

**Estigma, relação de pares e desempenho escolar,
percecionado pelos cuidadores de crianças com
Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
(PHDA).**

Versão Final Após a Defesa

Beatriz de Fátima Cordeiro Ambrósio

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro

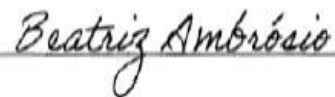
31 julho de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Beatriz de Fátima Cordeiro Ambrósio que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M11782 do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade Ciências Sociais e Humanas declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 31 /7/ 2023



(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Dedicatória

À minha mãe por cultivar em mim desde criança o gosto pelo conhecimento, por partilhar este sonho comigo como se fosse o dela, por chorar e rir comigo durante todo este percurso, por acreditar em mim mais do que eu mesma e por todo o orgulho que sinto em dizer que és minha mãe, foi toda esta força que me moveu em direção à concretização deste nosso sonho.

Ao meu pai, por todos os sacrifícios que fez durante o meu crescimento, por toda a firmeza, por mostrar-me a importância de viver uma vida mais descontraída, e por todas as vezes que disse para voltar para casa.

Às minhas irmãs, à Soraia por embarcar nesta aventura comigo, por encorajar-me e dizer-me dezenas de vezes que eu era capaz. Às minhas irmãs gémeas, por todos os sorrisos e brincadeiras durante toda a minha trajetória, por compreenderem todos os fins de semana em que não fui uma irmã tão presente.

À minha avó e ao meu tio Milton, por lembrar-me todos os fins de semana que tinha de continuar, por todo o carinho, apoio e incentivo ao longo desta batalha e por todas as conversas que pareciam nunca ter fim, por ensinarem-me a ouvir.

À Guiomar Moniz, à Cátia Martins e ao Paulo Silva, por ajudarem-me a tomar todas as minhas decisões, por todos os gestos de carinho e força durante esta viagem pelo caminho da psicologia e até por mim mesma.

Ao Paulo Moniz, por ser calma no meio do caos, por todas as palavras ditas no momento certo, por todo o carinho, por nunca permitir que eu não acreditasse em mim mesma, por dar-me o que de mais valor podemos dar a alguém, tempo para correr atrás deste meu sonho.

Agradecimentos

Ao meu orientador, o Prof. Doutor Manuel Joaquim Loureiro por desde o primeiro momento aceitar embarcar comigo nesta etapa tão importante da minha vida, sobretudo com o desafio que existe em fazê-lo à distância. Por todo profissionalismo, flexibilidade, suporte, simpatia e compreensão ao longo de todo este processo.

Ao Centro de Desenvolvimento Infante-Juvenil dos Açores, por acreditarem neste estudo e por toda a colaboração nesta recolha de dados.

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento, que se caracteriza essencialmente, pela manifestação de sintomas como a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade.

Este estudo teve como objetivo investigar a relação entre estigma, relações de pares e desempenho escolar percebido pelos cuidadores de crianças com diagnóstico de PHDA. Foi utilizada a metodologia qualitativa com recurso à entrevista semiestruturada, tendo participado, neste estudo, dez pais de crianças com PHDA, com idade compreendida entre os 5 e os 12 anos.

Os resultados revelaram que a maioria dos pais não percecionou estigma na vizinhança em relação ao filho, embora metade dos entrevistados refira dificuldade em encontrar cuidadores confiáveis. Em relação às relações de pares, metade dos inquiridos relata que o filho tem pelo menos um amigo e apenas 2 referem que o filho tem pelo menos dois amigos. A maioria dos pais defendem que as crianças com PHDA devem ser tratadas como as outras, mas alguns consideram que devem ter medidas educativas adaptadas às suas dificuldades. As dificuldades mais relatadas pelos pais estão relacionadas com a concentração, com o planeamento e execução de tarefas e ainda, com o comportamento desafiador. Estes resultados destacam a importância de combater o estigma, promover relações saudáveis entre pares e a importância de desenvolver estratégias para melhorar o desempenho académico destas crianças.

Palavras-chave

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Desempenho Escolar; Estigma; Relações entre Pares.

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized mainly by symptoms such as inattention, hyperactivity, and impulsivity.

This study aimed to investigate the relationship between stigma, peer relationships and school performance perceived by caregivers of children diagnosed with ADHD. A qualitative methodology using semi-structured interviews was used and ten parents of children with ADHD, aged between 5 and 12 years old, participated in this study.

The results revealed that most parents did not perceive stigma in the neighborhood in relation to their child, although half had difficulty in finding reliable caregivers. Regarding peer relationships, most parents report that their child has at least one friend. Most argue that children with ADHD should be treated as others, but some consider that they should have educational measures adapted to their difficulties. The difficulties most reported by parents are related to concentration, task planning and execution, and challenging behavior. These results highlight the importance of fighting stigma, promoting healthy peer relationships, and the importance of developing strategies to improve the academic performance of these children.

Keywords

Attention Deficit Hyperactivity Disorder; School Performance; Stigma; Peer Relationsh

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I – Contexto teórico.....	2
1. Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção (PHDA).....	2
1.1. Operacionalização de PHDA.....	2
Sintomatologia.....	3
Etiologia.....	4
a) Fatores Genéticos.....	5
b) Fatores Neurológicos.....	5
c) Fatores Ambientais e Sociais.....	5
1.3. Prevalência.....	6
1.4. Critérios de Diagnóstico.....	6
1.5. Impacto do diagnóstico de PHDA.....	8
1.5.1 Estigma em relação ao PHDA.....	9
1.5.2. Desempenho Escolar.....	10
1.5.3. Relações de Pares.....	11
1.6. Questão de Investigação e Objetivos.....	12
Capítulo II – Método.....	12
Capítulo III – Resultados.....	15
Capítulo IV– Discussão e Conclusão.....	20
Referências Bibliográficas.....	23
Anexos.....	28

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (DSM-5)

Tabela 2 – *Caracterização sociodemográfica dos participantes (N=10)*

Tabela 3 – *Dimensões e categorias de observação segundo as questões da entrevista*

Tabela 4 – Resultados da dimensão percepção de estigma (Questões 1 a 4)

Tabela 5 – Resultados da dimensão percepção da Relação com os Pares (Questões 5 a 8)

Tabela 6 – *Resultados da dimensão Estigma na Relação com os Pares (Questões 9)*

Tabela 7 – Resultados da dimensão percepção do desempenho escolar (Questões 10 a 13)

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
PHDA	Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção
SPSS	Statistical Package for Social Sciences.
DSM-5	Diagnostic and Statistical of Mental Disorders 5th Ed. 2013

Introdução

As doenças crónicas e a sua incidência em crianças têm vindo a crescer nos últimos anos. Associada a uma doença de longa duração, surgem muitos desafios que terão de ser enfrentados diariamente, tanto pelas crianças como pela sua família. A adaptação a uma doença de longa duração, não é restrita aos aspetos clínicos que surgem associados à patologia, mas também outras a outras variáveis como as crenças e o impacto que o diagnóstico da doença crónica causa nas famílias e influência que exerce nas suas dinâmicas (Freitas, 2021).

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), além de ser considerado a perturbação ao nível do neurodesenvolvimento, é também considerada uma doença crónica, cujos sintomas manifestam-se em crianças, adolescentes e adultos (Calero, 2022). O presente artigo científico foi elaborado como critério para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior (UBI). O objetivo geral do presente estudo é avaliar a perceção dos pais de crianças com PHDA em relação ao estigma, às relações de pares e ao desempenho escolar.

Num primeiro momento, é apresentada a revisão bibliográfica relativa a esta perturbação, de modo a contextualizar, definir e fundamentar teoricamente todos os conceitos integrantes do presente estudo.

Em seguida, são descritos todos os aspetos relativos à metodologia utilizada, nomeadamente a caracterização sociodemográfica dos participantes, a descrição dos instrumentos utilizados, assim como a descrição detalhada de todo o procedimento realizado.

Posteriormente, são apresentados e analisados de forma detalhada todos os resultados objetivos, comparando-os com a literatura existente. São apresentadas também as limitações encontradas no decorrer do estudo, assim como são apresentadas sugestões para investigações futuras no âmbito da avaliação da perceção dos pais de crianças com PHDA

Capítulo I – Contexto teórico

1. Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção (PHDA)

1.1. Operacionalização de PHDA

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), é uma patologia de origem é neurobiológica, que afeta a atenção do indivíduo e o seu comportamento (Parker, 2011). Segundo, Moura et al. (2020), a PHDA pressupõe a existência de um padrão persistente de sintomas como a hiperatividade, impulsividade e desatenção, que se manifesta em pelo menos dois contextos da vida da criança geralmente antes dos 12 anos, por exemplo, na escola e em casa, afetando o seu funcionamento a nível social, escolar e familiar.

De acordo com a quinta edição Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-5] da *American Psychiatric Association* (2014), a perturbação de hiperatividade/défice de atenção consiste num padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade que afeta o desenvolvimento do sujeito. Esta perturbação manifesta-se através de alterações ao nível da atenção, impulsividade e excesso de atividade motora. Pode ainda ser caracterizada pela desatenção, que prejudica o sujeito socialmente e academicamente. Os sintomas consistem na falta de atenção aos pormenores, dificuldades em permanecer atento na execução de tarefas, dificuldades em escutar com atenção o que é pedido, dificuldades ao organizar tarefas, distrai-se facilmente com estímulos, entre outras manifestações sintomatológicas. Esta perturbação pode também ser caracterizada pela hiperatividade e impulsividade, agitação física e motora excessiva, constante movimento, dificuldade em permanecer sentado, dificuldades em aguardar a sua vez, interromper e interferir nas atividades dos outros, dificuldade em envolver-se de maneira profunda.

1.2. Sintomatologia e Etiologia do PHDA

Apesar de todos os avanços expressivos na investigação desta patologia, a PHDA ainda não apresenta uma etiologia completamente conhecida, no entanto, esta apresenta uma natureza multidimensional, com influência de fatores endógenos e exógenos (Oliveira, et al, 2017).

A PHDA é considerada, no seio das perturbações do neurodesenvolvimento, uma das mais frequentes perturbações presentes no período de infância, perpetuando-se até à idade adulta (Pardilhão et. al, 2009). A bibliografia sobre esta patologia é bastante vasta, todavia, a sua etiologia carece, ainda, de melhor compreensão, o que contribui para um a não totalidade do consenso na comunidade científica.

No entanto, o consenso científico reúne-se em torno da sua índole multifatorial. Neste sentido, destacam-se diversos fatores que resultam nos sintomas próprios desta perturbação, tais como: genéticos, neurobiológicos e neuropsicológicos, historial pré, peri e pós-natais ou mesmo outros fatores ambientais (Faraone et. al, 2015; Tannock, 1998).

Pela sua natureza multifatorial, os vários fatores em causa irão contribuir conforme o impacto que cada um exerce. A ativação e o efeito dos genes implícitos nesta patologia, que variam entre si, irão, por sua vez, interagir com outros fatores como o ambiente onde a criança se desenvolveu ou até mesmo interagir com fatores pré-natais (E.g. consumo de tabaco; consumo de álcool). Toda esta combinação dos diversos fatores culmina na variabilidade e heterogeneidade etiológicas patentes nesta patologia (Roma et. al, 2003).

Sintomatologia

Alguns dos sintomas que hoje se enquadram nos critérios de diagnóstico de perturbação de hiperatividade / défice de atenção (PHDA), como a hiperatividade, a desatenção e ainda a impulsividade, tem sido descritos desde o século XIX, na literatura. Por exemplo, na História de “Fidget Phil”, em que o pai prevê o comportamento irrequieto do filho à mesa, caracterizando-o como um acontecimento não ocasional (Hoffmann, 1946). No entanto, em 1902, George Still descreveu esta patologia identificando-a em vinte crianças, sendo os elementos do sexo masculinos os mais afetados, apresentando estas crianças as seguintes características: desafiadoras; agressivas; com dificuldades de aprendizagem apesar de não terem dificuldades ao nível do intelecto; falta de atenção; entre outras (Fernandes, 2001). Segundo Barkley (2020), após o fim da primeira guerra mundial, os americanos começaram a investigar com maior afinco esta patologia, considerando a possibilidade de existência de lesões no cérebro, devido a um surto de encefalite que se manifestou de forma intensa, após recuperarem os indivíduos que desenvolveram o que se denominou uma síndrome de hiperatividade.

Em 1978, Alexander Crichton também descreveu como características desta perturbação, a falta de atenção, a agitação motora excessiva e o baixo desempenho escolar (Lange, 2010).

Com os avanços dos estudos de Douglas e colaboradores, surge em 1980 no DSM – III, como sendo uma “Perturbação de Déficit de Atenção”, tendo estabelecidos a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade como sintomas desta perturbação. Em 1994, no DSM – IV, surge pela primeira vez uma lista de sintomas para hiperatividade e

impulsividade e outra lista para desatenção. Existindo assim, três subtipos: predominantemente hiperativo e impulsivo; predominantemente desatento; e ainda, combinado.

Em 2013, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM - 5), define como sendo a designação mais apropriado, perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA). Esta perturbação foi também incluída na categoria de perturbações do neurodesenvolvimento, ocorrendo também uma mudança na idade limite para o aparecimento de sintomas dos 7 anos para os 12 anos e relativamente ao diagnóstico da PHDA, foi alterado também, uma vez que o diagnóstico em adultos passou para apenas 5 critérios de diagnóstico.

Por sua vez e na atualidade, a International Classification of Diseases: 11th Edition (ICD-11), além de incluir esta perturbação no grupo das perturbações do neurodesenvolvimento, alterou a sua classificação de perturbação hipercinética, para PHDA. Sendo descrita como uma perturbação que pode ser do tipo predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo ou predominantemente combinado (Reed et al, 2019).

Etiologia

A Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) é uma perturbação neurocomportamental complexa e multifatorial, ou seja, a sua etiologia não está restrita a um único fator, envolve uma interação entre fatores genéticos, hereditários, neuroquímicos e ambientais (Valido, 2016).

Segundo Neto (2010), são diversos os fatores que podem apresentar-se como causas da PHDA, como a reduzida capacidade económica, conflitos familiares e pais e familiares com perturbações a nível mental.

Fatores Genéticos

Ao longo dos anos diversos estudos tem evidenciado que os pais de crianças com PHDA, durante a sua infância também tinham comportamentos suscetíveis de serem considerados como hiperativos (Parker 2003; Lopes 2004).

Segundo Barkley (2002), a hereditariedade está associada a mais de 50% a 90% das características da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, tendo como referência os resultados de diversos estudos que têm sido realizados. Neste sentido, de acordo com as investigações realizadas no campo da genética molecular, existem dois de genes que podem estar diretamente relacionados com esta patologia, o gene DAT1 que tem como função regular a dopamina e no gene D4RD que é o recetor de dopamina que possivelmente está associado à personalidade e à procura constante de sensações, manifestações de inquietude e

comportamentos impulsivos (Rohde & Halpern, 2004).

Fatores Neurológicos

A nível neurológico, de acordo com as investigações que têm sido realizadas, esta perturbação tem sido associada a alterações na estrutura e função cerebral. Existem estudos cuja imagem cerebral obtida revelou a existência de diferenças significativas em várias áreas do cérebro, responsáveis pela regulação emocional, controlo inibitório e atenção (Qui et al., 2011; Parker, 2003).

Num estudo realizado por Phelan (2005), foi possível verificar que as crianças com PHDA, apresentavam um défice no córtex pré-frontal e que estas, tendiam a realizar as suas atividades de forma aleatória e desorganizada, ou seja, com apresentavam uma reduzida capacidade ao nível do planeamento e da organização.

Também tem sido possível verificar em diversas investigações que estas crianças, apresentam um desequilíbrio em neurotransmissores como a noradrenalina e a dopamina. Consequentemente, a área do cérebro responsável pelo controlo de certos comportamentos, tende a funcionar com maior lentidão (Lopes, 2004; Barkley 2002).

Fatores Ambientais e Sociais

Os fatores ambientais podem estar associados a um maior risco de desenvolvimento do PHDA, por exemplo a exposição a substâncias tóxicas como chumbo, álcool e tabagismo. De acordo com um estudo realizado, foi possível verificar que a presença de chumbo em crianças pareceu potenciar o aparecimento de sintomas desta perturbação (Barkley, referido por Lopes, 2004). De acordo com outros estudos o ambiente familiar pode também aumentar a instabilidade emocional da criança e potenciar o aparecimento de problemas ao nível do comportamento. Sobretudo em famílias em que existe uma tendência dos seus membros a serem conflituosos, pouco estruturadas, com um nível sócio económico reduzido ou até mesmo com perturbações a nível psiquiátrico (Neto et. al,2014). Numa grande parte dos casos de PHDA, tendem a existir a nível familiar maior dificuldades a nível económico, pais com baixo grau de escolaridade, maus-tratos e relações tendencialmente negativas entre pais e filhos (Thapar, et.al, 2012).

Os pais destas crianças tendem ainda a adotar um estilo menos permissivo e a serem mais punitivos com os filhos (Johnston & Mash, 2001).

1.3. Prevalência

A nível mundial, estima-se que a prevalência desta perturbação se encontra entre os 5% a 7%, sendo diagnosticada com maior frequência em crianças e jovens durante o período escolar (Thomas et al., 2015).

Em adultos, a sua prevalência situa-se entre os 2,5% e os 5%. Sendo muito subdiagnosticado, geralmente o diagnóstico do PDAH surge em simultâneo com outras comorbilidades como a ansiedade, depressão e abuso de substâncias como o álcool. Um grande número de crianças diagnosticadas tende a manifestar os sintomas, inclusive em adultos. Enquanto adultos, veem os seus percursos académicos e profissionais mais fragilizados, tornam-se mais suscetíveis a riscos, como o abuso de álcool e até mesmo problemas de comportamento (Ginsberg et.al, 2014). Em Portugal, a sua prevalência em crianças que se encontram em idade escolar situa-se entre os 4% e os 5%, segundo os dados obtidos pela Universidade de Lisboa em 2000 (Rodrigues e Antunes, 2014).

De acordo com um estudo realizado em Xangai verificou que existia uma maior prevalência da perturbação em crianças cujos pais tinham um nível de escolaridade mais baixo (Jin et al.,2013).

1.4. Critérios de Diagnóstico

Com o avançar da investigação, os critérios de diagnóstico da PHDA também têm sido alvo de alterações, para possibilitar um diagnóstico mais fidedigno. Atualmente e de acordo com o DSM – 5 (2014), os critérios de diagnóstico desta perturbação são os seguintes:

Tabela 1

Critérios de Diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (DSM – 5)

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DO DSM-5

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por (1) e/ou (2):

1. **Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram pelo menos durante 6 meses num grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e tem impacto negativo direto nas atividades sociais e acadêmicas/ocupacionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), são necessários pelo menos 5 sintomas.

a. Frequentemente, falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades.

b. Frequentemente, tem dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades.

c. Frequentemente, parece não ouvir quando se lhe fala diretamente.

d. Frequentemente, não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho.

e. Frequentemente, tem dificuldades em organizar tarefas e atividades.

f. Frequentemente, evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido.

g. Frequentemente, perde objetivos necessários para tarefas ou atividades.

h. Frequentemente, é facilmente distraído por estímulos alheios.

i. Esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

2. **Hiperatividade e impulsividade:** 6 (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram pelo menos 6 meses a um nível inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo direto nas atividades sociais e acadêmicas/ocupacionais:

Nota: os sintomas não são apenas uma manifestação de comporta de oposição, desafio, hostilidade ou falhas na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos e mais velhos), pelo menos 5 sintomas são necessários:

a) Frequentemente, agita ou bate com as mãos ou os pés ou remexe-se quando está sentado.

b) Frequentemente, levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado.

c) Frequentemente, corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo.

d) Frequentemente, é incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer.

e) Está frequentemente “em movimento”, agindo com ose estive “ligado a um motor”.

f) Frequentemente, fala em excesso.

g) Frequentemente, precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.

h) Frequentemente, tem dificuldade em esperar a sua vez.

i) Frequentemente, interrompe ou interfere nas atividades dos outros.

B. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade surgiram antes dos 12 anos de idade.

C. Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em 2 ou mais contextos.

D. Existem provas evidentes de que os sintomas interferem com, ou reduzem, a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de uma esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são bem mais explicados por outra perturbação mental.

Conforme a Tabela 1 que estabelece os critérios de diagnóstico para a Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção, denota-se que é uma condição que tem por base um padrão persistente de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade, bem como impulsividade, que acarreta prejuízo no normal funcionamento ou desenvolvimento da criança. Para assumir-se a presença da componente de Défice de Atenção, tem que se verificar a presença de, pelo menos, 6 dos 9 critérios que dizem respeito a esta. Importa, ainda referir que quaisquer que sejam os sintomas/ critérios verificados, estes têm que persistir pelo menos, 6 meses, e que, no ato de diagnosticar ambas as componentes surgem de forma relativamente independente. Isto significa que poderão coexistir ambas (forma combinada), apenas a predominância da componente de desatenção ou apenas a predominância de hiperatividade/impulsividade.

1.5. Impacto do diagnóstico de PHDA

O diagnóstico de uma doença crónica tem um impacto significativo no indivíduo, no seu desempenho escolar e na sua família. Com o diagnóstico podem surgir muitas mudanças que vão muito além da reestruturação na rotina, na dinâmica familiar. Associado a este diagnóstico podem surgir manifestação de *stress*, saírem potenciados os conflitos entre os progenitores, a família e as crianças podem ainda ser alvo de estigma e ter dificuldades a relacionar-se com amigos e familiares (Cabrera, 2002).

De acordo com, diversos fatores de risco podem surgir associados a esta perturbação, disfunções familiares, discórdias matrimoniais, maus-tratos, diminuição da coesão familiar e ainda, traumas de cariz emocional (Paulino, 2017).

Com o diagnóstico de PHDA, a dinâmica e harmonia familiar tende a sofrer algumas alterações. Tende a tornar-se necessário reformular e repesar a rotina, ou seja, o dia a

dia, tentando criar hábitos que facilitem a realização das tarefas e a adotar estratégias que ajudem a criança a ultrapassar os principais desafios da doença. O tempo e dedicação que esta reformulação existe, pode afetar tanto a relação entre pais e filhos, como também entre os pais (Fonseca, 2017).

Desta forma, é fundamental verificar a estigmatização existente em relação à PHDA, perceber de que forma esta perturbação pode afetar o desempenho escolar destas crianças e perceber como são as relações de pares destas crianças.

1.5.1 Estigma em relação ao PHDA

Até aos dias de hoje o estigma em relação ao PHDA, continua a perpetuar-se nas diferentes culturas e a diferentes níveis. Na América e na Europa os indivíduos com PHDA tendem a ter uma autoimagem desfavorável e a manifestar sintomas depressivos. Relativamente à procura por um tratamento é na Oceânia, que parece existir um maior reconhecimento da importância de um tratamento e intervenção eficaz (Domingues, 2019).

Muitas vezes estas crianças, são vítimas de estigma que inclusive se inicia no seu ambiente familiar, em que os progenitores tendem a enumerar as diferenças entre os filhos e a fazer comparações. Além disso, estas crianças tendem a ser constantemente colocadas de parte pelos pares e professores devido às suas dificuldades relacionais e aos comportamentos de elevada agitação motora constante (Rei, 2012).

Num estudo realizado no Rio de Janeiro com professoras do primeiro ao sexto ano, foi identificada pelas professoras e coordenadoras uma discrepância entre a identidade social virtual e a real que revelam a possível existência de estigma em contexto educativo relativamente às crianças com PHDA, que são medicadas. Estas crianças são descritas como dispersas e como tendo, comportamentos agressivos, sensíveis ou fora de norma e cujo desempenho acaba por ser afetado, desencadeando dificuldades de aprendizagem (Silva, 2020).

De acordo com um estudo realizado com pais afroamericanos, foi possível verificar que estes percebem a existência de estigma em relação às crianças diagnosticadas com PHDA, que acabam por serem rotuladas como “malucas”, sobretudo em casos que necessitam tomar medicação (Davison & Ford, 2001).

Estes estudos revelam a importância de combater o estigma associado à Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, tanto no contexto escolar, como na vivência em sociedade, a fim de promover uma compreensão mais precisa e fornecer suporte adequado, tanto à criança como à sua família.

1.5.2. Desempenho Escolar

Esta perturbação afeta o desempenho escolar do indivíduo, sobretudo no que concerne ao seu rendimento académico, por exemplo dificuldades na leitura, escrita e matemática e no que concerne ao seu comportamento, por exemplo,

tendem a ser mais expulsos das aulas devido à manifestação de comportamento desadequados, conseqüentemente, estas crianças tendem a perder mais vezes de ano e serem mais propensos ao abandono escolar (Oliveira, 2016). Além das implicações que indivíduo tem na sua vida, a PHDA é um grande desafio para professores e outros educadores (DuPaul & Jimerson, 2014).

A propósito do desempenho escolar, os resultados um estudo que comparou o desempenho escolar de crianças com sintomas de PHDA com o de crianças sem sintomas de PDHA, permitiu concluir que as crianças que manifestam sintomas de PDAH apresentam um desempenho escolar inferior (Bener et al., 2006).

O desempenho escolar é afetado pelas manifestações do PDHA, sendo que o indivíduo se encontra a repetir pela terceira vez o sexto ano. (Lopera et al., 2018).

De acordo com um estudo realizado no Brasil, acerca da percepção de pais e professores acerca dos filhos e alunos com PHDA, os professores revelam que a falta de atenção e a agitação motora durante as atividades, acabam por dificultar o processo de aprendizagem. Os pais referem também a agitação motora excessiva, a falta de atenção e ainda manifestações de agressividade (Mazon et al., 2018).

Por terem comportamentos que podem ser considerados irritantes com os seus pares, as crianças com PDHA, são mais propensas a sofrerem estigma e serem vítimas de *bullying*. No entanto, crianças com PDHA, que tem amigos próximos quando comparadas com as que não tem amizades, são menos propensas a serem vítimas de *bullying* (Xavier, 2016). Por sua vez, de acordo com os resultados obtidos num estudo comparativo, foi possível verificar que o contexto familiar e escolar exerce grande impacto no processo de criação da identidade do indivíduo. Desta forma, o indivíduo tende a construir a sua identidade, com base nas referências que lhe são atribuídas socialmente, ao ser alvo de estigma, poderá condicionar o seu processo de formação da identidade (Neto, 2016).

Com o diagnóstico de PHDA a criança deve beneficiar de medidas educativas especiais adequadas às suas capacidades, que carece de uma intervenção direcionada para potenciar a capacidade de a criança gerir os seus comportamentos e optar pelo mais correto, desta forma os professores e educadores devem usar uma comunicação clara e assertiva, recorrer ao uso de reforços positivos, fornecer opções à criança e ainda sempre que necessário dar à criança um tempo de pausa, para que esta reflita e consiga retomar o foco nas atividades a desenvolver (Parker, 2003).

Estes estudos ressaltam a importância de promover um ambiente inclusivo e de apoio, tanto na escola como na família, visando uma compreensão adequada da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e a mitigação dos efeitos negativos no desempenho escolar, na formação da identidade e no bem-estar em geral destas crianças.

1.5.3. Relações de Pares

A perturbação de hiperatividade e déficit de atenção é uma perturbação que além de afetar o funcionamento cognitivo do indivíduo, pode afetar o indivíduo a nível comportamental e social. Um dos aspetos fundamentais do desenvolvimento social é a interação com pares, que desempenha um papel fundamental na formação da identidade, no desenvolvimento das capacidades sociais e emocionais, contribuindo também para a qualidade de vida e bem-estar da criança (Veríssimo e Santos, 2008).

A manifestação de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade podem interferir na capacidade destas crianças estabelecerem e manterem relações saudáveis com os seus pares. A manifestação dos sintomas anteriormente referidos, podem potenciar a rejeição destas crianças, serem alvo de estigma e isolamento social por parte dos colegas (Garcia, 2001, Barkley, 1998, Pelham & Bender, 1982, referido por Lopes, 2006).

Além das dificuldades anteriormente referidas, as crianças com diagnóstico de PHDA, podem manifestar dificuldades relacionadas com a empatia, em compreender a perspetiva dos outros, o que também pode acabar por contribuir de forma negativa para as suas relações (Lopes, 2006).

De acordo com Barkley (1998), as crianças com PHDA podem desenvolver outras perturbações emocionais devido a questões sociais específicas. Cerca de 60% dessas crianças tendem a apresentar comportamentos mais agressivos, aproximadamente 20% apresentam um maior isolamento social, tendem a consumir substâncias psicoativas e até mesmo se envolver em comportamentos considerados de risco. Além disso, cerca de 20% das crianças com PHDA podem manifestar sintomas de depressão e ansiedade.

É fundamental compreender e abordar essas dificuldades sociais e emocionais associadas à PHDA, por meio de intervenções adequadas que promovam o desenvolvimento da empatia e das habilidades sociais. Ao fornecer suporte e compreensão, podemos ajudar a melhorar a qualidade de vida e contribuir para o bem-estar destas crianças, e consequentemente facilitar a sua integração a nível social e contribuir para que estas, fortaleçam as suas relações sociais.

1.6. Questão de Investigação e Objetivos

Considerando que vários autores reconhecem a importância aprofundar o impacto da

PHDA, no estigma, nas relações de pares e no desempenho escolar das crianças com PHDA, o planeamento deste estudo tem como finalidade a concretização de alguns objetivos, que se propõem inicialmente, tendo como questão de investigação: compreender/ analisar a perceção dos pais de crianças com PHDA, em relação ao estigma, às relações de pares e ao desempenho escolar. Desta forma foi estabelecido como objetivo geral avaliar a perceção dos pais de crianças com PHDA em relação ao estigma, às relações de pares e ao desempenho escolar. E por fim, como objetivos específicos: avaliar a perceção dos pais de crianças com PHDA em relação ao estigma; avaliar se segundo a perceção dos pais a PHDA tem impacto negativo no desempenho escolar da criança; avaliar se PHDA tem impacto negativo nas relações de pares destas crianças segundo a perceção dos seus pais; e ainda, avaliar a perceção dos pais de crianças com PHDA em relação às relações de pares.

Capítulo II – Método

2. 1. Participantes

Os participantes deste estudo foram selecionados em colaboração com o Centro de Desenvolvimento Infante-Juvenil dos Açores, na ilha de São Miguel. Foi estabelecido como único requisito, os participantes serem pais e encarregados de educação de uma criança com PHDA, com idade compreendida entre os 5 e os 12 anos.

O presente estudo contou com a participação de dez pais de crianças com diagnóstico de PHDA (N=10), foram assim realizadas dez entrevistas conduzidas individualmente, com uma duração aproximada de vinte minutos cada.

Dos dez pais de crianças com PHDA que fazem parte da amostra, 90% são do sexo feminino (N=9) e 10% do sexo masculino (N=1), como se pode observar na tabela dois.

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica dos participantes (N=10)

		n (%)
Género	Masculino	1 (10%)
	Feminino	9 (90%)

Idade	Mínimo	29
	Máximo	45
	Média	37,60
	Desvio Padrão	4,69
Grau de Parentesco	Pai	1 (10%)
	Mãe	9 (90%)
Habilitações Académicas	3º Ciclo	4 (40%)
	Ensino Secundário	5 (50%)
	Licenciatura, Mestrado ou	1 (10%)
	Doutoramento	
Tipo de Família	Família Nuclear	4 (40%)
	Família Reconstituída	2 (20%)
	Família Monoparental	3 (30%)
Nível Socioeconómico	Médio	5 (50%)
	Médio Baixo	4 (40%)
	Baixo	1 (10%)

Relativamente à idade dos participantes, a mesma tabela mostra que as idades dos pais que participaram no estudo situam-se entre os 29 anos e os 45 anos ($M = 37,60$ e $D P.=4,69$).

No que diz respeito ao grau de parentesco com a criança, 90% ($N= 9$) são mães das crianças e 10%, são pais ($N=1$).

Quanto às habilitações literárias, é possível verificar através da análise da tabela dois, que 50% dos pais que participaram, possuem o Ensino Secundário (12ºano); 40 % dos pais possuem o 3º Ciclo (7º ano ao 9ºano), e que apenas 10%, ou seja ($N=1$), possui Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento.

Relativamente ao tipo de família, 50% das famílias são do tipo nuclear, 30% das famílias são do tipo monoparental e 20% das famílias são reconstituídas.

Por fim, relativamente ao nível sócio económico, 50% das famílias tem um nível socioeconómico médio, 40% caracteriza o seu nível socioeconómico como médio – baixo e 10% das famílias classifica o seu nível socioeconómico como baixo.

2. 2. Instrumentos

De acordo com Bazeley e Jackson (2013), o método de investigação mais apropriado quando se pretende proceder a uma recolha de informação abrangente e pormenorizada relativamente a uma experiência, é o método qualitativo. Este método permite o investigador aceder tanto aos pensamentos, como às emoções do participante, ou seja, permite saber como as pessoas interpretam e atribuem sentido às suas vivências (Strauss & Corbin, 1998; Malterud, 2001). A investigação qualitativa é extremamente vantajosa no sentido que permite identificar e explorar conceitos, identificar crenças, atitudes, opiniões e padrões de comportamento; estabelecer prioridades entre categorias de

crenças, comportamentos e de opiniões; e ainda, identificar problemas em profundidade para que possam ser investigados em estudos futuros.

Sendo a metodologia qualitativa a adotada para efetuar esta investigação, foi elaborado um guião (Anexo A), para executar uma entrevista semiestruturada, de acordo com os requisitos previstos na literatura existente e respeitando todos os princípios que o método de investigação qualitativa requer. Desta forma, foi elaborado um protocolo para efetuar a recolha de dados, que foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (Anexo B)

Optou-se por uma entrevista semiestruturada, pelo fato de esta ir melhor ao encontro dos objetivos estabelecidos no presente estudo. Além disto, esta técnica de recolha de dados, permite aceder de modo mais eficaz aos pensamentos, valores, crenças, sentimentos e perceções do entrevistado, sem que este possa ser condicionado, pelo entrevistador com conceitos pré-definidos (Nascimento, 2017).

A primeira parte do instrumento, incidiu sobre a recolha de dados sociodemográficos dos participantes como: o sexo; a idade; o grau de parentesco com a criança; as habilitações literárias; o tipo de família; e ainda, o nível socioeconómico.

A segunda parte do instrumento, corresponde à entrevista semiestruturada que foi construída a partir de questões de outros instrumentos, como a versão portuguesa do “Impact on Family Scale”; “Perceção dos pais sobre amizade em crianças típicas e com PDAH”; e, a Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale (VADTRS). A entrevista semiestruturada, cujo guião (anexo A), será composta por dimensões e respetivas questões, que podem ser abertas e fechadas.

Foram consideradas as seguintes dimensões perceção de estigma, perceção das relações com pares, perceção de estigma nas relações com pares e desempenho escolar. Na dimensão cujo objetivo é avaliar o estigma, serão realizadas aos cuidadores as seguintes questões selecionadas da versão portuguesa do instrumento “Impact on Family Scale” (Albuquerque et. al., 20): “As pessoas na vizinhança tratam-nos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?”; “É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?”; “Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?” “Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de for “especial” ou como uma criança normal?”. Na dimensão que pretende avaliar a relação com os pares tem como foco as seguintes questões: “O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?”; “O que eles costumam fazer quando estão juntos?”: “há quanto tempo eles são amigos? “O seu filho tem outras amizades?”. Na dimensão cujo objetivo é avaliar a perceção dos cuidadores relativamente ao desempenho escolar das crianças com PHDA, selecionou-se da versão portuguesa do instrumento “A Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale” (VADTRS) as

seguintes questões: “Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?” Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades? “Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?”.

2. 3. Procedimento

O presente estudo foi aprovado pela comissão de ética e é parte integrante de um estudo mais abrangente designado, “Impacto de variáveis físicas e psicológicas na doença crónica: avaliação e intervenção”: Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão dos participantes: a) ser cuidador de uma criança PHDA com idade compreendida entre os 5 e os 12 anos de idade; b) ler e assinar o respetivo o consentimento informado; c) aceitar a gravação da entrevista em formato de áudio, para posterior transcrição. Todas as participações foram realizadas de modo voluntário, sendo garantido o anonimato e assegurada a confidencialidade de todas as informações fornecidas pelos participantes. A recolha de dados, foi articulada em cooperação com o Centro de Desenvolvimento Infantil do Açores (PHDA), entre março de 2023 e abril do mesmo ano. Numa primeira fase, foram selecionados pelos técnicos do CDIJA, os casos com diagnóstico de PHDA. Após esta pré-seleção foi efetuada um primeiro contacto com os cuidadores das crianças, com o intuito de dar a conhecer o estudo. Preenchidos os critérios de inclusão foram definidas com os participantes, data e horário para realizar a recolha de dados. Foram efetuadas dez entrevistas semiestruturadas e respetiva caracterização sociodemográfica de cada participante e todas as entrevistas foram transcritas e analisadas. Após a transcrição, recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics)*, versão 27.0 para analisar os dados demográficos dos participantes. Os dados recolhidos com as entrevistas foram analisados manualmente e organizados em categorias definidas *a priori*.

Capítulo III – Resultados

Para a concretização dos objetivos anteriormente definidos e de forma a proceder à análise dos resultados, estabeleceu-se as seguintes dimensões: perceção e estigma; relação com pares; estigma na relação com os pares; e por fim, desempenho escolar. A primeira dimensão denominada perceção de estigma abrange as seguintes as categorias: tratamento diferenciado; dificuldade em encontrar cuidador; limites nas relações familiares e com amigos; e tratamento da criança de forma especial. A segunda dimensão designada, de relação com os pares compreende as categorias: a criança tem algum colega de quem goste; atividades com o colega; tempo de duração da amizade; e, outras

amizades. A terceira dimensão designada estigma na relação com os pares, compreende uma única categoria designada, estigmatização por parte das outras crianças em função das características. Por fim, a última dimensão que diz respeito ao desempenho escolar compreende as seguintes categorias: dificuldade em seguir instruções e em terminar os trabalhos escolares; comportamento por oposição e desafio; e, percepção de solidão e rejeição.

Tabela 3

Dimensões e categorias de observação segundo as questões da entrevista

Dimensão	Categorias
Percepção de estigma (Questões 1 a 4)	Tratamento diferenciado Dificuldade em encontrar cuidador Limites nas relações familiares e com amigos Tratamento da criança de forma especial
Relação com os pares (Questões 5 a 8)	A criança tem algum colega de quem goste Atividades com o colega Tempo de duração da amizade Outras amizades
Estigma na relação com os pares (Questão 9)	Estigmatização por parte das outras crianças em função das características
Desempenho escolar (questões 10 a 13)	Dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares Dificuldade em manter a atenção nas tarefas ou atividades? Comportamento por oposição e desafio Percepção de solidão e rejeição

Desta forma, procedeu-se à análise descritiva das respostas obtidas na entrevista, questão a questão.

Tabela 4

Resultados da dimensão percepção de estigma (Questões 1 a 4)

Categoria	Sim
	n (%)
Tratamento diferenciado	1 (10%)
Dificuldade em encontrar cuidador	5 (50%)
Limites nas relações familiares e com amigos	1 (10%)
Tratamento da criança de forma especial	3 (30%)

Nota. N = 10

Na primeira questão, relativamente à percepção de estigma vivenciado pelos pais na vizinhança, 90% dos pais afirmam que não perceberam a existência de estigma em relação ao seu filho, por parte da vizinhança. Apenas um dos pais, percebeu a existência de estigma em relação ao filho, por parte da vizinhança.

A segunda questão, incidiu sobre a existência ou não de dificuldade em arranjar alguém para tomar conta do seu filho, 50% dos pais afirmam não existir dificuldade em encontrar alguém que tome conta das crianças. Enquanto, os outros 50% relatam algumas dificuldades em encontrar alguém que tome conta dos filhos, relatando algumas dificuldades, entre as quais: “a avó é a única pessoa”; “só a minha mãe que consegue ficar com ele”.

Na terceira questão, pretendeu-se verificar se os pais estavam menos vezes com a família e com os amigos devido à patologia do filho, quando questionados apenas um dos pais revelou que no início sentia algumas dificuldades em estar com a família e com os amigos, devido também à sua própria aceitação em relação ao diagnóstico do filho.

Na quarta questão, quando questionados se os filhos devem ser tratados como as outras crianças ou de forma especial, 70% dos inquiridos afirma que o filho deve ser tratado como todas as crianças. Sendo que os restantes 30% dos inquiridos, consideram que os filhos, devem ser tratados de forma especial, sobretudo no contexto escolar, ou seja, devem beneficiar de um método de ensino especial, tendo em consideração as suas necessidades e especificidades.

Tabela 5

Resultados da dimensão percepção da Relação com os Pares (Questões 5 a 8)

Categoria	Sim
	n (%)
Pelo menos 1 colega/ amigo especial	5 (50%)
Pelo menos 2 colega/ amigos especiais	2 (20%)
Pertencem ao ciclo familiar	3 (30%)
Jogos tradicionais	5 (50%)
Jogos online e tradicionais	4 (40%)
Estudar jogos tradicionais e online	1 (10%)
Antes do Infância	4 (40%)
Depois do Infância	5 (50%)
Alguns Meses	1 (10%)
Outros colegas na escola	6 (60%)
Outros elementos do ciclo familiar	2 (20%)
Outros colegas no futebol	1 (10%)

Nota. N = 10

Na quinta questão, que diz respeito às amizades do filho e quem são essas amizades, 50% dos pais afirmou que o filho tem pelo menos um amigo, 20% afirmou que o filho tem dois amigos pelo menos dois amigos, e ainda, 30% dos pais afirmou que as amizades do filho são do seu ciclo familiar, como por exemplo “o primo”. A sexta questão, incidiu sobre o que os filhos costumam fazer quando estão com esses amigos, 50% dos pais quando responderam que jogos tradicionais, 40% que os filhos jogam jogos online e jogos tradicionais e apenas 10% responderam estudar, jogos online e jogos tradicionais. Na questão sete, procurou-se compreender a duração amizades referidas pelos pais das crianças, sendo que apenas 1 dos pais revela que a amizade, é curta durando à meses, A maioria dos pais afirma que esta amizade dos filhos existe desde antes da creche ou desde que iniciou a creche. A questão oito, pretendeu-se verificar se existiam outras amizades além das referidas anteriormente pelos pais, 60% dos pais referiu que o filho tem outras amizades na escola, 20% que o filho te outras amizades que pertencem ao seu ciclo familiar, 10% referem que tem outros colegas na escola e 10% refere que o filho não tem outras amizades além das referidas anteriormente.

Tabela 6

Resultados da dimensão Estigma na Relação com os Pares (Questões 9)

Categoria	Sim
	n (%)
Estigmatização por parte das outras crianças em função das características	3 (30%)

--	--

Nota. N = 10

Na questão 9, quanto questionados acerca da percepção de estigma sofrido pelos filhos por parte das outras crianças, 30% dos pais afirma que o filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características, relatando que as outras crianças “chamavam-lhe deficiente”, “ele não sabe brincar, seguir regras”, “não queriam brincar com ela”.

Tabela 7

Resultados da dimensão percepção do desempenho escolar (Questões 10 a 13)

Categoria	Sim
	n (%)
Tem dificuldades a seguir instruções e em terminar os trabalhos escolares	9 (90%)
Dificuldade em manter a atenção nas tarefas ou atividades	10(10%)
Comportamento por oposição e desafio	9 (90%)
Percepção de solidão e rejeição	9 (90%)

Nota. N = 10

Na questão 10, relativa às dificuldades de seguir instruções e terminar os trabalhos escolares 90% dos pais afirmam que os filhos apresentam dificuldades e apenas 10% afirma que o filho não tem dificuldades. De entre os 90% dos pais que afirmam que o filho tem dificuldades, 5 dos pais não relatam quais são as dificuldades, os restantes relatam dificuldades ao nível da concentração, planeamento de tarefas, excessiva agitação motora e ainda, dificuldades no português.

Na questão 11, que diz respeito à dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades, 40% nos pais relatam dificuldades ao nível da atenção, 20% dos pais relatam dificuldades ao nível da atenção e excessiva agitação motora, 20% dos pais relatam dificuldades ao nível tensional e na finalização de tarefas, 10 % relatam dificuldades de atenção e aborrecimento fácil, e por fim, outros 10% dos pais identificam dificuldades ao nível da atenção e manifestações de comportamento ansioso.

Na questão 12, apenas um dos pais afirma que o filho não desafia, nem se recusa a cumprir as ordens ou regras dos adultos. Dos restantes pais 9 afirmam que o filho desafia ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos, sendo que destes: 5 afirmam que sobretudo familiares; 2 afirmam que familiares e pessoas do contexto escolar; e por fim, 2 dos pais não identificam quem.

Para finalizar na questão 13, quanto questionados acerca do filho sentir- sozinho, indesejado, pouco amado ou reclamou que ninguém gostava dele 90% dos pais afirma

que sim, entre os quais: 4 afirmam que apenas reclamou que ninguém gostava dele; 2 afirmam que se sente sozinho e reclama que ninguém gosta dele; e dos pais outros dois, relatam que o filho se sente diferente das outras crianças.

Capítulo IV – Discussão e Conclusão

Como mencionado anteriormente, o presente estudo visa perceber o estigma, no que toca às relações entre pares e desempenho escolar, percebido pelos pais de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA). De acordo com os resultados obtidos, a maioria dos pais não percebe a existência de estigma em relação à perturbação que o filho possui, indicando uma possível diminuição do estigma associado a esta perturbação. No entanto, um dos pais relatou a existência de estigma, revelando que o preconceito para com estas crianças ainda persiste em algumas situações e contextos. Quanto à dificuldade em encontrar cuidadores para os seus filhos, metade dos pais manifestaram a existência de alguma dificuldade, afirmando dependerem unicamente de um cuidador (*e.g.* avó), o que acaba por limitar a autonomia e flexibilidade dos pais. Em relação ao impacto nas relações familiares e sociais, apenas um dos pais percebeu ter experienciado, inicialmente, dificuldades em estar com a família e amigos, destacando a importância da aceitação do diagnóstico e conhecimento mais específico relativamente a esta perturbação. No que diz respeito, à forma como estas crianças devem, ou não, ser tratadas de forma especial ou igual a todas as outras crianças, a maioria dos pais percebe e defendem que o filho deve ser tratado da mesma forma que as demais crianças- Alguns dos pais consideram que o filho, devido a esta patologia, deve beneficiar de medidas especiais adequadas às suas capacidades, sobretudo no contexto escolar. Os diversos níveis de percepção dos pais relativos ao estigma encontrados nos resultados deste estudo estão alinhados com a literatura existente, que revela que o estigma em relação à PHDA perpetua-se em diferentes culturas e níveis, ressaltando a importância de continuar a combater este preconceito e à necessidade de fornecer suporte adequado às crianças e à família, nomeadamente os pais (Davidson & Ford, 2001).

Relativamente aos resultados obtidos no que concerne à percepção dos pais, e no que às relações entre pares dos seus filhos diz respeito, e de acordo com a informação obtida, metade dos pais tem a percepção de que o filho tem, pelo menos, um amigo, sendo que, inclusivamente, 30 % destes pais indicaram que as amizades dos filhos fazem parte do seu ciclo familiar, como por exemplo, os primos. Constata-se nos resultados obtidos que, segundo a percepção dos pais, apesar dos desafios que estas crianças enfrentam devido à

sua condição, muitas delas conseguem, ainda assim, estabelecer amizades, tanto no contexto escolar, como no contexto familiar. Percecionam, ainda, que, em relação às interações que os filhos têm com os seus amigos, 40% afirmam que os seus filhos jogam jogos tradicionais e *online*, o que sugere a existência da diversidade de atividades e brincadeiras. No entanto, é importante ressaltar que apenas um dos pais, percecionou a existência de atividades de natureza lúdica, o que pode ter implicações no desenvolvimento e desempenho escolar destas crianças (Oliveira, 2016). Ao articular esses resultados com a literatura existente, verifica-se que o desenvolvimento social das crianças com PHDA continua a ser uma área relevante e de significativa preocupação. Quando questionados relativamente à forma como percecionam que os filhos são tratados nas relações com os seus pares, 30% afirmam que estes são tratados de forma diferenciada, sendo alvos de estigma devido às características associadas ao PHDA. Estes relatos incluíam experiências de serem chamados de “deficientes” ou de terem dificuldades em seguir brincadeiras e acatar, o que resultava na exclusão e rejeição por parte das outras crianças, corroborando a literatura existente em que a manifestação dos sintomas de PDHA levam estas crianças a terem tendência a serem rejeitadas pelos seus pares, e, como tal, isoladas socialmente (Garcia, 2001, Barkley, 1998, Pelham & Bender, 1982, referido por Lopes, 2006).

Nos resultados obtidos, são evidentes, segundo a percepção dos pais, as dificuldades que estas crianças enfrentam academicamente, sobretudo na realização das suas tarefas escolares. 90% dos pais têm a percepção que os filhos têm dificuldades em seguir instruções e terminar as tarefas escolares, relatando problemas de concentração, dificuldades em planear e executar tarefas e excessiva agitação motora, o que está em concordância com os resultados existentes na literatura (Mazon et al., 2018). Em relação ao comportamento desafiante, os pais creem que isto ocorre sobretudo com pessoas do contexto familiar e escolar, pelo que estes resultados apontam para a tendência destas crianças em manter comportamentos do tipo desafiador e opositor, podendo causar impacto na dinâmica familiar e escolar (Cabrera, 2002). Constatou-se, ainda, nos resultados que 90% dos pais têm a percepção que os seus filhos apenas reclamam de não serem apreciados, de serem alvo de sentimentos de solidão e de indiferença em relação às outras crianças. Estes resultados evidenciam a importância de abordar os aspetos emocionais e sociais enfrentados por estas crianças, uma vez que estes sentimentos negativos podem afetar, significativamente, o seu bem-estar psicológico e o seu desenvolvimento (Veríssimo e Santos, 2008).

Neste sentido, é possível concluir que os resultados do presente estudo sugerem uma possível diminuição do estigma, embora ainda existam inúmeros desafios em alguns contextos. Metade dos pais percecionaram e relataram dificuldades em encontrar

cuidadores e destacaram a importância da aceitação do diagnóstico e do conhecimento mais aprofundado sobre a PHDA. Continuam a ser visíveis as dificuldades e os desafios existentes a nível emocional e social, enfatizando a importância de os pais, os professores e os cuidadores permanecerem atentos a sinais de isolamento e outros aspetos que possam ser indicadores de exclusão e mal-estar, que possam afetar o desenvolvimento destas crianças. No que concerne às relações com os pares, segundo a perceção dos pais, muitas crianças conseguem estabelecer amizades, mas algumas, ainda, enfrentam os desafios associados ao estigma e à exclusão, indicando a necessidade de se dar continuidade à investigação desenvolvida nesta área, com o intuito de potenciar a existência e aplicabilidade de medidas de inclusão, sobretudo em contexto educativo.

Desta forma, pode concluir-se que foi possível estabelecer uma maior compreensão dos diversos aspetos que o diagnóstico de uma doença crónica, mais propriamente o diagnóstico de perturbação de hiperatividade e défice de atenção, acarreta, sendo imperativo ressaltar-se a necessidade contínua de procurar combater o estigma e fornecer o devido suporte adequado às crianças e à sua família.

No entanto, importa referir algumas limitações do presente estudo, nomeadamente a sua natureza exploratória e com uma amostra reduzida, pelo que os resultados obtidos não são generalizáveis para outras dimensões populações clínicas. Além disso, a recolha de dados baseou-se nas perceções dos pais, o que pode introduzir vieses e subjetividade, dado que os pais podem ocultar ou adulterar as suas respostas conforme a imagem que querem trespassar sobre os seus filhos. A manifestação destes possíveis vieses será mais evidente conforme o quão reduzida for a amostra. Importa, ainda, ter em consideração que a recolha da amostra se deu num contexto regional.

Os resultados deste estudo sugerem a continuidade da investigação nesta área, tanto a nível qualitativo como quantitativo. A nível qualitativo, seria interessante abordar outros domínios de avaliação que não tenham sido contemplados neste estudo, ou, então, com outras amostras noutros contextos diferentes. A nível quantitativo e com amostras substancialmente maiores, será possível ter acesso ao nuclear desta área, isto é, sem grande interferência de certas especificidades, como a região, nível de educação, nível socioeconómico, entre outras. Independentemente da natureza qualitativa ou quantitativa, seria interessante averiguar se existem diferenças nas perceções dos pais de crianças portadoras de PHDA conforme a faixa etária destas. Essas abordagens mais aprofundadas e abrangentes contribuirão para uma compreensão mais holística das necessidades e desafio enfrentados pelos pais com filhos menores diagnosticados com PHDA, contribuindo, conseqüentemente, para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais específicas e eficientes. Desta forma, é recomendado que os estudo futuros se concentrem nestes aspetos diversos, primando pela utilização de metodologias

mais representativas a fim de tornar possível o enriquecimento do conhecimento científico nesta área.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, S., Fonseca, A., Pereira, M., Nazaré, B. & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão Portuguesa da Escala de Impacto Familiar (EIF). *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 173-187.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Second Edition, DSM-II). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition, DSM-III). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (Fourth Edition, DSM-IV). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5*. (5.ª Ed.). Climepsi Editores.
- Barkley, R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. Guilford.
- Barkley, R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Artmed.
- Barkley, R. (2007). *Attention-Deficit/Hyperactivity disorder: Nature, course, outcomes and comorbidity. Courses for Mental Health Professionals*. <http://www.russellbarkley.org/publications.htm#Scientific>.
- Bazeley, P., & Jackson, K. (2013). *Qualitative Data Analysis with NVivo* (2nd ed.). Sage Publications.
- Bener, A., Qahtani, R. AI, & Abdelaal, I. (2006). The prevalence of ADHD among primary school children in an Arabian society. *Journal of Attention Disorders*, 10(1), 77-82. doi:10.1177/1087054705284500.
- Cabrera, C.C.; Sponholz Junior, A. (2002) Ansiedade e insônia. Em N. J. Botega, *Práticas Psiquiátricas no Hospital Geral: interconsulta e emergência* (cap.17, pp.251 – 268). Artes Médicas.
- Calero Hervada, M. (2022). *TDAH. Tratamientos psicológicos alternativos a la medicación en TDAH*. [Trabajo de fin de grado, Universidad Pontificia de

- Comillas]. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/61264>.
- Davison, J. C., & Ford, D. Y. (2001). Perceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in one African American community. *The Journal of Negro Education*, 70(4), 264-273.
- Domingues, A. (2019). *O estigma no TDAH e a sua Pluriculturalidade: Uma Revisão Crítica*. Anais do V Congresso Internacional e XXV Brasileiro da ABENEPI. Galoá Anais e Proceedings. <https://proceedings.science/abenepi/abenepi-2019/trabalhos/o-estigma-no-tdah-e-sua-pluriculturalidade-uma-revisao-critica?lang=pt-br>
- DuPaul, G. J., & Jimerson, S. R. (2014). Assessing, understanding, and supporting students with ADHD at school: contemporary science, practice, and policy. *School Psychology Quarterly*, 29(4), 379-384. <https://doi.org/10.1037/spq0000104>.
- Faraone, S., Anderson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J., Ramos- Quiroga, J. A., Rohde, L., Sonuga Barker, E., Tannock, R. & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1. DOI:10.1038/nrdp.2015.20.
- Fernandes, A. (2001). Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 32, 91-98.
- Fonseca, C. (2017). *Influência de fatores sociofamiliares no desenvolvimento da Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção* [Dissertação de Mestrado em Medicina, Universidade do Porto] Repositório Aberto da Universidade do Porto ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://hdl.handle.net/10216/110177>
- Freitas, C. I. L. (2021). *Crenças sobre a doença em famílias com doença crónica pediátrica: Estudo preliminar da versão portuguesa do instrumento Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire* [Dissertação de Mestrado, ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto], Repositório Comum da ESEP Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/39549>
- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Editora McGraw-Hill Portugal.
- 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), 23591.
- Hoffmann, M. (1946). *Fidget PHIL*. Alfred A. Knopf.

- Jin, W., Du, Y., Zhong, X., & David, C. (2014). Prevalence and contributing factors to attention deficit hyperactivity disorder: A study of five-to fifteen-year-old children in Zhabei District, Shanghai. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(4), 397-404.. doi:10.1111/appy.12114.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. (2010) The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2(4), 241–55.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Quarteto.
- Lopes, R. A., Rutherford, R. B., Cruz, M. C., Mathur, S. R., Quinn, M. M. (2006). *Competências Sociais: aspectos comportamentais, emocionais e de aprendizagem*. Edições Psiquilibrios.
- Lopera, S. M. A., Quiroz, L. C. D., Betancur, V. G., Trespalacios, R. S. L., & Úsuga, Y. A. U. (2018). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) Diagnóstico-Estigma-Identidad: Estudio de Caso de un adolescente de 13 años. *Revista Electrónica Psyconex*, 10(16), 1-20.
- Malterud, K. (2001). A arte e a ciência do conhecimento clínico: Provas para além das medidas e dos números. *Lancet*, 358, 397-400.
- Mazon, L. M., Moro, A., Negrelli, M. H., Tombini, K., de Almeida Schmidt, T. C., Petreça, R. H., & Concatto, M. J. (2018). Percepção de pais e professores sobre crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Brazilian Applied Science Review*, 2(4), 1470-1485.
- Moura, O., Pereira, M., & Simões, M. (2020). *Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção - Diagnóstico, intervenção e desenvolvimento ao longo da vida*. Factor.
- Nascimento, L. S.; Steinbruch, F. K. (2019) “The interviews were transcribed”, but how? Reflections on management research. *RAUSP Management Journal*, 54 (4), 413-429. DOI: <https://doi.org/10.1108/RAUSP-05-2019-0092>.
- Neto, M. R. (2010). *TDAH. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida*. Artmed.
- Neto, A. & Equipa de Neurodesenvolvimento do Hospital CUF Descobertas. (2014). *Hiperatividade e Défice de Atenção – As respostas que pais e professores procuram* (3.ª Edição). Verso da Kapa.
- Neto, C. I. S. V. (2016). *Viver com perturbação de hiperatividade e défice de atenção: um estudo de caso* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti]. Repositório ESEPF. <http://hdl.handle.net/20.500.11796/2294>.

- Oliveira, L., Medeiros, M., & Serrano, A. (2017). PHDA: Afinal, qual a sua origem? Uma revisão dos fatores etiológicos. *Revista Portuguesa De Pedagogia*, 51(1), 43-61. https://doi.org/10.14195/1647-8614_51-1_3.
- Oliveira, L. C. M. (2016). A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA): Do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico. [Tese de Doutoramento, Instituto de Educação da Universidade do Minho]. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/1822/48671>.
- Pardilhão C, Marques M, Marques C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperatividade com défice de atenção: Diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral*, 25(5) 592-599. DOI: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10677>
- Parker, H. (2003). *Desordem por Déficit de Atenção e Hiperactividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Porto Editora.
- Parker, H. C. (2003). *Desordem por défice de atenção e hiperatividade*. Porto Editora.
- Parker, H. (2011). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade*. Porto Editora.
- Paulino, D. V. A. D. F. (2017). *Família e Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção-Doença Genética?* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. ESTUDO GERAL Repositório científico da UC. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/81939/1/Diogo%20Paulino%20-%20Tese%20PHDA.pdf>
- Qiu, M., Ye, Z., Li, Q., Liu, G., Xie, B., & Wang, J. (2011). Changes of brain structure and function in ADHD children. *Brain Topography*, 24(3-4), 243-252. doi: 10.1007/s10548-010-0168-4.
- Reed, G. M., First, M.B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W, et al. (2019) Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 18(1), 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611
- Rei, M. (2012). *Relacionamentos com crianças com hiperatividade: um estudo em contexto de sala de aula inclusiva* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Institucional. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/14946>
- Rodrigues, A., & Antunes, N. L. (2014). *Mais forte do que eu*. Lua de Papel.
- Roman T, Schmitz M, Polanczyk G, Hutz M. (2003). Etiologia. Em L. A. Rohde & P. Mattos (Eds). *Princípios e Práticas em TDAH* (p. 35-52). Artes Médicas.
- Silva, M. (2008). *Gestão das Aprendizagens na Sala de Aula Inclusiva*. Edições Universitárias Lusófonas.

- Silva, M. A. C., & Monteiro, D. H. (2020). Entre as normalidades e as anormalidades: Os possíveis estigmas atribuídos aos estudantes considerados portadores do TDAH, nas escolas municipais do Rio de Janeiro. *Educação, Sociedade & Culturas*, 57, 145-163.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE Publicaions, Inc.
- Tannock R. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *J Child Psychol Psychiat.*, 39, 65-99.
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R. & Stergiakouli, E. (2012) What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Arch. Dis. Child.* 97, 260–265.
- Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. (2015). Prevalence of attentiondeficit/hyperactivity disorder: a systematic review and metaanalysis. *Pediatrics*, 135 (4), e994-1001. DOI: 10.1542/peds.2014-3482.
- Valido, R. T. (2016). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/7957>
- Veríssimo, M., & Santos, A. J. (2008). Desenvolvimento social: Algumas considerações teóricas. *Análise Psicológica*, 3(XXVI), 389 – 394.
- Xavier, R. J. C. (2016). *A violência Escolar e a sua relação com diferentes Psicopatologias*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10282/5437>

Anexos

Anexo A

Protocolo da Entrevista

Protocolo de Entrevista Semiestruturada

Estigma, relação de pares e desempenho escolar, percecionado pelos cuidadores de crianças com Perturbação de Défice de Atenção e Impulsividade.

A presente investigação tem como objetivo principal avaliar a perceção dos cuidadores de crianças com PDAH em relação ao estigma, com outras variáveis dependentes como as relações de pares, o desempenho escolar, e com variáveis sociodemográficas como, o sexo, a idade, o grau de parentesco com a criança, as habilitações literárias, o tipo de família e o estatuto sócio económico. Para preencher este questionário deverá ser cuidador de uma criança com Perturbação de Défice de Atenção e Impulsividade, com uma idade compreendida entre os cinco anos e os doze.

A sua participação irá contribuir para o estudo do tema, pelo que a sua participação é para mim é muito importante. Esta recolha de dados será feita em cooperação com o Centro de Desenvolvimento Infanto-Juvenil dos Açores. Asseguro que os seus dados pessoais, como as conclusões obtidas durante a investigação, são apenas utilizados para efeitos de investigação, que é de âmbito estritamente académico, são confidenciais e estão ao abrigo do direito ao sigilo. Apesar do anonimato e confidencialidade, informamos que poderá desistir da participação a qualquer altura da investigação, sem que isso comporte qualquer prejuízo para si. Ouça com atenção todas as questões e procure responder com honestidade.

|| Declaração de Consentimento Informado

|| Declaro que me foram dados todos os esclarecimentos relativos à investigação e que é de minha livre e espontânea vontade que aceito participar na investigação e que a entrevista seja gravada em formato de áudio.

Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior

Orientador da Dissertação,

Professor Doutor Manuel Joaquim Loureiro

Responsável pela Investigação,

Beatriz de Fátima Cordeiro Ambrósio (M11782)

Instrumento

1ª Parte: Caracterização Sócio Demográfica

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Idade: _____

Grau de parentesco com a criança: _____

Habilitações Literárias:

- 1º Ciclo (1ª à 4ª classe)
- 2º Ciclo (5º e 6º ano)
- 3º Ciclo (7º ao 9º ano)
- Ensino Secundário (12º Ano)
- Bacharelato ou Licenciatura Mestrado ou Doutoramento

Tipo de Família:

- Família Nuclear
- Família Extensa
- Família Reconstituída
- Família Homossexual
- 5
- Outra: _____

Nível Sócio económico:

- Alto
- Médio-alto
- Médio
- Médio- baixo
- 13

2ª Parte: Entrevista Semiestruturada

1. As pessoas na vizinhança tratam-nos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?
2. É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?
3. Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?
4. Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de for “especial” ou como uma criança normal?
5. O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?
6. o que eles costumam fazer quando estão juntos?
7. há quanto tempo eles são amigos?
8. O seu filho tem outras amizades?
9. Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?
10. Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?
11. Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos
12. Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”

Anexo B

Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



Comissão de Ética
Universidade do Beiro Interior

comissaoeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2023-016-ID1621

Na sua reunião de 21 de março de 2023, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**Estigma, relação de pares e desempenho escolar percecionado pelos cuidadores de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)**", do proponente **Manuel Joaquim da Silva Loureiro**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2023-016.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser **aprovado**.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **AMÉLIA MARIA MONTEIRO
FERNANDES NUNES**
Num. de identificação: 81103417840
Data: 2023.03.20 09:59:07+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)

Anexo C
Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, Beatriz de Fátima Cordeiro Ambrósio, estou a realizar a minha dissertação de mestrado em psicologia clínica e da saúde, intitulada "*Estigma, relação de pares e desempenho escolar, percecionado pelos cuidadores de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*", sob orientação do Professor Drº Manuel Loureiro, da Universidade da Beira Interior. Cuyo objetivo é avaliar a percepção dos cuidadores de crianças com PHDA em relação ao estigma, relações de pares e desempenho escolar. Deste modo, vimos por este meio, pedir o seu consentimento para participar no nosso estudo, respondendo a um conjunto de questões. A sua participação irá contribuir para o estudo do tema, pelo que a sua participação é para mim é muito importante. Esta recolha de dados será feita em cooperação com o Centro de Desenvolvimento Infanto Juvenil dos Açores. Asseguro que os seus dados pessoais, como as conclusões obtidas durante a investigação, são apenas utilizados para efeitos de investigação, que é de âmbito estritamente académico, são confidenciais e estão ao abrigo do direito ao sigilo. Apesar do anonimato e confidencialidade, informamos que poderá desistir da participação a qualquer altura da investigação, sem que isso comporte qualquer prejuízo para si. Ouça com atenção todas as questões e procure responder com honestidade.

Em caso de dúvida ou esclarecimento por favor contacte: 915826707

Aceito participar na investigação e estou de acordo com a gravação desta entrevista em formato de áudio.

Orientador da Dissertação,


Coordenadora do CDJA,

Assinado por: MANUEL JOAQUIM DA SILVA
LOUREIRO
Num. de identificação: 05091139
Data: 2023.01.12 18:27:13+0000

Responsável pela investigação,



Ponte Delgada, 10 dezembro de 2023

Anexo D

Transcrição das Entrevistas Realizadas

Tabela 1

Entrevista N^o1

Questão	Resposta
As pessoas na vizinhança tratam-vos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?	Não, não!
É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?	Não!
Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?	Não!
Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal?	Igual às outras crianças.
O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?	Sim, a Ariel e as irmãs.
O que eles costumam fazer quando estão juntos?	Sim, brincar com os brinquedos... Ela tem o tablet e ele tem o telemóvel... O meu filho é que vai mais para a casa dela e de vez em quando ela vem para a minha também. Brincadeira a correr, no recreio a apanhar um ao outro.
Há quanto tempo eles são amigos?	Desde que abriu a escola, desde setembro.
O seu filho tem outras amizades?	Acho que sim, tem. O Mateus, o Gaspar...
Sente que o seu filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características?	O que eu sei e o que eu vejo, não. Mas quando eles estão sozinhos eu não sei. Ele nunca relatou nada
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?	Não, ele é muito ativo. Pega nas coisas antes de a professora explicar. <u>E em casa?</u> Sim, ele pega e faz.
Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?	Ele distrai-se sim. <u>Mexe muito o corpo?</u> Sim. Barulhos que ele faz, mexe-se muito.

Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?	Sim, em casa e na escola também com o professor. Finge que não houve e não obedece às ordens.
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”?	Não, ele tem as irmãs. Não, sente falta de amor, acho que não, pelo aquilo que vejo, tudo normal. No princípio na pré, quando ele estava na pré, que ninguém queria brincar com ele. Mas ele agora tem os amiguinhos, mais próximos que brincam. As irmãs interagem muito bem com ele.
Dados Sócio Demográficos	Feminino 35 anos Mãe 3ª Ciclo (7º ao 9ºano) Família Monoparental Nível sócio económico – médio

Tabela 2

Entrevista N°2

Questão	Resposta
As pessoas na vizinhança tratam-vos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?	Não, exatamente igual.
É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?	Às vezes, se a gente... Não conhecemos bem a pessoa, mas neste momento, é só a minha mãe que consegue ficar com ele e não sempre.
Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?	Não
Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal?	Não... Exatamente igual.
O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?	Sim, tem tipo um irmão mais... Que está com ele desde os nove meses, ele já tem seis anos. Por isso, já vai a caminho de cinco anos e tal de amizade.
O que eles costumam fazer quando estão juntos?	Jogar futebol, jogos, às escondidas e fazer mal um ao outro (lutas). Isso é as brincadeiras deles
Há quanto tempo eles são amigos?	Desde os nove meses.

O seu filho tem outras amizades?	Tem sim senhora! Como por exemplo, o Santiago, o Salvador e mais alguns que eu me recordo o nome.
Sente que o seu filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características?	Não, exatamente igual.
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?	Sim, 60% das vezes. Ele distrai-se muito, distrai-se um bocadinho, falta de concentração. E ele é muito ansioso... Ele não pensa antes de agir.
Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?	Sim, muita! A falta de atenção, ele quando diz que não quer fazer, não faz! Ele aborrece-se num instante... é mesmo falta de concentração e é agir mesmo antes de fazer os trabalhos e isso tudo
Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?	Sim, muitas vezes. Principalmente, 60% das vezes... Ele desafia, um bocadinho a mãe. Ambos, quando ele desafia nós repreendemos, principalmente eu. Ele vai queixar-se à mãe que eu repreendi e vice-versa. Tende a obedecer ao que a avó diz.
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”?	Sente-se sozinho algumas vezes, porque nós trabalhámos na restauração e é um pouco difícil. Um faz noites e o outro, manhãs e é um bocadinho difícil dar aquela atenção, a 100%. Gostaria de dar mais, mas também não consigo. Ele já disse que se sente pouco amado, mas eu já lhe expliquei. Quando temos mais tempo livre, a gente brinca, faz mais brincadeiras. Temos as tarefas de casa exaustivos e é difícil, mas tentámos dar sempre atenção. Às vezes, o amiguinho dele o Simão diz que não gosta dele, mas eu acho que aquilo é brincadeira, porque eles estão zangados agora e daqui a cinco minutos, estão amigos outra vez. Mas às vezes, fica magoado e faz queixas, que o amigo fez assim ... Ele não gostou. De vez enquanto, quando estão zangados ele é posto de parte e vice-versa.
Dados Sócio Demográficos	Masculino 37 Pai Ensino Secundário 12 ^o ano Família Nuclear Nível Socioeconómico: Médio – Baixo

Tabela 3

Entrevista N^o3

Questão	Resposta
As pessoas na vizinhança tratam-vos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?	Não
É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?	Não
Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?	Não
Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal?	Como todas as crianças
O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?	Primo
O que eles costumam fazer quando estão juntos?	Brincar à bola e playStation, as duas coisas
Há quanto tempo eles são amigos?	Desde a infância
O seu filho tem outras amizades?	Os meninos do futebol, também tem na escola. Miguel e o Afonso e na escola o Miguel e o primo.
Sente que o seu filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características?	Não
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?	Sim, tem. Concentração, não consegue fazer os seus trabalhos de casa, fica um bocadinho agitado, desorientados e para o final do dia então, ainda fica pior.
Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?	Tem dificuldade, tem, mas pronto com a medicação, como ele toma, ainda consegue equilibrar. Mas sem a medicação, não consegue. Ele é uma criança um bocadinho ansiosa.
Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?	Às vezes, isso mais para o final do adia, a medicação consegue controlar, ele consegue acatar as ordens, mas para o final do dia quando a medicação deixa de fazer efeito, ele já começa um bocado teimoso, tipo querer dar a volta às conversas. Sou eu a pessoa que ele mais desafia.
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”?	Antes de eu saber que ele era hiperativo, ele dizia essas conversas, mas depois. No princípio ninguém gostava dele, chamavam à atenção, ele não se conseguia concentrar e nas revoltas dele, ele dizia era isso. Mas depois quando foi detetado que ele era hiperatividade, começou a ser acompanhado, medicação e agora ele já fica normal.
Dados Sócio Demográficos	Feminino
	39

Mãe
3º ciclo
Família Monoparental
Nível Socioeconómico: Médio

Tabela 4

Entrevista N°4

Questão	Resposta
As pessoas na vizinhança tratam-vos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?	Às vezes.
É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?	Não porque ele dá-se com toda a gente.
Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?	Não.
Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal?	Sim, já questionei. Como as outras crianças, mas às vezes não. Sim, já senti na escola.
O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?	Tem, uma menina da sala dele... Ai, agora não lembro-me o nome.
O que eles costumam fazer quando estão juntos?	Ele gosta muito de jogar à bola com ela. Ela é tipo aquelas meninas que diz que são os “mané rapazes”, estão sempre a brincar à bola e aos beyblade (pião). Está na moda outra vez agora e ele gosta de brincar com ela com isso.
Há quanto tempo eles são amigos?	Há quatro anos.
O seu filho tem outras amizades?	Sim os meninos da escola, ele dá-se bem com toda a gente.
Sente que o seu filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características?	Sim, já aconteceu quando o Bernardo teve que tomar medicação. O Bernardo já fez o primeiro ano, duas vezes e a primeira vez que ele fez o primeiro ano, tinha que tomar medicação na hora de almoço, gozavam com ele. “és deficiente, por isso tomas a medicações”. Agora já é melhor, mesmo a professora agora é mais compreensiva do que a outra.
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?	Tem, por isso ele toma a medicação para ajudá-lo a concentrar e isso.

Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?	Tem, ele distrai-se muito fácil, ele tem que de estar sempre mexendo, tem várias coisas.
Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?	Sim, eu e agora a auxiliar (educativa) hoje de manhã reclamou que ele ontem, levantou a voz com ela e depois ele, o Bernardo tem muito a mania de dizer “tu não mandas”, “não quero saber”.
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”?	Sim, lá de vez em quando ele sai-se com essas, “ninguém gosta de mim”, ele tem uma irmã com três anos e ele sente muitos ciúmes, também dela agora. Com a separação do pai pior ainda.
Dados Sócio Demográficos	Feminino Idade: 40 Mãe Ensino Secundário 12 ^o ano Família Nuclear Nível Socioeconómico: Médio

Tabela 5

Entrevista N^o5

Questão	Resposta
As pessoas na vizinhança tratam-vos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?	Não
É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?	Claro que sim, tendo em conta que o Miguel é uma criança que está sempre a mexer-se e com baixa autoestima, não é qualquer pessoa que consegue lidar com o Miguel.
Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?	Não, ainda não, não nos causa nenhum problema.
Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal?	Como uma criança normal

O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?	Sim, é um colega da turma dele estão juntos desde a pré, estão no mesmo futebol e é o Lourenço.
O que eles costumam fazer quando estão juntos?	Ele joga muito futebol, gostam muito de jogar futebol, cartas. PlayStation, não muito porque o Lourenço mora desviado.
Há quanto tempo eles são amigos?	Desde a pré (jardim de infância).
O seu filho tem outras amizades?	Que ele fale tem os amiguinhos na escola, mas nada assim de grande proximidade
Sente que o seu filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características?	Não
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?	Sim
Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?	Sim, o Miguel nunca se concentra até ao fim, pode começar concentrado, mas depois ele vai À lua, vê qualquer coisa e distrai-se com muita facilidade.
Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?	Sim.
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”?	Sim, antes de fazer as terapias dizia que se sentia sozinho, que não tinha muitos amigos, que ninguém gostava dele. Nos últimos tempos quanto ao comportamento dele, está melhorando e não fala tanto neste assunto.
Dados Sócio Demográficos	Feminino Idade: 29 Mãe Ensino Secundário (12ºano) Família Monoparental Nível Socio económico: Médio

Tabela 6

Entrevista N°6

Questão	Resposta
As pessoas na vizinhança tratam-vos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?	Não senhora!
É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?	Eu tenho pessoas de confiança, a minha família é de confiança para tomar e tenho uma vizinha que se eu a deixar, também é muito de confiança.
Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?	Não, não sempre juntinhos que a gente estamos...
Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal?	Não, igual a todas as crianças
O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?	A prima e os colegas da escola, ela dá-se muito bem com os colegas só que quando os colegas dizem para ela dar uma coisa, eles dizem que já não são amigos dela e ela fica revoltada, mas depois ela vai. (voltam a ser amigos)
O que eles costumam fazer quando estão juntos?	Brincar às escolas e aos tik toks, essas coisas de criança.
Há quanto tempo eles são amigos?	Desde nascença, ela tem a mesma idade, nasceram juntas e criaram-se juntas.
O seu filho tem outras amizades?	O meu sobrinho mais velho e a namorado.
Sente que o seu filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características?	Não, é só às vezes quando os colegas querem alguma coisa e ela não dá, eles dão pancadaria dela, chamam-lhe nomes e isso.
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?	Tem sim senhora, ela tem muita ansiedade, além dela ter esses problemas todos ela é muito ansiosa.
Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?	Sim senhora, tem que ter o comprimido se não ela não sossegada na sala.

Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?	Às vezes, mas depois ela vai a si... Eu digo, não e depois ela quebra e faz aquilo que eu mando.
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”?	Se a gente briga com ela, ela diz que a gente não gosta dela.... “ninguém gosta de mim, já sei “.
Dados Sócio Demográficos	Feminino Idade: 43 Mãe 3 ^a ciclo (9 ^o ano) Família Reconstituída Nível Socioeconómico: Baixo

Tabela 7

Entrevista N^o7

Questão	Resposta
As pessoas na vizinhança tratam-vos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?	Não, não.
É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?	Sim, nunca deixo.
Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?	Agora não tanto, mas no início sim, devido á nossa própria aceitação.
Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal?	Normal.
O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?	Tem uma menina que é a Leonor, que está com ele desde a creche. Hum, e têm sido basicamente esta menina.
O que eles costumam fazer quando estão juntos?	Eles costumam estudar juntos e depois brincam jogos de tabuleiro ou então playStation, tablets e Minecraft.
Há quanto tempo eles são amigos?	Desde a creche, desde um ano.

O seu filho tem outras amizades?	Nem por isso... Nem por isso, ele é amigo de quase todos na escola, mas é mesmo na escola.
Sente que o seu filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características?	Ele não se queixa, eu também não noto.
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?	Sim, ele reclama sempre. O problema dele é no português, porque ele tinha ali um défice de consciência fonológica, que, entretanto, está encaminhado. E ele agora já não tem tanta resistência em, mas inicialmente era uma coisa séria.
Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?	Sim, ele não faz nada do principio ao fim, sem que a gente tenha que estar chamando à atenção. Ele por exemplo, é medicado com “Ritalina”, mas até o medicamento fazer efeito de manhã é um martírio: “Rafael veste-te”, “Rafael calça-te”, “Rafael lava os dentes”, “Rafael come”. E ele para e começa, é um stress.
Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?	Por vezes, se bem que ele também já tem noção que não vale a pena. Nos dias que ele está mais teimoso ou cansado, ele ainda tenta, mas ele já sabe que não vale a pena.
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”?	Não, não sinto isso.
Dados Sócio Demográficos	Feminino Idade: 45 Mãe Ensino Secundário (12º ano) Família Nuclear Nível Socioeconómico: Médio - Baixo

Tabela 8

Entrevista N°8

Questão	Resposta
As pessoas na vizinhança tratam-vos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?	Não
É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?	Não

Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?	Não
Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal?	Em contexto escolar, sim de “forma espacial”.
O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?	Sim, tem colegas. Pelo menos dois da sala
O que eles costumam fazer quando estão juntos?	Brincar no recreio, essencialmente às apanhadas, ao futebol, por acaso o futebol é o que ele mais gosta.
Há quanto tempo eles são amigos?	Desde a pré (jardim de infância), portanto já faz pelo menos três, quatro anos...
O seu filho tem outras amizades?	Não.
Sente que o seu filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características?	Que eu saiba não, mas na escola eu não sei.
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?	Sim.
Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?	Sim.
Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?	Não.
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”?	Sim, aqui tem muito a ver com a insegurança dele, ele já sabe que é diferente. Ele sente-se diferente, pelas dificuldades que depois tem a nível escolar e acaba por muitas vezes sentir-se inferiorizado comparado com as outras crianças, relata os sentimentos de forma mais negativa.
Dados Sócio Demográficos	Feminino Idade: 36 Mãe Bacharelato ou Licenciatura Mestrado ou Doutoramento Família Monoparental Nível Socioeconómico: Médio - Baixo

Tabela 9

Entrevista N^o9

Questão	Resposta
As pessoas na vizinhança tratam-vos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?	Não..
É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?	Um bocadinho, normalmente ela fica é mesmo a avó, que é a única pessoa, que pronto eu tenho confiança, para ficar com ela.
Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?	Não.
Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal?	Às vezes sim, porque é assim ela na escola tem apoio, mas às vezes, sinto que coisas que ela me conta. Às vezes no recreio, que vejo que ela é muito... Como é que eu vou explicar... Tratam-lhe de forma diferente das outras crianças.
O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?	Sim, ela tem duas. Tem uma prima que também está na sala dela e uma outra amiguinha, lá da turma dela também.
O que eles costumam fazer quando estão juntos?	É assim, elas costumam brincar, pelo menos é o que ela diz que elas brincam. Agora as coisas já estão mais calmas, porque antes a minha filha queria mandar em tudo, queria ser sempre ela. Acho que agora ela também já aprendeu que as outras brincam. Às vezes, elas costumam a levar bonecas de casa, essas coisas assim que elas brincam.
Há quanto tempo eles são amigos?	É desde o infantário.
O seu filho tem outras amizades?	Sim, ela também tem outras... pronto ela também não é assim de sair muito, mas pronto tem as primas, uma outra miúda que vive ao pé da casa da minha mãe.
Sente que o seu filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características?	Pois, é como eu já disse teve essa fase que elas não queriam brincar com ela, porque ela é que queria mandar nas brincadeiras, mas eu acho que agora já está melhor.
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?	Muito
Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?	Tem, porque se ela está fazendo uma coisa, ela está fazendo aquilo, mas está sempre a ver á roda, o barulho, o que é que está tocando, o que é que o irmão está fazendo.

Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?	Sim, mais a mãe.
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”?	Muitas vezes, que principalmente eu que não gosto dela, que gosto do irmã que ela tem mais pequeno de dois anos.
Dados Sócio Demográficos	Feminino Idade: 39 Mãe 3º Ciclo (7º ao 9º ano) Família Nuclear Nível Socio económico: Médio - Baixo

Tabela 10

Entrevista N^o10

Questão	Resposta
As pessoas na vizinhança tratam-vos de forma particular devido ao problema de saúde do seu filho?	Não, porque muitas nem se apercebem que ele tem esse problema de saúde.
É difícil encontrar uma pessoa de confiança para cuidar do seu filho?	Ele como está na escola e no OTL, não é necessária pessoa assim, para ficar com ele de confiança.
Estão menos vezes com a família e com os amigos devido ao problema de saúde do seu filho?	Não, a gente saí na mesma, o normal.
Por vezes, questiona-se se o seu filho deveria ser tratado de forma “especial” ou como uma criança normal?	Não, ele deve ser tratado como as outras crianças todas, mas só que a nível escolar, de aprendizagem ele tem que ter mais atenção com ele.
O seu filho tem algum colega com quem gosta de estar? Quem é?	Ele gosta muito de estar com a irmã, diz que o melhor amigo é a irmã.
O que eles costumam fazer quando estão juntos?	Ele e a irmã brincam a tudo, brincam à bola, jogos...
Há quanto tempo eles são amigos?	Desde que a irmã nasceu, a irmã tem nove.
O seu filho tem outras amizades?	Tem um ou outro amiguinho, o Pedro mas muito pouco.

Sente que o seu filho é tratado de forma diferente pelas outras crianças devido às suas características?	Às vezes, porque ele não sabe brincar, esquece como se brinca, as brincadeiras, as regras.
Tem dificuldade em seguir as instruções e em terminar os trabalhos escolares?	Sim, ele tem que ter sempre ajuda, tenho que estar sempre em cima que ele se distrai, fica a meio.
Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades?	Sim, sim.
Desafia abertamente ou recusa-se a cumprir as ordens ou regras dos adultos?	Principalmente as minhas, como ele está muito tempo comigo ele custa a obedecer, mas ao pai ele obedece.
Sente-se sozinho/a, indesejado/a ou pouco amado/a; reclama que “ninguém gosta dele/a”?	Ele reclama, porque ele diz que eu gosto mais da irmã do que gosto dele.
Dados Sócio Demográficos	Feminino Idade: 33 Mãe Ensino Secundário (12ºano) Família Nuclear Nível Socioeconómico: Médio