Z., Maltezos, S., Williams, C., Morinan, A., Hammon, A., Ball, D., Marshall, E. J., Keaney, F., Young, S., Bolton, P., Glaser, K., Howe-Forbes, R., Kuntsi, J., Xenitidis, K., Murphy, D., & Asherson, P. J. (2012). Rates of undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder in London drug and alcohol detoxification units. *BMC psychiatry*, *12*, 223. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-223>
- Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, *7*(1), 27–38. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1>
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., March, J. S., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K. C., Wigal, T., & Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(2), 147–158. <https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00009>
- Jernelöv, S., Larsson, Y., Llenas, M., Nasri, B., & Kaldo, V. (2019). Effects and clinical feasibility of a behavioral treatment for sleep problems in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a pragmatic within-group pilot evaluation. *BMC psychiatry*, *19*(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2216-2>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, *4*(3), 183–207. <https://doi.org/10.1023/a:1017592030434>
- Junod, R. E. V., DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Volpe, R. J., & Cleary, K. S. (2006). Classroom observations of students with and without ADHD: Differences across types of engagement. *Journal of School Psychology*, *44*(2), 87–104. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2005.12.004>
- Kapellen, T. M., Reimann, R., Kiess, W., & Kostev, K. (2016). Prevalence of medically treated children with ADHD and type 1 diabetes in Germany - Analysis of two representative databases. *Journal of pediatric endocrinology & metabolism: JPEM*, *29*(11), 1293–1297. <https://doi.org/10.1515/jpem-2016-0171>
- Kelleher, K. J., Childs, G. E., & Harman, J. S. (2001). Healthcare costs for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Economics of Neuroscience*, *3*(4), 60–63.
- Ketzer, C. R., Gallois, C., Martinez, A. L., Rohde, L. A., & Schmitz, M. (2012). Is there an association between perinatal complications and attention-deficit/hyperactivity disorder-inattentive type in children and adolescents? *Revista brasileira de psiquiatria*, *34*(3), 321–328. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.01.001>

- Kian, N., Samieefar, N., & Rezaei, N. (2022). Prenatal risk factors and genetic causes of ADHD in children. *World journal of pediatrics: WJP*, 18(5), 308–319. <https://doi.org/10.1007/s12519-022-00524-6>
- Kieling, C., Kieling, R.R., Rohde, L.A., Frick, P.J., Moffitt, T., Nigg, J.T., & Castellanos, F.X. (2010). The age at the onset of attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167,14–16. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09060796>
- Kiff, C. J., Lengua, L. J., & Zalewski, M. (2011). Nature and nurturing: parenting in the context of child temperament. *Clinical child and family psychology review*, 14(3), 251–301. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0093-4>
- Kissgen, R., & Franke, S. (2016). An attachment research perspective on ADHD. ADHS im Fokus der Bindungsforschung. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 30(2), 63–68. <https://doi.org/10.1007/s40211-016-0182-1>
- Kohl, G. O., Lengua, L. J., McMahon, R. J., & Conduct Problems Prevention Research Group (2000). Parent Involvement in School Conceptualizing Multiple Dimensions and Their Relations with Family and Demographic Risk Factors. *Journal of school psychology*, 38(6), 501–523. [https://doi.org/10.1016/S0022-4405\(00\)00050-9](https://doi.org/10.1016/S0022-4405(00)00050-9)
- Koirala, S., Grimsrud, G., Mooney, M. A., Larsen, B., Feczko, E., Elison, J. T., Nelson, S. M., Nigg, J. T., Tervo-Clemmens, B., & Fair, D. A. (2024). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder: historical challenges and emerging frontiers. *Nature reviews. Neuroscience*, 25(12), 759–775. <https://doi.org/10.1038/s41583-024-00869-z>
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., Mccarthy, J. M., Richarte, V., Kjemps Philipsen, A., Pehlivanidis, A., Niemela, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., Edvinsson, D., Fayyad, J., Foeken, K., Fitzgerald, M., Gaillac, V., Ginsberg, Y., Henry, C., Krause, J., Lensing, M. B., Manor, I., Niederhofer, H., Nunes-Filipe, C., Ohlmeier, M. D., Oswald, P., ... Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC psychiatry*, 10, 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-67>

- Krain, A. L., Kendall, P. C., & Power, T. J. (2005). The role of treatment acceptability in the initiation of treatment for ADHD. *Journal of attention disorders*, 9(2), 425–434. <https://doi.org/10.1177/1087054705279996>
- Kuo, F. E., & Taylor, A. F. (2004). A potential natural treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a national study. *American journal of public health*, 94(9), 1580–1586. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.9.1580>
- Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., ... Richters, J. (1994). DSM-IV fields' trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1673–1685. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.11.1673>
- Lahey, B. B., Lee, S. S., Sibley, M. H., Applegate, B., Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. (2016). Predictors of adolescent outcomes among 4-6-year-old children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 168–181. <https://doi.org/10.1037/abn0000086>
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S. S., Willcutt, E. G., Hartung, C. M., Chronis, A., & Massetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *The American journal of psychiatry*, 161(11), 2014–2020. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2014>
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 896–902. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.896>
- Landhuis, C. E., Poulton, R., Welch, D., & Hancox, R. J. (2007). Does childhood television viewing lead to attention problems in adolescence? Results from prospective longitudinal study. *Pediatrics*, 120(3), 532–537. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0978>
- Larroca L.M., Domingos N.M. (2012). TDAH - Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. *Psicol Escolar Educ.* 2012;16(1):113-123. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572012000100012>
- Larsson, H., Dilshad, R., Lichtenstein, P., & Barker, E. D. (2011). Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(9), 954–963. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02379.x>
- Law, E. C., Sideridis, G. D., Prock, L. A., & Sheridan, M. A. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in young children: predictors of diagnostic stability. *Pediatrics*, 133(4), 659–667. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3433>

- Layachi, A., Douglas, G., & Reraki, M. (2023). Drama-based intervention to support social inclusion: evaluation of an approach to include students with ADHD in Algeria. *Educational Psychology in Practice*, 40(1), 36–58. <https://doi.org/10.1080/02667363.2023.2258780>
- Leopold, D. R., Christopher, M. E., Olson, R. K., Petrill, S. A., & Willcutt, E. G. (2019). Invariance of ADHD Symptoms Across Sex and Age: A Latent Analysis of ADHD and Impairment Ratings from Early Childhood into Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(1), 21–34. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0434-6>
- Loyer Carbonneau, M., Demers, M., Bigras, M., & Guay, M. C. (2021). Meta-Analysis of Sex Differences in ADHD Symptoms and Associated Cognitive Deficits. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1640–1656. <https://doi.org/10.1177/1087054720923736>
- Ludlow, A. K., Garrood, A., Lawrence, K., & Gutierrez, R. (2014). Emotion recognition from dynamic emotional displays in children with ADHD. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(5), 413–427. <https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.5.413>
- Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J. M., & Li, X. (2019). A Review of Heterogeneity in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Frontiers in human neuroscience*, 13, 42. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00042>
- March, J. S., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Hoza, B., Conners, C. K., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., Kraemer, H. C., Greenhill, L. L., Abikoff, H. B., Elliott, L. G., Jensen, P. S., Newcorn, J. H., Vitiello, B., Severe, J., Wells, K. C., & Pelham, W. E. (2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of abnormal child psychology*, 28(6), 527–541. <https://doi.org/10.1023/a:1005179014321>
- Marques, M. I., Matias, J., Machado, R., Duarte, A., Fonseca, M. J., & Monteiro, J. P. (2018). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Idade Pediátrica: Papel dos Cuidados de Saúde Primários. *Gazeta Médica*, 28-36.
- Martel, M. M., Levinson, C. A., Langer, J. K., & Nigg, J. T. (2016). A network analysis of developmental changes in ADHD symptom structure from preschool to adulthood. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 4(6), 988–1001. <https://doi.org/10.1177/2167702615618664>
- Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2005). A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(4), 377–384. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000153228.72591.73>

- Mayes, S. D., & Zickgraf, H. (2019). Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 64, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.04.002>
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., & Crowell, E. W. (2000). Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33(5), 417–424. <https://doi.org/10.1177/002221940003300502>
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Mayes, R. D., & Molitoris, S. (2012). Autism and ADHD: Overlapping and discriminating symptoms. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.009>
- McIntosh, K., Herman, K., Sanford, A., McGraw, K., & Florence, K. (2004). Teaching transitions: Techniques for promoting success between lessons. *Teaching Exceptional Children*, 37(1), 32–38. <https://doi.org/10.1177/004005990403700104>
- Medina, J. A., Netto, T. L., Muszkat, M., Medina, A. C., Botter, D., Orbetelli, R., Scaramuzza, L. F., Sinnes, E. G., Vilela, M., & Miranda, M. C. (2010). Exercise impact on sustained attention of ADHD children, methylphenidate effects. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 2(1), 49–58. <https://doi.org/10.1007/s12402-009-0018-y>
- Meggs, J., Young, S. & Mckeown, A. (2023). A narrative review of the effect of sport and exercise on ADHD symptomatology in children and adolescents with ADHD. *Mental Health Review Journal*, Vol. 28 No. 3, pp. 303-321. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-07-2022-0045>
- Melegari, M. G., Bruni, O., Sacco, R., Barni, D., Sette, S., & Donfrancesco, R. (2018). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents. *Psychiatry research*, 270, 780–785. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.078>
- Meza, J. I., Monroy, M., Ma, R., & Mendoza-Denton, R. (2019). Stigma and attention-deficit/hyperactivity disorder: negative perceptions and anger emotional reactions mediate the link between active symptoms and social distance. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 11(4), 373–382. <https://doi.org/10.1007/s12402-019-00302-x>
- Miller, A. R., Lalonde, C. E., & McGrail, K. M. (2004). Children's persistence with methylphenidate therapy: a population-based study. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 49(11), 761–768. <https://doi.org/10.1177/070674370404901107>
- Miller, M., Loya, F., & Hinshaw, S. P. (2013). Executive functions in girls with and without childhood ADHD: Developmental trajectories and associations with symptom change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(9), 1005–1015. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12074>

- Minke, K. M., & Woodford, J. S. (2020). Parent–teacher relationships. *The Cambridge handbook of applied school psychology* (pp. 519–537). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108235532.030>
- Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The Nature and Organization of Individual Differences in Executive Functions: Four General Conclusions. *Current directions in psychological science*, 21(1), 8–14. <https://doi.org/10.1177/0963721411429458>
- Mofokeng, M., & van der Wath, A. E. (2017). Challenges experienced by parents living with a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of child and adolescent mental health*, 29(2), 137–145. <https://doi.org/10.2989/17280583.2017.1364253>
- Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., Epstein, J. N., Hoza, B., Hechtman, L., Abikoff, H. B., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Newcorn, J. H., Wells, K. C., Wigal, T., Gibbons, R. D., Hur, K., Houck, P. R., & MTA Cooperative Group (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484–500. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c23d0>
- Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: contributions to long-term outcomes. *Journal of abnormal child psychology*, 40(6), 1013–1026. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9610-2>
- Nigg J. T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical psychology review*, 33(2), 215–228. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.005>
- Nigg J. T. 2006. What Causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why. New York: Guilford Press
- Nigg, J. (2012). Future directions in ADHD etiology research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(4), 524–533. doi: 10.1080/15374416.2012.686870
- Nigg, J. T., Elmore, A. L., Natarajan, N., Friderici, K. H., & Nikolas, M. A. (2016). Variation in an Iron Metabolism Gene Moderates the Association Between Blood Lead Levels and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Psychological science*, 27(2), 257–269. <https://doi.org/10.1177/0956797615618365>
- Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020). Development of ADHD: Etiology, Heterogeneity, and Early Life Course. *Annual review of developmental psychology*, 2(1), 559–583. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-060320-093413>
- Nigg, J., Nikolas, M., Friderici, K., Park, L., & Zucker, R. A. (2007). Genotype and neuropsychological response inhibition as resilience promoters for attention-

- deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder under conditions of psychosocial adversity. *Development and psychopathology*, 19(3), 767–786. <https://doi.org/10.1017/S0954579407000387>
- O'Brien, J. W., Dowell, L. R., Mostofsky, S. H., Denckla, M. B., & Mahone, E. M. (2010). Neuropsychological profile of executive function in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of The National Academy of Neuropsychologists*, 25(7), 656–670. <https://doi.org/10.1093/arclin/acq050>
- 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.
- Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M., & Serrano, A. (2015). O que Há de Novo no DSM-5? *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 49. 75-94. doi: 10.14195/1647-8614_49-2_4.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019). Parecer OPP – Escassez de Psicólogos no SNS (Relatório Primavera 2019). Lisboa
- Ortega, F., Barros, D., Caliman, L., Itaborahy, C., Junqueira, L., & Ferreira, C. P. (2010). A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 14, 499-512.
- Owens J. A. (2005). The ADHD and sleep conundrum: a review. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 26(4), 312–322. <https://doi.org/10.1097/00004703-200508000-00011>
- Palli, S. R., Kamble, P. S., Chen, H., & Aparasu, R. R. (2012). Persistence of stimulants in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 22(2), 139–148. <https://doi.org/10.1089/cap.2011.0028>
- Pan, P. Y., & Bölte, S. (2020). The association between ADHD and physical health: a co-twin control study. *Scientific reports*, 10(1), 22388. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78627-1>
- Pauli-Pott, U., & Becker, K. (2011). Neuropsychological basic deficits in preschoolers are at risk for ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 626–637. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.005>
- Pelham, W. E., Jr, Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 34(3), 449–476. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_5
- Petersen, K. U., Weymann, N., Schelb, Y., Thiel, R., & Thomasius, R. (2009). Pathological Internet use - epidemiology, diagnostics, co-occurring disorders and treatment. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 77(5), 263–271. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1109361>

- Pierce, E. W., Ewing, L. J., & Campbell, S. B. (1999). Diagnostic status and symptomatic behavior of hard-to-manage preschool children in middle childhood and early adolescence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(1), 44–57. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2801_4
- Pliszka S. R. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management. *Paediatric Drugs*, 5(11), 741–750. <https://doi.org/10.2165/00148581-200305110-00003>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England)*, 395(10222), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Proal, E., Reiss, P. T., Klein, R. G., Mannuzza, S., Gotimer, K., Ramos-Olazagasti, M. A., Lerch, J. P., He, Y., Zijdenbos, A., Kelly, C., Milham, M. P., & Castellanos, F. X. (2011). Brain gray matter deficits at 33-year follow-up in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder established in childhood. *Archives of general psychiatry*, 68(11), 1122–1134. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.117>
- Radesky, J. S., Peacock-Chambers, E., Zuckerman, B., & Silverstein, M. (2016). Use of Mobile Technology to Calm Upset Children: Associations with Social-Emotional Development. *JAMA pediatrics*, 170(4), 397–399. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.4260>
- Raman, S. R., Man, K. K. C., Bahmanyar, S., Berard, A., Bilder, S., Boukhris, T., Bushnell, G., Crystal, S., Furu, K., KaoYang, Y. H., Karlstad, Ø., Kieler, H., Kubota, K., Lai, E. C., Martikainen, J. E., Maura, G., Moore, N., Montero, D., Nakamura, H., Neumann, A., ... Wong, I. C. K. (2018). Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases. *The lancet. Psychiatry*, 5(10), 824–835. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30293-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30293-1)
- Ray, G. T., Levine, P., Croen, L. A., Bokhari, F. A., Hu, T. W., & Habel, L. A. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder in children: excess costs before and after initial diagnosis and treatment cost differences by ethnicity. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(10), 1063–1069. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.10.1063>
- Rennie, B., Beebe-Frankenberger, M., & Swanson, H. (2014). A longitudinal study of neuropsychological functioning and academic achievement in children with and without signs of

attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 36(6), 621-635. doi: 10.1080/13803395.2014.921284

Richardson, M., Moore, D. A., Gwernan-Jones, R., Thompson-Coon, J., Ukoumunne, O., Rogers, M., Whear, R., Newlove-Delgado, T. V., Logan, S., Morris, C., Taylor, E., Cooper, P., Stein, K., Garside, R., & Ford, T. J. (2015). Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 19(45), 1–470. <https://doi.org/10.3310/hta19450>

Riddle, M. A., Yershova, K., Lazzaretto, D., Paykina, N., Yenokyan, G., Greenhill, L., Abikoff, H., Vitiello, B., Wigal, T., McCracken, J. T., Kollins, S. H., Murray, D. W., Wigal, S., Kastelic, E., McGough, J. J., dosReis, S., Bauzó-Rosario, A., Stehli, A., & Posner, K. (2013). The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATs) 6-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(3), 264–278.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.007>

Rosenfeld, L.B., Richman, J.M. & Bowen, G.L. Social Support Networks and School Outcomes: The Centrality of the Teacher. *Child and Adolescent Social Work Journal* 17, 205–226 (2000). <https://doi.org/10.1023/A:1007535930286>

Rueger, S. Y., Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2010). Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: comparisons across gender. *Journal of youth and adolescence*, 39(1), 47–61. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9368-6>

Saul, R. (2014). *ADHD does not exist: The truth about attention deficit and hyperactivity disorder*. Harper Collins.

Sawyer, M. G., Rey, J. M., Arney, F. M., Whitham, J. N., Clark, J. J., & Baghurst, P. A. (2004). Use of health and school-based services in Australia by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1355–1363. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000138354.90981.5b>

Sayal, K., Goodman, R., & Ford, T. (2006). Barriers to the identification of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47(7), 744–750. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01553.x> Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of attention disorders*, 10(2), 141–149. <https://doi.org/10.1177/1087054706286698>

- Schmidt, S., & Petermann, F. (2009). Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry*, 9(1), 9-58. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-58>
- Schneider, B. W., Gerdes, A. C., Haack, L. M., & Lawton, K. E. (2013). Predicting treatment dropout in parent training interventions for families of school-aged children with ADHD. *Child & Family Behavior Therapy*, 35(2), 144-169.
- Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S. A., Espy, K. A., Deković, M., & Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 53(2), 111–119. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02468.x>
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Current psychiatry reports*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0753-2>
- Sedgwick-Müller, J. A., Müller-Sedgwick, U., Adamou, M., Catani, M., Champ, R., Gudjónsson, G., Hank, D., Pitts, M., Young, S., & Asherson, P. (2022). University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a consensus statement from the UK Adult ADHD Network (UKAAN). *BMC psychiatry*, 22(1), 292. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03898-z>
- Seidman, L. J., Biederman, J., Monuteaux, M. C., Valera, E., Doyle, A. E., & Faraone, S. V. (2005). Impact of gender and age on executive functioning: do girls and boys with and without attention deficit hyperactivity disorder differ neuropsychologically in preteen and teenage years? *Developmental Neuropsychology*, 27(1), 79–105. https://doi.org/10.1207/s15326942dn2701_4
- Sha'ari, N., Manaf, Z. A., Ahmad, M., & Rahman, F. N. A. (2017). Nutritional status and feeding problems in pediatric attention deficit–Hyperactivity disorder. *Pediatrics International*, 59(4), 408–415. <https://doi.org/10.1111/ped.13196>
- Shaw P. (2016). Quantifying the Benefits and Risks of Methylphenidate as Treatment for Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA*, 315(18), 1953–1955. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3427>
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC medicine*, 10, 99. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-99>

- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Shen, F., & Zhou, H. (2024). Advances in the etiology and neuroimaging of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in pediatrics*, 12, 1400468. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1400468>
- Shephard, E., Zuccolo, P. F., Idrees, I., Godoy, P. B. G., Salomone, E., Ferrante, C., Sorgato, P., Catão, L. F. C. C., Goodwin, A., Bolton, P. F., Tye, C., Groom, M. J., & Polanczyk, G. V. (2022). Systematic Review and Meta-analysis: The Science of Early-Life Precursors and Interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(2), 187–226. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.03.016>
- Shikerkar, D., & Vajaratkar, P. V. (2022). Understanding daily routine and schedule of children with attention-deficit hyperactivity disorder: A qualitative study. *The Indian Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 96-101.
- Sitholey, P., Agarwal, V., & Chamoli, S. (2011). A preliminary study of factors affecting adherence to medication in clinic children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Indian journal of psychiatry*, 53(1), 41–44. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.75561>
- Sobanski, E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention -deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 256(1), 126 -131. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-1004-4>
- 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. (2023). Annual Research Review: Perspectives on progress in ADHD science - from characterization to cause. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 64(4), 506–532. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13696>
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., Stevenson, J., Danckaerts, M., van der Oord, S., Döpfner, M., Dittmann, R. W., Simonoff, E., Zuddas, A., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Hollis, C., Konofal, M. D. ... Sergeant, J. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American journal of psychiatry*, 170(3), 275–289. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070991>
- Staff, A. I., Oosterlaan, J., van der Oord, S., van den Hoofdakker, B. J., & Luman, M. (2023). The Relation Between Classroom Setting and ADHD Behavior in Children with ADHD Compared to Typically Developing Peers. *Journal of attention disorders*, 27(9), 939–950. <https://doi.org/10.1177/10870547231167522>

- Stevens, J., Harman, J. S., & Kelleher, K. J. (2005). Race/ethnicity and insurance status as factors associated with ADHD treatment patterns. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 15(1), 88–96. <https://doi.org/10.1089/cap.2005.15.88>
- Stickley, A., Koyanagi, A., Takahashi, H., Ruchkin, V., Inoue, Y., & Kamio, Y. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and physical multimorbidity: A population-based study. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 45, 227–234. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.07.010>
- Stoodley, C. J., & Schmahmann, J. D. (2009). Functional topography in the human cerebellum: a meta-analysis of neuroimaging studies. *NeuroImage*, 44(2), 489–501. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.08.039>
- Storebø, O. J., Ramstad, E., Krogh, H. B., Nilausen, T. D., Skoog, M., Holmskov, M., Rosendal, S., Groth, C., Magnusson, F. L., Moreira-Maia, C. R., Gillies, D., Buch Rasmussen, K., Gauci, D., Zwi, M., Kirubakaran, R., Forsbøl, B., Simonsen, E., & Gluud, C. (2015). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(11), CD009885. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009885.pub2>
- Sultan, R. S., Correll, C. U., Schoenbaum, M., King, M., Walkup, J. T., & Olfson, M. (2018). National Patterns of Commonly Prescribed Psychotropic Medications to Young People. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 28(3), 158–165. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0077>
- Sung, V., Hiscock, H., Sciberras, E., & Efron, D. (2008). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(4), 336–342. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.4.336>
- Surman, C. B. H., & Walsh, D. M. (2021). Managing Sleep in Adults with ADHD: From Science to Pragmatic Approaches. *Brain sciences*, 11(10), 1361. <https://doi.org/10.3390/brainsci11101361>
- Swanson, J. M., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Gibbons, R. D., Marcus, S. U. E., Hur, K., ... Wigal, T. (2007). Secondary evaluations of MTA 36-month outcomes: Propensity score and growth mixture model analyses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1003–1011. DOI: [10.1097/CHI.0b013e3180686d48](https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3180686d48)
- Swing, E. L., Gentile, D. A., Anderson, C. A., & Walsh, D. A. (2010). Television and video game exposure and the development of attention problems. *Pediatrics*, 126(2), 214–221. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1508>

- Takeda, T., Stotesbery, K., Power, T., Ambrosini, P. J., Berrettini, W., Hakonarson, H., & Elia, J. (2010). Parental ADHD status and its association with proband ADHD subtype and severity. *The Journal of pediatrics*, 157(6), 995–1000.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.05.053>
- Taylor, A. F., & Kuo, F. E. (2009). Children with attention deficits concentrate better after walking in the park. *Journal of Attention Disorders*, 12, 402–409. <https://doi.org/10.1177/1087054714542002>
- Taylor, A. F., Kuo, F. E., & Sullivan, W. C. (2001). Coping with add: The Surprising Connection to Green Play Settings. *Environment and Behavior*, 33(1), 54–77. <https://doi.org/10.1177/00139160121972864>
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(1), 3–16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of disease in childhood*, 97(3), 260–265. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-300482>
- Thapar, A., Rice, F., Hay, D., Boivin, J., Langley, K., van den Bree, M., Rutter, M., & Harold, G. (2009). Prenatal smoking might not cause attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a novel design. *Biological Psychiatry*, 66(8), 722–727. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.05.032>
- Thiruchelvam, D., Charach, A., & Schachar, R. J. (2001). Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 922–928. <https://doi.org/10.1097/00004583-200108000-00014>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., Hosny, N., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet (London, England)*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Treur, J. L., Demontis, D., Smith, G. D., Sallis, H., Richardson, T. G., Wiers, R. W., Børglum, A. D., Verweij, K. J. H., & Munafò, M. R. (2021). Investigating causality between liability to ADHD and substance use, and liability to substance use and ADHD risk, using Mendelian randomization. *Addiction biology*, 26(1), e12849. <https://doi.org/10.1111/adb.12849>

- Ullsperger, J. M., Nigg, J. T., & Nikolas, M. A. (2016). Does Child Temperament Play a Role in the Association Between Parenting Practices and Child Attention Deficit/Hyperactivity Disorder? *Journal of abnormal child psychology*, 44(1), 167–178. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9982-1>
- Unnever, J. D., & Cornell, D. G. (2003). Bullying, self-control, and ADHD. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 129–147. <https://doi.org/10.1177/0886260502238731>
- van der Bij, J., den Kelder, R. O., Montagne, B., & Hagenaars, M. A. (2020). Inhibitory control in trauma-exposed youth: A systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 118, 451–462. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.001>
- Visser, M. J., Peters, R. M. H., & Luman, M. (2024). Unmet Needs of Children and Young Adults With ADHD: Insights from Key Stakeholders on Priorities for Stigma Reduction. *Journal of attention disorders*, 10870547241297876. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10870547241297876>
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 46(3), 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009>
- Weissenberger, S., Ptacek, R., Klicperova-Baker, M., Erman, A., Schonova, K., Raboch, J., & Goetz, M. (2017). ADHD, Lifestyles and Comorbidities: A Call for a Holistic Perspective - from Medical to Societal Intervening Factors. *Frontiers in psychology*, 8, 454. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00454>
- Weyandt, L. L., Oster, D. R., Gudmundsdottir, B. G., DuPaul, G. J., & Anastopoulos, A. D. (2017). Neuropsychological functioning in college students with and without ADHD. *Neuropsychology*, 31(2), 160–172. <https://doi.org/10.1037/neu0000326>
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Wolraich, M., Brown, L., Brown, R. T., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H. M., Ganiats, T. G., Kaplanek, B., Meyer, B., Perrin, J., Pierce, K., Reiff, M., Stein, M. T., & Visser, S. (2011). ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007–1022. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2654>

- Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children and Adolescents, *JAMA Network Open*, 1(4). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1471>
- Zendarski, N., Guo, S., Sciberras, E., Efron, D., Quach, J., Winter, L., Bisset, M., Middeldorp, C. M., & Coghill, D. (2022). Examining the Educational Gap for Children with ADHD and Subthreshold ADHD. *Journal of attention disorders*, 26(2), 282–295. <https://doi.org/10.1177/1087054720972790>
- Zero To Three. (2016). DC:0–5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington, DC: Author.
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2011(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003018.pub3>

Anexo A

Número de Participantes e Número de Segmentos por Subtema

Temas	Subtemas	Definição	Exemplos
Individual ($n = 27; f = 54$)	Dificuldades Cognitivas e Outros Problemas do Desenvolvimento ($n = 11; f = 18$)	Remete para as dificuldades sentidas ao nível cognitivo, nomeadamente na forma como a criança adquire, processa, armazena e utiliza a informação. Refere também outras dificuldades do desenvolvimento (e.g., seletividade alimentar).	"Dificuldades escolares."; "Raciocínio caótico e dificuldade em manter uma conversa linear, sem dispersar."; "Aprender conceitos básicos."; "Dificuldade em adaptação a diferentes contextos e mudanças".
	Dificuldades Psicológicas e Sociais ($n = 17; f = 21$)	Remete para as competências necessárias que permitem às crianças lidar com as suas próprias emoções e sentimentos, bem como para as dificuldades ao nível das interações sociais. Refere, ainda, as perturbações associadas a estas competências.	"Dificuldade em autorregular as suas emoções."; "Gestão da frustração."; "(...) desafios na socialização."; "(...) ansiedade generalizada, ansiedade social, TOC (...)."
	Comorbilidades ($n = 4; f = 4$)	Remete para a forma como a presença de comorbilidades pode estar a afetar o desenvolvimento global de crianças com PHDA.	"Não ter outras perturbações associadas."

Microsistema (<i>n</i> = 80; <i>f</i> = 259)	Sintomas PHDA (<i>n</i> = 10; <i>f</i> = 11)	Remete para os sintomas de PHDA, em crianças, descritos pelos vários grupos de participantes.	"A dificuldade em controlar a sua impulsividade."; "Não conseguirem concluir as suas tarefas."; "Distrai-se facilmente com estímulos exteriores (externos).".
	Conhecimento e Formação (<i>n</i> = 34; <i>f</i> = 48)	Refere-se ao conhecimento que a família, a escola e os profissionais de saúde detêm sobre o que é a PHDA, o modo de funcionamento da criança e as suas próprias capacidades para intervir e lidar com ela. Inclui também as crenças que emergem pela falta de informação, reforçando a importância de esbater os mitos e o estigma associados à PHDA.	"A dificuldade e falta de preparação de alguns profissionais em atuar adequadamente com estas crianças."; conhecendo a doença aprende-se a lidar com os impulsos negativos da mesma."; "A crença que são mal-educadas.".
	Estruturação dos Ambientes da Criança (<i>n</i> = 24; <i>f</i> = 28)	Remete para a forma como os ambientes em que criança está inserida se organizam.	"Flexibilidade dos adultos e pares dos contextos da sua rotina diária."; "Ambientes agitados e instáveis/ sem rotinas."; "Serem criadas condições para serem eles próprios, mas ajudá-los a desenvolver as suas aptidões.".
	Estratégias Educativas Usadas pela Escola (<i>n</i> = 20; <i>f</i> = 39)	Remete para o conjunto de comportamentos e práticas que os docentes e não docentes aplicam ao nível da educação das crianças com PHDA.	"Reconhecer que as estratégias de sucesso não são iguais a uma criança que não tenha PHDA."; "Capacidade de adaptar as atividades à criança."; "Falta de feedback positivo e demonstrações de empatia com a criança.".

Estratégias Educativas e Práticas Parentais (<i>n</i> = 30; <i>f</i> = 40)	Remete para o conjunto de comportamentos e atitudes que os pais possuem para a educação das crianças com PHDA e para o comprometimento mútuo entre os pais das suas responsabilidades parentais.	"Estilos parentais, contextos mais agressivos ou permissivos."; Amor, carinho, dedicação respeito e muita paciência."; as famílias destruídas - pais separados em guerra uns com os outros.".
Tempo de Qualidade da Criança/ Familiar (<i>n</i> = 14; <i>f</i> = 19)	Remete para momentos de interação significativos entre a família e as crianças, a dependência da tecnologia no dia-a-dia e a prática desportiva.	"Passarem tempo útil com a criança, proporcionarem-lhe momentos prazerosos, divertidos e inesquecíveis."; Exposição precoce ao ecrã."; "Praticar desporto e ser ativo a nível cultural.".
Acompanhamento Terapêutico à Criança (<i>n</i> = 25; <i>f</i> = 33)	Remete para diversas práticas que se podem adotar para a saúde mental da criança, bem como para a periodicidade deste acompanhamento.	"Um acompanhamento longitudinal e adaptado a cada idade de desenvolvimento."; Acompanhamento médico adequado.".
Intervenção Farmacológica (<i>n</i> = 10 <i>f</i> = 10)	Remete para a utilização correta da medicação.	"Falta de medicação."; "Medicação correta.".
Compreensão das Características da Criança (<i>n</i> = 15; <i>f</i> = 19)	Remete para a (falta) compreensão da PHDA e modo de funcionamento da criança, bem como para a sensibilidade dos adultos.	"Pouca compreensão do funcionamento destas crianças."; "Compreender que o seu foco não terá a duração de muitas crianças."; "Sensibilidade na identificação dos sinais/sintomas.".

Mesossistema (<i>n</i> = 16; <i>f</i> = 20)	Estigma vs. Aceitação (<i>n</i> = 19; <i>f</i> = 23)	Remete para a aceitação das características da criança com PHDA, bem como a exclusão associada à não aceitação da perturbação.	"A normalização/aceitação/inclusão das características individuais de cada criança."; algum ostracismo tanto por pares como por adultos."; falta de aceitação dos pares."
	Articulação Escola Família (<i>n</i> = 14; <i>f</i> = 14)	- Remete para a interação entre dois ou mais microsistemas da criança, por exemplo entre a escola e a família de uma criança, bem como o trabalho em multidisciplinaridade em prol do bem-estar da criança.	"Comunicação escola-família."; Desvalorização das observações feitas pelos técnicos de educação."; "há um caminho de soluções a trabalhar com a criança multidisciplinarmente."
	Suporte Social Familiar (<i>n</i> = 5; <i>f</i> = 6)	e Refere-se à rede de relações interpessoais, incluindo família, amigos, professores, colegas e profissionais de saúde que contribui para o aumento do bem-estar geral da criança com PHDA.	"Criação de redes de apoio e auxílio, sendo algo a que se possa recorrer sempre que necessário e de fácil acesso."; "Bom suporte familiar."
Exossistema (<i>n</i> = 52; <i>f</i> = 96)	Contexto Socioeconómico da Família (<i>n</i> = 8; <i>f</i> = 9)	Remete para os recursos financeiros disponíveis da família para a procura de diagnóstico e adesão à intervenção.	"Terapias dispendiosas."; estar sem dinheiro para consultas e medicamentos."
	Intervenção e Saúde Mental da Família e Escola (<i>n</i> = 16; <i>f</i> = 19)	Remete para bem-estar psicológico e emocional, bem como para a importância do apoio psicológico e intervenção junto dos pais de crianças com PHDA e dos profissionais da escola.	"Apoios técnicos e psicológicos onde são dadas estratégias para que se consiga lidar com a criança e se ensine também."; "Deveria de haver mais apoio aos professores."; "Apoio psicológico para pais e professores."

Macrossistema (<i>n</i> = 14; <i>f</i> = 14)	Avaliação e Diagnóstico (<i>n</i> = 14; <i>f</i> = 17)	Remete para a importância da sinalização precoce, assim como a relevância do tipo de ambiente em que avaliação dos sintomas da PHDA ocorre. Referiram, ainda, a diferença entre um diagnóstico realizado em idade precoce em comparação com o diagnóstico tardio.	"Falta de diagnóstico."; A ausência de um diagnóstico em idade pré-escolar contribuiu claramente para problemas de autoestima e ansiedade, que transportou para o contexto acadêmico do primeiro ciclo."; "Melhores condições para se fazer corretamente a observação das crianças.".
	Sistema Educativo (<i>n</i> = 28; <i>f</i> = 38)	Refere-se a fatores estruturais e organizacionais fora do controle direto dos professores, que dificulta uma resposta educativa eficaz e inclusiva.	"O número de crianças na sala."; "Escola pouco ou nada preparada para receber estas crianças."; Sistema educativo muito fechado e retrógrado.".
	Recursos Humanos Especializados (<i>n</i> = 11; <i>f</i> = 13)	Remete para a falta de recursos humanos especializados adequados e como dificulta a intervenção eficaz em crianças com PHDA.	"Ausência de profissionais (clínicos) com experiência na identificação/diagnóstico e intervenção em crianças com PHDA (ou com comportamentos disruptivos) em idade pré-escolar."; "Falta de psicólogos para acompanhar a criança os educadores e a família.".
	Sensibilização da Comunidade (<i>n</i> = 7; <i>f</i> = 7)	da Remete para a importância da sensibilização a nível comunitário, destacando o papel crucial da consciencialização e educação.	"Atitudes sociais inclusivas."; Campanhas de sensibilização (...), associações sem fins lucrativos (..), campanhas para a desmistificação da saúde mental no geral e na PHDA em particular (...)."
	Organização Social e Cultural	e Refere-se à forma como a sociedade e as instituições estão organizadas, refletindo-se na	"Escassos recursos de intervenção gratuitos ou compartilhados pelo

(n = 7; f = 7)	escassez de políticas públicas eficazes e estado / SNS."; "A única barreira é a insuficiência de apoios por parte do Estado. sociedade.".
----------------	---

Anexo B

Número de Participantes e Número de Segmentos por Grupo de Participantes

Temas	Subtemas	Pai/mãe de uma criança com PHDA	Educador/a infância	de Adulto com PHDA	Pediatra / pedopsiquiatra	Psicólogo/a
Individual/Pessoa						
	Dificuldades Cognitivas e Outros Problemas do Desenvolvimento	$n = 2; f = 3$	$n = 0; f = 0$	$n = 3; f = 7$	$n = 2; f = 3$	$n = 4; f = 5$
	Dificuldades Psicológicas e Sociais	$n = 3; f = 4$	$n = 2; f = 2$	$n = 4; f = 5$	$n = 3; f = 4$	$n = 4; f = 4$
	Comorbilidades	$n = 1; f = 1$	$n = 0; f = 0$	$n = 1; f = 1$	$n = 2; f = 2$	$n = 3; f = 3$
	Sintomas PHDA	$n = 2; f = 2$	$n = 2; f = 3$	$n = 4; f = 4$	$n = 0; f = 0$	$n = 2; f = 2$
Microsistema						
	Intervenção Farmacológica	$n = 1; f = 1$	$n = 2; f = 2$	$n = 2; f = 2$	$n = 2; f = 2$	$n = 3; f = 3$
	Estratégias Educativas Usadas pela Escola	$n = 5; f = 6$	$n = 8; f = 12$	$n = 5; f = 6$	$n = 3; f = 4$	$n = 9; f = 11$
	Estratégias Educativas e Práticas Parentais	$n = 1; f = 1$	$n = 7; f = 9$	$n = 9; f = 12$	$n = 4; f = 5$	$n = 9; f = 13$
	Tempo de Qualidade da Criança/Familiar	$n = 1; f = 1$	$n = 2; f = 3$	$n = 2; f = 3$	$n = 1; f = 1$	$n = 8; f = 10$
	Conhecimento e Formação	$n = 9; f = 14$	$n = 7; f = 8$	$n = 6; f = 9$	$n = 4; f = 7$	$n = 8; f = 10$
	Estigma vs. Aceitação	$n = 6; f = 7$	$n = 4; f = 5$	$n = 4; f = 6$	$n = 1; f = 1$	$n = 4; f = 4$
	Compreensão da Características da Criança	$n = 5; f = 5$	$n = 0; f = 0$	$n = 4; f = 6$	$n = 1; f = 2$	$n = 5; f = 6$
	Estruturação dos Ambientes da Crianças	$n = 3; f = 3$	$n = 6; f = 6$	$n = 2; f = 2$	$n = 2; f = 2$	$n = 11; f = 15$
	Acompanhamento Terapêutico à Criança	$n = 3; f = 4$	$n = 0; f = 0$	$n = 8; f = 11$	$n = 4; f = 5$	$n = 10; f = 13$
Mesosistema						
	Articulação Escola-Família	$n = 3; f = 3$	$n = 5; f = 5$	$n = 1; f = 1$	$n = 1; f = 1$	$n = 4; f = 4$
	Suporte Social e Familiar	$n = 1; f = 1$	$n = 0; f = 0$	$n = 1; f = 2$	$n = 1; f = 1$	$n = 2; f = 2$
Exossistema						
	Contexto Socioeconómico da Família	$n = 4; f = 4$	$n = 1; f = 1$	$n = 1; f = 1$	$n = 1; f = 2$	$n = 1; f = 1$
	Intervenção e Saúde Mental da Família e Escola	$n = 4; f = 5$	$n = 0; f = 0$	$n = 3; f = 5$	$n = 2; f = 2$	$n = 7; f = 7$
	Avaliação e Diagnóstico	$n = 1; f = 1$	$n = 2; f = 3$	$n = 4; f = 4$	$n = 3; f = 4$	$n = 4; f = 5$
	Sistema Educativo	$n = 8; f = 13$	$n = 7; f = 9$	$n = 4; f = 4$	$n = 2; f = 2$	$n = 7; f = 10$

Macrossistema	Recursos Humanos Especializados	$n = 2; f = 2$	$n = 4; f = 6$	$n = 2; f = 2$	$n = 0; f = 0$	$n = 3; f = 3$
	Sensibilização da Comunidade	$n = 0; f = 0$	$n = 0; f = 0$	$n = 4; f = 4$	$n = 0; f = 0$	$n = 3; f = 3$
	Organização Social e Cultural	$n = 3; f = 3$	$n = 2; f = 2$	$n = 0; f = 0$	$n = 1; f = 1$	$n = 1; f = 1$

Anexo C

Proporções dos Subtemas por Grupos

Temas	Subtemas	Pai/mãe de uma criança com PHDA	Educador/a infância	de Adulto PHDA	com Pediatra / pedopsiquiatra	Psicólogo/a
Individual/Pessoa						
	Dificuldades Cognitivas e Outros Problemas do Desenvolvimento	16.6 %	0 %	38.8 %	16.6 %	27.7 %
	Dificuldades Psicológicas e Sociais	21 %	10.5 %	26.3 %	21 %	21 %
	Comorbilidades	14.3 %	0 %	14.3 %	28.8 %	42.9 %
	Sintomas PHDA	18.2 %	27.3 %	36.4 %	0 %	18.2 %
Microssistema						
	Intervenção Farmacológica	10 %	20 %	20 %	20 %	30 %
	Estratégias Educativas Usadas pela Escola	15.4 %	30.8 %	15.4 %	10.3 %	28.2 %
	Estratégias Educativas e Práticas Parentais	2.5 %	22.5 %	30 %	12.5 %	32.5 %
	Tempo de Qualidade da Criança/Familiar	5.6 %	16.7 %	16.7 %	5.6 %	55.6 %
	Conhecimento e Formação	29.2 %	16.7 %	18.8 %	14.6 %	20.8 %
	Estigma vs. Aceitação	30.4 %	21.7 %	26.1 %	4.3 %	17.4 %
	Compreensão da Características da Criança	26.3 %	0 %	31.6 %	10.5 %	31.6 %
	Estruturação dos Ambientes da Crianças	10.7 %	21.4 %	7.1 %	7.1 %	53.6 %
	Acompanhamento Terapêutico à Criança	12.1 %	0 %	33.3 %	15.2 %	39.4 %
Mesossistema						
	Articulação Escola-Família	21.4 %	35.7 %	7.1 %	7.1 %	28.6 %
	Suporte Social e Familiar	16.6 %	0 %	33.3 %	16.6 %	33.3 %
Exossistema						
	Contexto Socioeconômico da Família	44.4 %	11.1 %	11.1 %	22.2 %	11.1 %
	Intervenção e Saúde Mental da Família e Escola	26.3 %	0 %	26.3 %	10.5 %	36.8 %
	Avaliação e Diagnóstico	5.9 %	17.6 %	23.5 %	23.5 %	29.4 %
	Sistema Educativo	34.2 %	23.7 %	10.5 %	5.3 %	26.3 %

Macrossistema	Recursos Humanos Especializados	15.4 %	46.2 %	15.4 %	0 %	23.1 %
	Sensibilização da Comunidade	0 %	0 %	57.1 %	0 %	42.9 %
	Organização Social e Cultural	42.6 %	28.6 %	0 %	14.3 %	14.3 %

