



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE EDUCAÇÃO
E CIÊNCIAS SOCIAIS

Hábitos e Rotinas na Perturbação da Hiperatividade/ Défice de Atenção: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Relatório de Projeto

Dina Bela de Jesus Dias Alves

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Isabel Pinto Simões Dias
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais/ Politécnico de Leiria

Leiria, novembro de 2021

Mestrado de Educação especial- Domínio Cognitivo Motor
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

Agradecimentos

Agradeço ao Francisco Aguiar e à Suzy Bela, pelos diferentes tipos de apoio, descobertas e informações tecnológicas; aos meus filhos, Maria Miguel e Francisco Guilherme, por terem tido menos tempo comigo, à amiga Sara Olival, por todas as partilhas e confidências, e à Professora Doutora Maria Isabel Pinto Simões Dias, pela orientação e ajuda preciosas.

“A palavra progresso não terá qualquer sentido enquanto houver crianças infelizes.”

(Albert Einstein)

RESUMO

O presente trabalho surge no âmbito do Mestrado em Educação Especial – domínio cognitivo-motor (IPL/ESECS) e visa estudar a importância dos hábitos e das rotinas para as crianças com Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). Seguindo a lógica de uma revisão sistemática de literatura, recorreu-se à pesquisa e análise de estudos realizados com crianças com PHDA, com idades entre os 6 e os 16 anos, publicados na B-On, entre 2016 e 2021, de acesso livre e em três línguas (português de Portugal, português do Brasil, espanhol e inglês). Após o processo previsto pelo fluxograma PRISMA (Galvão, Pansani & Harrad, 2015), 1269 artigos foram identificados e, destes, 3 preencheram os critérios de inclusão no estudo. Dois avaliadores analisaram a qualidade dos artigos seguindo a proposta de Apóstolo (2017). A análise descritiva dos resultados mostrou que i) crianças com PHDA que vivem em contextos familiares com rotinas regulares, experimentarão menos ansiedade e terão um comportamento mais adaptativo do que crianças que vivem em famílias com rotinas irregulares; ii) os padrões e os hábitos podem ser associados ao agravamento ou à atenuação dos sintomas das crianças com PHDA e iii) as crianças com PHDA têm hábitos de vida diferentes das crianças com desenvolvimento típico (por exemplo, precisam de mais tempo para estudar e dormem menos horas por noite). Estas evidências reforçam a ideia de que intervenções implementadas nas rotinas das crianças poderão ser muito promissoras na resolução de problemas académicos e comportamentais relacionados com a PHDA. Face a estes resultados, considera-se que o estudo dos hábitos e das rotinas na PHDA será uma auspiciosa área de investigação no âmbito da Educação Inclusiva.

Palavras-chave: PHDA, hábitos, rotinas, crianças

ABSTRACT

The present work arises in the scope of the Master's degree in Special Education - cognitive-motor domain (IPL/ESECS) and aims at the importance of habits and routines for children with Hyperactivity Disorder/Attention Deficit (PHDA). Following the logic of a systematic review of the literature, we used the research and analysis of studies conducted with children with ADHD, aged between 6 and 16 years, published in b-on, between 2016 and 2021, free access and in three languages (Portuguese portugal, Portuguese, Brazilian, Spanish and English). After the process predicted by the PRISMA flowchart (Galvão, Pansani & Harrad, 2015), 1269 articles were identified and, of these, 3 met the inclusion criteria in the study. Two evaluators analyzed the quality of the article following the Apostle's proposal (2017). Descriptive analysis of the results showed that i) children with ADHD who live in family contexts with regular routines, will have less anxiety and will have a more adaptable behavior than children living in families with irregular routines; ii) patterns and habits may be associated with worsening or attenuation of symptoms in children with ADHD and iii) children with ADHD have different lifestyle habits from children with typical development (e.g., need more time to study and fewer hours per night). This evidence reinforces the idea that interventions implemented in children's routine sprees can be very promising in solving academic and behavioral problems related to phda. In view of these results, it is considered that the study of habits and routines in the PHDA will be an auspicious area of research in the field of Inclusive Education.

Keywords: PHDA, habits, routines, children

Lista de Siglas, Tabelas e Figuras

Lista de Siglas

- ADHD**- Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
- B-ON**-Biblioteca do Conhecimento Online
- CID**-Classificação Internacional de Doenças
- DMN**-Rede de Modo Padrão
- DSM**- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- fMRI**-Ressonância Magnética Funcional
- ICT**-Intervenção de Conversação Terapêutica
- LCM**-Lesão Cerebral Mínima
- PA**-Perturbação da Ansiedade
- PC**-Perturbação do Comportamento
- PD**-Perturbação Depressiva
- PDO**-Perturbação Desafiante de Oposição
- PHDA**-Perturbação de hiperatividade/défice da atenção
- PICO**-População, Intervenção, Comparação, Out comes (resultados)
- PRISMA**- Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises
- RSL**-Revisão Sistemática da Literatura
- TD**- Desenvolvimento Típico
- TDAAH**- Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad
- THDA**- Transtorno de Hiperatividade/Défice de Atenção

Tabelas e Imagens

Tabela 1: Descritores e operadores booleanos da pesquisa

Tabela 2: Análise dos artigos ao nível da metodologia, dos objetivos, dos participantes, dos instrumentos de recolha de dados e dos principais resultados

Imagem 1: Fluxo da informação com as diferentes fases de uma revisão sistemática

Imagem 2: Fluxograma da seleção de estudos

Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Lista de Siglas, Tabelas e Figuras	v
Introdução.....	1
Capítulo I – Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção.....	2
1.1. Etiologia e Diagnóstico.....	2
1.1.1. Comorbilidades.....	6
1.2. Intervenção	7
1.2.1. A criança com PHDA na escola.....	8
1.2.2. Trabalhar com os pais de crianças com PHDA.....	11
1.2.3. Diagnóstico e intervenção precoces	13
Capítulo II – Hábitos e rotinas na educação	14
2.1. Hábitos e rotinas: procura de uma concetualização.....	14
2.2. Hábitos e PHDA.....	18
2.2.1. Hábitos de sono.....	18
2.2.2 Hábitos alimentares	19
2.2.3. Hábitos de estudo	19
2.2.4. Hábitos desportivos	20
2.3. Hábitos e promoção do sucesso escolar de crianças com PHDA.....	21
Capítulo III – Metodologia.....	23
3.1. Questão de investigação e objetivos.....	23
3.2. Revisão Sistemática da Literatura.....	23
3.3. Procedimento.....	24
3.4. Estratégia de pesquisa.....	25
3.5. Avaliação da Qualidade dos Artigos	27
3.6. Apresentação descritiva dos resultados.....	29
3.7. Discussão dos resultados	38
3.8. Limitações e recomendações para novos estudos	40
Conclusão.....	41
Bibliografia	43
Anexos	54

Introdução

Este trabalho surgiu no âmbito do Mestrado em Educação Especial – domínio cognitivo-motor (PL/ESECS) no ano letivo 2020/2021, e procurou estudar a importância dos hábitos e das rotinas para as crianças com Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). Assumindo a rotina como um desafio para alcançar uma meta, e o hábito como um fator de suma importância para a segurança e equilíbrio das crianças com PH/DA, estudámos os hábitos de sono, de alimentação, de atividade físico-desportiva e de estudo, enquanto pilares do desenvolvimento harmonioso das crianças com PHDA.

Embora autores como Peppers, Eisbach, Atkins, Poole e Derouin (2016), Bajwa, Gujjar, Shaheen e Ramzan (2011) ou Covey (2009), abordem esta temática, ambicionámos:

- i) Aprofundar conhecimentos no âmbito da PHDA e das rotinas e dos hábitos em contexto de Educação Especial;
- ii) Identificar artigos primários que relacionem rotinas e hábitos com a PHDA;
- iii) Refletir sobre a importância das rotinas e dos hábitos para as crianças com PHDA.

Para responder a estes objetivos, desenvolvemos um estudo que seguiu a lógica da Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e as diretrizes PRISMA (Galvão, Pansani & Harrad, 2015).

Assim, este trabalho está organizado em 3 capítulos. No primeiro apresenta-se a PHDA à luz dos conhecimentos atuais e da construção do seu entendimento concetual; abordam-se as comorbilidades associadas a esta perturbação e possibilidades de diagnóstico e de intervenção (com as crianças, pais e/ou familiares).

O segundo capítulo, centra-se na procura de concetualização de hábitos e rotinas, identificando tipos de hábitos que poderão contribuir para o desenvolvimento harmonioso de crianças com PHDA.

Por último, o terceiro capítulo, apresenta o estudo desenvolvido. Revela a Revisão Sistemática da Literatura como metodologia adotada, e evidencia o percurso investigativo desenvolvido (questão de partida, objetivos, procedimento, estratégia de pesquisa, avaliação da qualidade dos artigos, apresentação descritiva dos resultados, discussão dos resultados e limitações e recomendações para novos estudos).

Capítulo I – Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção

Neste capítulo apresenta-se a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). No ponto 1 reflete-se acerca a sua etiologia e diagnóstico e, no ponto 2, discutem-se propostas de intervenção.

1.1. Etiologia e Diagnóstico

A Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) não é uma problemática recente, embora a sua descrição tenha sido alterada e atualizada nas últimas décadas. Conforme Cypel (2007), não é fácil determinar com precisão uma data para a descrição, em termos de literatura, desta perturbação. O estudo de Benczik (2000), situa a sua origem na Grécia antiga, destacando um médico grego, Galen, que receitava ópio para a impaciência e inquietude das crianças. George Still e Alfred Tredgold apresentaram, em 1902, a PHDA numa série de palestras de forma rigorosa. De acordo com Neto (2014, p. 22), George Still falou de crianças violentas, que revelavam “inibição à sua própria vontade, tinham dificuldades de seguir regras, eram desatentas, hiperativas, propensas a acidentes e ameaçadoras a outras crianças devido a atitudes hostis”.

No entanto, Barkley (2008) refere que já em 1865, o médico Heinrich Hoffman, fazia referência aos problemas comportamentais na infância.

Segundo Kaefer (2006), foi no início do séc. XX, que se aprofundaram os estudos que verificaram que crianças sem problemas de inteligência, tinham, no entanto, problemas de aprendizagem, devido à desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Benczik (2000) relata um estudo que revela que nos anos de 1917/18, um surto de encefalite levou alguns profissionais de saúde a questionar se teria existido algum dano cerebral, motivado pela epidemia. As crianças eram “[...] descritas como limitadas em sua atenção, na regulação das atividades e da impulsividade, bem como outras características cognitivas, incluindo a memória” (Barkley, 2008, p. 17). Refere o mesmo autor que estas crianças eram então separadas da família, para receberem um tipo de tratamento e educação muito diferente das outras crianças que não haviam passado por esta situação.

Com uma perspetiva completamente diferente, Rotta, Ohlweiler e Riesgo (2016) e Cypel (2007), tentam perceber as alterações comportamentais infantis sem qualquer associação a

lesões cerebrais, destacando o livro *L'Enfant Turbulent*, de Henri Wallon (1984), como um trabalho fundamental, que dá ênfase a problemas emocionais.

Foi, contudo, a partir da década de 60 do século XX, que surgiu a necessidade de definir esta síndrome, que se caracterizava pelo excesso de movimento e que era descrita no DSM-II como Reação Hiperkinética. Na década de setenta do século XX, a Classificação Internacional das Doenças – CID 9 denominou-a Síndrome Hiperkinética. Para além desta denominação, foi apresentada como Lesão Cerebral Mínima (LCM) (Benczik, 2000; Cypel, 2007) e, em 1980, o DSM-III, passa a apresentar esta síndrome como Distúrbio do Déficit de Atenção, enfatizando-se o déficit de atenção e a impulsividade ou falta de controle como os principais sintomas (Benczik, 2000). Em 1987, na revisão do DSM-III, a hiperatividade torna-se na principal característica, alterando-se o nome para Distúrbio de Hiperatividade/Déficit de Atenção. Em 1993, o CID 10 manteve a nomenclatura Síndrome Hiperkinética, sendo denominado, em 1994, pelo DSM-IV, como Perturbação de Déficit de Atenção/Hiperatividade. De acordo com Lopes (2003), o DSM-IV (APA, 1994) dividiu os sintomas de uma forma diferente dos anteriores manuais. Nesta versão, assumiu-se que os sintomas deviam ser observados num período prolongado e em pelo menos dois contextos diferentes (sendo um deles a casa e o outro, a sala de aula), pois considerava-se que os professores eram observadores privilegiados. No DSM-IV-TR (2012), a designação utilizada por toda a comunidade científica foi Perturbação de Hiperatividade/Déficit de Atenção (PHDA). Atualmente, aceita-se o DSM-5 (2013) como manual referenciador de diagnóstico. Comparando os critérios de diagnóstico com o DSM-IV, o DSM-5, manteve a lista de dezoito sintomas, divididos entre a Desatenção e a Hiperatividade/Impulsividade – nove de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade, organizados em dois grupos: a) Problemas comportamentais, como hiperatividade e impulsividade e b) Sintomas de déficit de atenção.

Nesta última versão do manual de diagnóstico (2013), a maior alteração comparativamente ao DSM-IV diz respeito ao limite de idade, que passou de 7, para 12 anos. Uma outra alteração, foi a classificação desta perturbação em graus de severidade distintos: Leve, Moderado e Grave.

Foi também no DSM-5, que a PHDA foi colocada no capítulo das Perturbações do neurodesenvolvimento. Para diagnosticar a PHDA, deve estar presente um comprometimento psicossocial funcional relevante em diferentes ambientes; por exemplo, família, escola ou trabalho. Esta perturbação do desenvolvimento tem início na infância e persiste, pelo menos, por seis meses e em diferentes situações, e compreende os três principais sintomas: desatenção, impulsividade e / ou inquietação motora.

Em crianças em idade escolar, a desatenção é evidente e vai causando maior prejuízo à medida que aumentam as exigências externas. A inquietação motora, em muitos casos, diminui a partir da adolescência, sendo reduzida a um sentimento interior desagradável de inquietação e impulso. As dificuldades como desatenção, capacidade deficiente de planejamento e impulsividade vão sendo relatadas como persistentes em muitos casos. Na idade adulta, os principais sintomas da PHDA podem ser acompanhados de forma mais proeminente por sintomas de desregulação emocional, incluindo reduzida tolerância à frustração, irritabilidade e alterações acentuadas de humor (Banaschewski, Becker, Dopfner, Holtmann, Rösler & Romanos, 2017).

Segundo Oliveira, Medeiros e Serrano (2017, p. 43):

Atualmente, sabe-se que a PHDA é uma condição de natureza multidimensional, cuja confluência de diferentes fatores endógenos e exógenos resulta numa expressão heterogênea dos seus principais sintomas ao longo da vida (i.e., desatenção, hiperatividade e impulsividade). Conhecendo realmente a natureza do problema, saberemos (todos, mas em particular os professores e outros agentes educativos) melhor como agir com estes sujeitos, principalmente em contexto escolar.

De acordo com os autores supracitados, Lopes (2003) define a PHDA como uma perturbação bio-psico-social, que apresenta alterações de ordem genética, biológica, social e vivencial que contribuem para a sua intensidade. A imaturidade, o relacionamento social deficitário, a inconveniência social, os problemas de aprendizagem, a irresponsabilidade, a agitação, a desorganização e a falta de persistência são algumas das características atribuídas às crianças com esta perturbação. Carreteiro (2016, p.p.200-201), citando Lopes (2003), afirma que a PHDA é:

um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentais inapropriados de desatenção, sobre atividade e impulsividade. Estes surgem frequentemente no início da infância, são de natureza crônica; e não são devidos a lesão neurológica, défices sensoriais, problemas de linguagem ou motores; atraso mental ou distúrbio emocional grave. Estas dificuldades estão tipicamente associadas com défices de manutenção de autorregulação do comportamento e da manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo.

Neto (2014) especifica que as crianças com PHDA têm características particulares, com comportamentos disruptivos, tais como desatenção, agitação motora e impulsividade, que condicionam de forma significativa o seu desempenho em diversos contextos.

Devido a estas alterações comportamentais e neuropsicológicas, as crianças tendem a apresentar dificuldades de aprendizagem, dificuldades no relacionamento com os seus pares, problemas de ajustamento psicossocial, dificuldades em cumprir regras, atingir objetivos, problemas de imaturidade, entre outros.

Para Nigg (2020) a necessidade de definir uma causa para a PHDA, torna esta síndrome clínica pediátrica numa das mais controversas de sempre - o facto de se duvidar que todas as crianças incluídas nesta perturbação, apresentem uma só causa para os seus problemas, tem vindo a ganhar consistência. O mesmo autor salienta a existência de um distúrbio de autorregulação e atribui uma pesada responsabilidade não só aos genes, mas também ao ambiente, à alimentação e à exaustão com que se vive o quotidiano.

Williams (2019) defende que se há uma coisa que sabemos com certeza sobre a PHDA, é que ninguém sabe ao certo o que a causa. Foi comprovado que a herança genética e fatores ambientais aumentam o risco de uma criança nascer com PHDA, no entanto, ninguém pode dizer que alguma coisa em particular seja a causa.

Nos últimos anos, tem-se usado cada vez mais a ressonância magnética funcional em estado de repouso (fMRI) com o objetivo de recolher imagens de participantes em estado de repouso (livres de tarefas), para explorar a arquitetura funcional do cérebro. Num estudo realizado por Sripada, Kessler e Angstadt (2014), procurou-se saber se as pessoas com PHDA (com idades compreendidas entre os 7 e os 21 anos) mostravam algum atraso na maturação da arquitetura funcional em desenvolvimento do cérebro. Usando métodos conectômicos¹ aplicados a um grande conjunto de dados em estado de repouso, quantificaram o efeito da maturação e o efeito da PHDA em mais de 400.000 conexões em todo o córtex, constatando um atraso maturacional significativo e específico nas conexões dentro da rede de modo padrão (DMN) e nas interconexões.

Neste âmbito, um outro estudo realizado por Rosenberg et al. (2020), defende que se deve testar a sensibilidade dos modelos baseados num conectoma para mudanças dentro do sujeito, focado nas habilidades cognitivas (nomeadamente as habilidades de atenção) ao longo de anos/décadas para se obter informação sobre a arquitetura funcional comum e distinta desses processos ao longo da vida. Partindo destes dados, os autores salientam a importância da construção de novos modelos para prever as trajetórias de desenvolvimento

¹ Mapa detalhado de conexões neurais no cérebro – “esquema de ligação”. Mais concretamente, um conectoma inclui o mapeamento de todas as conexões neurais dentro de um organismo do sistema nervoso.

em habilidades e comportamento. Estes novos modelos poderão fornecer dados para a compreensão das formas pelas quais a organização funcional do cérebro reflete o risco ou a resiliência a deficiências (como a perturbação de déficit de atenção e hiperatividade), dando informação para tratamentos ajustados ou intervenções precoces.

1.1.1. Comorbilidades

A PHDA está associada a algumas formas de deficiência cognitiva, como ritmo cognitivo lento e dificuldades de aprendizagem, com uma predisposição específica para problemas ao nível da leitura. Além disso, está fortemente associada a perturbações que se traduzem em problemas relacionados com agressividade, falta de atenção, desobediência e comportamentos desviantes (Parco e Jó, 2015) como a perturbação de conduta e comportamento desafiador de oposição e o uso e/ou abuso de substâncias na adolescência e na idade adulta.

Tistarelli, Fagnani, Troianiello, Stazi e Adriani (2020), realçam que embora com uma percentagem de incidência menor, esta perturbação está também associada a características cerebrais funcionais e anatômicas. Os sintomas da PHDA por vezes sobrepõem-se a outros distúrbios psicológicos como, por exemplo, transtornos afetivos e internalizantes - para Parco e Jó (2015), estas perturbações referem-se à manifestação de comportamentos ansiosos, depressivos e sintomas somáticos, ou transtorno do espectro do autismo.

A PHDA parece também representar um fator de risco para distúrbios alimentares e, mais especificamente, para compulsão alimentar e bulimia nervosa.

As crianças com PHDA podem, assim, manifestar comorbilidades com outros quadros clínicos, como a Perturbação Desafiante de Oposição (PDO), a Perturbação do Comportamento (PC), a Perturbação de Ansiedade (PA) e a Perturbação Depressiva (PD) que agravam a evolução da perturbação e acarretam problemas académicos, comportamentais e/ou sociais. Oliveira, Pereira, Serrano e Medeiros (2017) relatam que as crianças que têm as comorbilidades de PDO e PC associadas à PHDA, manifestam sintomas de agressividade, conflitos com os professores (consequentemente, uma maior recusa em frequentar a escola e insucesso escolar), dificuldades no relacionamento com os pares e uma baixa autoestima.

Jameson, Sheppard, Lateef, Vande Voort, He e Merikangas (2016), relatam um aumento na frequência de alergias e asma, dores de cabeça e enxaqueca, enurese e problemas gastrointestinais ou intestinais nas crianças com PHDA. Consideram que a compreensão dos

padrões de comorbilidades médicas da PHDA pode melhorar o tratamento dos indivíduos afetados, bem como auxiliar no estudo etiológico da doença.

1.2. Intervenção

Com o objetivo de atingir uma maior eficácia no tratamento da PHDA, Rotta, Ohlweiler e Riesgo (2016) propõem a psicoterapia, a toma de medicação e uma alteração acadêmica (estas crianças devem estar inseridas em turmas com um número reduzido de alunos e, se necessário, ter um professor para reforço individual). Nesta proposta de alteração acadêmica refere-se a necessidade da existência de rotinas para as atividades acadêmicas e não acadêmicas.

Eidt e Tuleski (2010), apontam para uma intervenção que não inclua medicação, alegando que os tratamentos químicos são produto de uma sociedade apressada, em busca de milagres fáceis. Sroufe (2012, p.2) afirma:

que todos os problemas da vida podem ser resolvidos com uma pílula e dá a milhões de crianças a impressão de que existe um defeito intrínseco nelas. Finalmente, a ilusão de que os problemas das crianças podem ser curados através de drogas impede-nos, como sociedade, de procurar as soluções mais complexas que serão necessárias. As drogas tiram todo mundo do anzol: políticos, cientistas, professores e pais. Isto é, todo mundo, menos as crianças.

Benczik (2000) contradiz os autores supra enumerados, defendendo que os estimulantes indicados para o tratamento da PHDA apresentam resultados de melhorias comportamentais até 75 %. Para Souza (2008, p.13) o que se passa é:

um retrocesso visível no campo educacional ao transformarmos em patologia algo que é produto das dificuldades vividas por um sistema escolar que não consegue dar conta de suas finalidades. Sistema este que é fruto de políticas que durante décadas depauperaram a escola pública e dificultaram que desempenhasse seus papéis sociais e políticos.

A decisão sobre o tratamento medicamentoso, sobre quando tratar, qual a duração do tratamento e respetiva dosagem, deve ser tomada após uma consideração cuidadosa. A respeito deste assunto, Banaschewski et al. (2017) esclarecem que para crianças em idade pré-escolar e para crianças em idade escolar com sintomas leves, a terapia comportamental é sempre preferível à terapia medicamentosa. O tratamento primário com medicamentos, é

indicado a partir da idade escolar e apenas no caso dos sintomas da PHDA causarem um prejuízo funcional acentuado.

Os mesmos autores consideram que a base de todas as intervenções terapêuticas na PHDA é a psicoeducação. A psicoeducação é essencial no processo de transmissão de informações sobre a perturbação e na discussão de possíveis abordagens de tratamento aos pais, à criança ou ao paciente adolescente. Neste processo psicoeducativo poder-se-á recorrer às técnicas de terapia cognitivo-comportamental (tanto em ambientes individuais quanto em grupo). Na infância e na adolescência devem fazer-se intervenções com os pais, intervenções no jardim de infância e/ou na escola, assim como fomentar a participação das crianças com comportamento hipercinético e de oposição em sessões de psicoterapia.

Quanto à terapêutica comportamental, Cordinhã e Boavida (2008), defendem que as alterações devem ter início tanto em casa, como na escola ou em qualquer outro local e/ou contexto em que a criança passe algum tempo do seu dia. Do ponto de vista destes autores, é fundamental obter a compreensão e aceitação do problema, tendo sempre presente que não se trata de um problema disciplinar, ou dependente da vontade da criança.

É favorável a adaptação de expectativas e exigências, assim como a modificação de atitudes dos pais e professores/educadores, evitando a crítica frequente e situações que conduzam previsivelmente ao insucesso. Deve sempre ser promovido o reforço positivo, valorizando-se os comportamentos adequados.

1.2.1. A criança com PHDA na escola

É frequente identificarem-se problemas de atenção (dificuldades de concentração e de adaptação a situações de mudança) e de comportamento (excesso de atividade motora) nas crianças em idade pré-escolar. Quando as crianças entram na escolaridade obrigatória, o seu comportamento influenciará e determinará a inclusão ou exclusão social. Para Schmerse e Zitzmann (2020) o comportamento problemático poderá afetar negativamente a participação da criança na sala de aula e influenciar a ação do professor (que poderá assumir atitudes de ensino desajustadas).

MacFarlane e Woolfson (2013) advertem para o facto de que muitas das atitudes predominantes dos professores podem ser uma barreira às práticas inclusivas de sucesso. Estes mesmos autores acrescentam que os professores que têm sentimentos positivos em relação às crianças com dificuldades comportamentais, acompanhados por níveis elevados de perceção de controle comportamental, são mais propensos a relatar a intenção da criança se comportar de forma mais inclusiva.

No que se refere aos pares, Gasser, Grütter e Torchetti (2018) explicam que as crianças com desenvolvimento típico percebem o comportamento das crianças com PHDA como aversivo e desagradável. Revelam que mesmo após contatos pessoais curtos, os pares formam atitudes negativas em relação a crianças hiperativas – estes problemas com os pares, têm consequências negativas no desenvolvimento das crianças com comportamento hiperativo, podendo ser preditores de risco de fracasso escolar ou baixo ajuste social e emocional. Uma possível explicação para a avaliação negativa de crianças com comportamento hiperativo pode referir-se a vieses de atribuição, ou seja, que as crianças têm tendência a ver o comportamento hiperativo como intencional e controlável.

Outro fator determinante do comportamento é a inibição comportamental, que se caracteriza pelo sofrimento das crianças com PHDA perante a novidade, evitando pessoas desconhecidas (um dos fatores de risco mais conhecidos para o desenvolvimento de ansiedade social). O desafio, nestes casos, é vincular as crianças às emoções, pensamentos e comportamentos em contextos do mundo real, para que se sintam incluídas (Fox et al, 2020).

Quanto à explicação dominante para a baixa inclusão social de alunos com PHDA, Gasser, Grütter e Torchetti (2018), referem-se ao modelo de défice de habilidade social. Este modelo defende que os alunos com comportamento hiperativo interagem ineficazmente com os colegas devido a habilidades sociocognitivas disfuncionais e pobres, tornando-se hostis, com uma percepção inadequada, uma habilidade de regulação emocional insuficiente e/ou respostas comportamentais inadequadas (por exemplo, comportamento agressivo e baixa capacidade de resolução de problemas sociais).

Para Nijmeijer, Minderaa, Buitelaar, Mulligan, Hartman e Hoekstra (2007) embora a PHDA seja frequentemente acompanhada de problemas sociais, outros fatores contribuem para o disfuncionamento social nas crianças (por exemplo, os distúrbios psiquiátricos em geral e as circunstâncias ambientais adversas). Estes autores acrescentam que, em geral, a combinação de hiperatividade, impulsividade e desatenção pode afetar o ajustamento adequado do comportamento social.

Gasser, Grütter e Torchetti (2018) mostraram que as normas inclusivas de sala de aula predizem longitudinalmente a simpatia das crianças e a inclusão pretendida para crianças hiperativas.

O estudo de Kim, King e Jennings (2019) lançou uma perspetiva diferente sobre a inclusão (nomeadamente em aspetos como o nível socio económico, a permanência na escola e a escola inclusiva) e revelou que as desigualdades podem ser fortemente atenuadas em ambientes de educação especial inclusivos que podem, inclusive, ajudar a reduzir as

disparidades de saúde mental entre crianças. Para estes autores, as escolas são de uma importância fundamental para reduzir as desigualdades no acesso aos medicamentos, tratamento psiquiátrico, intervenções baseadas na família, assim como a diagnósticos profissionais, promovendo desta forma, a inclusão e a equidade.

Battagliese, Caccetta, Luppino, Baglioni, Cardi, Mancini e Buonanno (2015) destacam as estratégias cognitivas e emocionais, a consciência emocional, o controlo da raiva e a resolução de problemas como possibilidades de intervenção. Em termos escolares, sustentam que os trabalhos de casa poderão ser usados para aumentar a motivação e a generalização de habilidades para a vida quotidiana. Cordinhã e Boavida (2008) acrescentam que as atividades extracurriculares (quer sejam de cariz desportivo, contribuindo para melhorar a condição física das crianças, quer qualquer outra ocupação de tempos livres, que contribua para a aquisição de competências sociais e promova o cumprimento de regras) têm um papel determinante na intervenção uma vez que libertam tensões acumuladas.

Para o processo de avaliação de um aluno com PHDA é de extrema importância que, para além do rendimento académico, se possa contar com uma equipa multidisciplinar de técnicos especializados, assim como com a participação dos educadores e dos alunos na elaboração do currículo. De acordo com Pacheco (1995, p. 13), “quando se fala na avaliação escolar, imediatamente ocorre falar da avaliação do rendimento dos alunos como se esta fosse algo que recai exclusivamente sobre eles, ignorando-se os restantes intervenientes no processo de desenvolvimento de um curriculum”.

Para Lourenço (2009) os alunos com PHDA deveriam dispor de mais tempo para elaborar os seus trabalhos, quer individualmente, quer em grupo, usufruindo de um ambiente calmo na realização dos testes. Dever-se-iam ler as questões ao aluno (se necessário) e permitir ajudas (tais como uso de tabelas, dicionários, calculadoras). Na elaboração das perguntas, dever-se-ia ter cuidado com a linguagem, evitando incluir perguntas com demasiada informação, acautelar que nas respostas de escolha múltipla a impulsividade ao responder possa causar erros, advertir quando os testes são fotocopiados frente e verso e ter em atenção que os testes devem ser a preto e branco.

Arruda (2008) salienta que se devem avisar os alunos com antecedência da data dos testes, que os testes devem versar poucos conteúdos, as perguntas devem ser espaçadas para que o aluno não se distraia com as questões seguintes e deve-se fornecer ajuda na preparação para os mesmos. Defende, ainda, que é importante privilegiar sempre e em qualquer trabalho a qualidade e não a quantidade de trabalho realizado.

Cordinhã e Boavida (2008) defendem que estas crianças devem ter um ambiente tranquilo, numa turma reduzida, sentados preferencialmente na primeira fila, próximo do professor e

usufruir de apoio educativo individualizado ou eventual apoio da educação especial. Devem evitar-se fontes de distração, estabelecer-se regras de funcionamento na sala de aula (regularmente recordadas), assim como planos diários de atividades, adaptados às características de atenção e comportamentais da criança. Os mesmos autores destacam que se devem associar tarefas que impliquem alguma atividade motora, com instruções curtas e frequentemente repetidas, avaliando a sua compreensão – é fundamental um apoio na organização do pensamento, evitando confrontação ou crítica frequente, optando pelo reforço positivo, com reconhecimento público e elogio das aquisições. Neste sentido, os professores devem incentivar a participação frequente do aluno nas tarefas escolares, evitando a exposição da criança a situações em que terá dificuldade em controlar-se (como, por exemplo, filas de espera). Os trabalhos de casa devem ter um plano organizado e, sempre que possível, apoio dos pais.

Lovett e Nelson (2020), alegam que as acomodações curriculares são a resposta mais comum à PHDA em ambientes educacionais. No entanto, a maioria das acomodações não mostra evidências de benefícios específicos para estes alunos - não há evidências científicas comprovadas que as apoiem. Uma exceção foi descoberta para as acomodações de leitura em voz alta – os autores encontraram benefícios específicos para os alunos mais jovens com PHDA.

Nesta linha de pensamento, Nadeau, Massé, Argumedes e Verret (2020) sublinham que embora certas práticas baseadas em evidências tenham sido reconhecidas como eficazes no apoio ao desempenho académico ou ao ajustamento social e pessoal de pessoas com problemas específicos, a transferência dessas práticas para a realidade escolar permanece um desafio.

1.2.2. Trabalhar com os pais de crianças com PHDA

Chen Y-C et al. (2017) demonstraram que os pais de crianças com PHDA, quando comparados com pais de crianças sem PHDA, revelam um maior cansaço e uma menor autoestima (a nível pessoal e parental). Estes fatores contribuem para a gravidade dos sintomas da PHDA.

Lesesne, Visser e White (2003), constataam que viver com uma criança com PHDA tem sido descrito como caótico, conflituoso, exaustivo, frustrante, cansativo, o que pode levar à depressão e à ansiedade. Para lidar com esta situação, é importante trabalhar com os pais estratégias de *coping* (esforços cognitivos e comportamentais para dominar, tolerar ou reduzir

as exigências externas e internas, assim como os conflitos criados por situações esgotantes) que se ajustem ao estilo parental de cada agregado familiar.

Tancred e Greeff (2015) distinguem seis estilos parentais: i) o estilo conexão (há demonstração parental de carinho, cuidado, sensibilidade e aceitação; autonomia. O grau de liberdade psicológica e participação democrática dentro da família é elevado); ii) estilo regulação (controle do comportamento da criança – colocar limites consistentes por meio raciocínio indutivo sobre regras e consequências de mau comportamento); iii) estilo hostilidade verbal (uso abusivo e hostil para controlar, disciplinar ou intimidar a criança); iv) estilo coerção física (recurso ao uso de punição física para controlar); v) estilo punitivo (há uma punição sem justificação plausível) e vi) estilo indulgente (cede sempre às exigências da criança, com disciplina fraca e tolerância a um comportamento impróprio).

Craig et al. (2020) resumem as estratégias de *coping* utilizadas por familiares de crianças com PHDA em: i) estratégias de *coping* focadas no problema (permitir que os indivíduos enfrentem uma situação diretamente); ii) estratégias de *coping* focadas na emoção (tentativas de controlar a tensão emocional) e iii) estratégias de procura de suporte social (os esforços são direcionados para obter simpatia e/ou ajuda de outras pessoas).

De acordo com Gisladdottir e Svavarsdottir (2017) a Intervenção de Conversação Terapêutica (ICT) - combinação de sessões em grupo e sessões privadas para cuidadores de pessoas com PHDA - é uma outra proposta terapêutica. O estudo realizado pelos autores supracitados, revelou diferenças significativas na melhoria da percepção de qualidade de vida em relação à preocupação do cuidador principal, às atividades diárias, relações familiares e colaboração após a intervenção. A ICT mostrou-se muito benéfica para os cuidadores.

De acordo com Zwi, Jones, Thorgaard, York e Dennis (2011) os programas de treino para pais são intervenções psicossociais que visam ajudar os progenitores a encontrar estratégias para gerir o comportamento relacionado à PHDA dos seus filhos. Para Chacko et al. (2009), os ambientes de grupo podem fornecer apoio aos pais para a aprendizagem da PHDA, um suporte social, assim como uma possibilidade de troca informações.

Chacko et al. (2016) demonstraram que a aprendizagem dos pais ao nível do conhecimento da PHDA contribui para a redução dos problemas comportamentais das crianças com PHDA e, conseqüentemente, reduz os problemas dos pais na forma como lidam com a perturbação. É de salientar, contudo, que as estratégias/intervenções mais adequadas a desenvolver e, como melhorar os resultados, são específicas para cada pessoa (Mehri et al., 2020).

1.2.3. *Diagnóstico e intervenção precoces*

Conhecendo as especificidades da PHDA, reforça-se a importância de um diagnóstico precoce para uma rápida e ajustada intervenção. No estudo realizado por Duric e Elgen (2011) 1/5 das crianças com sintomas de PHDA, não tinha um diagnóstico concreto, mas eram descritas com problemas comportamentais graves, sem que os responsáveis pelos cuidados de saúde conseguissem dar-lhes uma resposta efetiva. Os mesmos autores referem que a falta de um diagnóstico preciso origina um quotidiano cansativo e confuso, tanto para as crianças, como para as pessoas ao seu redor. Defendem que o diagnóstico é benéfico para a família e outras pessoas que se relacionam com a criança (professores, colegas, ...) uma vez que contribuiu para a compreensão do comportamento da criança. Retz et al (2020), alertam para o facto das crianças com PHDA sem diagnóstico correrem um risco elevado de desenvolver comportamentos antissociais e transgressores. Os mesmos autores referem que a violência proativa, instrumental e premeditada não é típica dos indivíduos com PHDA, mas que é necessário identificar e tratar os indivíduos com PHDA o mais precocemente possível, de forma a reduzir a probabilidade da sua atitude de reserva e introversão.

Asherson (2020), afirma que a PHDA pode ser diagnosticada e tratada em todas as idades e que persiste até à idade adulta em cerca de 2/3 dos indivíduos. Nesta linha de pensamento, Dobrosavljevic, Solares, Cortese, Andershed e Larsson (2020) verificaram que as estimativas de prevalência de adultos com sintomas da PHDA (avaliados por meio de escalas validadas em amostras da comunidade) e as estimativas de prevalência com base no diagnóstico clínico e tratamento de PHDA, ainda mantêm uma substancial divergência.

Hare, Garcia, Hart e Graziano (2020) defendem que o reconhecimento e compreensão das emoções (capacidade de identificar corretamente os estados emocionais nos outros e também em si mesmo) é frequentemente utilizado em programas de intervenção precoce. Os autores defendem que as crianças com maiores níveis iniciais de compreensão emocional, mostram melhorias nos domínios académico, social e emocional, comparativamente com as crianças desprovidas desta compreensão.

Capítulo II – Hábitos e rotinas na educação

Neste segundo capítulo, aborda-se o papel dos hábitos e das rotinas na educação, com foco na aprendizagem das crianças com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). Procura-se perceber a relevância da aprendizagem dos hábitos e das rotinas no contexto escolar e analisar o desenvolvimento de programas dirigidos para melhorar a aprendizagem em sala de aula, refletindo sobre a relação entre o comportamento das crianças e a sua inclusão no meio acadêmico.

2.1. Hábitos e rotinas: procura de uma concetualização

Staccioli (2018, p. 56) explica o significado de rotinas e a origem da palavra da seguinte forma:

As estradas dos caminhos habituais (em francês, route significa estrada; o termo rotina é derivado a partir daí) têm um duplo valor: por um lado, surgem de movimentos profundos, essenciais e necessários. Não se pode levar adiante sem elas, não se pode parar de comer, dormir ou desempenhar outras funções relacionadas ao bem-estar corporal e psíquico. Mas, como temos de exercitá-las com continuidade, elas correm o risco de se tornarem habituais, indispensáveis, rotinas estáticas; elas tendem a se tornarem hábitos e repetições quase automáticas.

Para este autor, há uma fusão entre hábitos e rotinas; no entanto, distingue dois tipos de hábitos: os estéreis e os férteis. No primeiro, chama a atenção para a monotonia dos hábitos, normalmente executados pelos adultos, que acabam por lhes trazer algum aborrecimento, tornando-se conseqüentemente hábitos estéreis. Destaca, contudo, os benefícios das rotinas para as crianças, considerando-as como ações férteis, que oferecem tranquilidade e inovação.

De acordo com Duhigg (2013, p.16), “A maioria das escolhas que fazemos a cada dia podem parecer fruto de decisões tomadas com bastante consideração, porém não é. Elas são hábitos.” O mesmo autor faz referência a um artigo publicado pela Duke University, em 2006, em que se descobriu que mais de 40% das ações que as pessoas realizavam todos os dias não eram decisões de fato, mas sim hábitos.

Quanto ao hábito, Duhigg (2013) salienta que a maioria das ações que concretizamos sem pensar é um hábito, ficando o cérebro mais livre para outros pensamentos e ações, uma vez que está constantemente à procura duma poupança de energia. Para este autor, qualquer

rotina se torna num hábito, pois desta forma deixamos de pensar em coisas básicas (tais como escolher o que comer ou andar), podendo dedicarmo-nos a outras descobertas.

Oliveira e Boveto (2012) explicam que Aristóteles considerava o hábito como uma predisposição humana que determinava a forma de agir, como algo que fazia parte da constituição dos sujeitos e que os qualificava para a vida em sociedade. Tanto para Aristóteles (século IV a. C.) como para Kant (século XVIII), a formação de hábitos determinava o desenvolvimento moral do sujeito e, conseqüentemente, a forma como ele agiria socialmente.

Se *a priori* um hábito parece ter pouca importância, na realidade, com o passar do tempo, todos os atos que realizamos (o que comemos, o que dizemos, a frequência com que fazemos exercício, o modo como organizamos os nossos pensamentos e formas de trabalho) têm impacto na nossa saúde, produtividade, segurança financeira e felicidade.

Matysková, Rogers, Steiner e Sun (2020, p. 391) afirmam que:

os hábitos são tipicamente definidos como respostas automatizadas acionadas por pistas, onde as pistas são ações passadas ou outras variáveis que se correlacionam empiricamente com as escolhas de continuação ideais. Nessa visão, o objetivo dos hábitos é aliviar os custos de cognição.

Também Katherine, Arlinghaus e Craig (2019) abordam a importância de criar hábitos e rotinas, referindo que há rotinas que facilmente se confundem com hábitos, sendo, por isso, importante distinguir estes dois conceitos. Para estes autores, a formação da consciência, a repetição de um ato, é determinante para se formar uma rotina. Quando a rotina se torna automática, cria-se um hábito (já não existe uma sugestão, nem uma consciência, é ato automático).

Barbosa (2000, p. 132) define rotinas como “uma série de ações que se repetem, com um padrão estrutural característico, o qual possui certa invariância e é reconhecível por todos aqueles que pertencem à área”. A mesma autora, na mesma obra (p. 53), refere que “o uso de uma rotina é adquirido pela prática, pelos costumes, não sendo necessário nenhum tipo de justificativa, razão ou argumentação teórica para a sua efetivação. Ela está profundamente ligada aos rituais, aos hábitos e às tradições, e nem sempre deixa espaço para a reflexão”.

Para Becker (2004) uma rotina tem um padrão, é recorrente, não acontece apenas uma vez. A rotina pode ser desempenhada por diferentes pessoas, tendo, portanto, uma grande importância quando há uma necessidade de se padronizar atividades e definir claramente os papéis e as responsabilidades dentro de um grupo organizado. Desta forma, as rotinas podem

armazenar conhecimento, garantir a estabilidade, reduzir as incertezas, ajudar no controle de um processo ou na coordenação do mesmo, economizando recursos cognitivos.

Becher (2004) defende que é essencial criar uma rotina nas crianças para que saibam o que se vai passar a seguir, ajudando-as a prever um futuro tranquilo, sem ansiedade. Este autor centra-se no sentido profilático, da prevenção.

Esta ideia é reforçada por Matysková, Rogers, Steiner e Sun (2020) quando afirmam que os hábitos são tipicamente definidos como respostas automatizadas acionadas por pistas. São ações passadas (ou outras variáveis) que se correlacionam empiricamente com as escolhas realizadas. Nessa visão, o objetivo dos hábitos é aliviar os custos de cognição.

Uma perspetiva semelhante é defendida por Conte (2011, p. 220), quando afirma:

Hábito é tudo o que vem de uma repetição passada, sem acrescentar novo raciocínio ou conclusão, e nele toda crença humana se origina. Ele é um princípio de associação que não depende do raciocínio, tendo origem em experiências passadas de associação de impressões que tendem a se repetir, é um instinto que a natureza colocou no homem.

Embora o autor supracitado tenha uma definição do hábito muito semelhante à de Staccioli (2018), este último refere que as rotinas trazem segurança às crianças (“se tu vens a qualquer momento, nunca saberei a hora de preparar o coração”, como citado em Saint- Exupéry 2001, p.51). As rotinas permitem às crianças acrescentar detalhes e apresentar versões diferentes da mesma repetição.

Neste enquadramento, mas falando de bebés, Fantasia, Markova, Fasulo, Costall e Reddy (2016) reiteram que desde o primeiro dia de vida, os bebés estão envolvidos em atividades ou rotinas sequenciais e repetidas, como trocar a fralda, ser alimentado, ser acarinhado. Devido a esta previsibilidade, essas rotinas desenvolvem a capacidade de os bebés compreenderem e participarem nas ações direcionadas às metas dos outros, aprendendo a antecipar o comportamento dos cuidadores, e a responder a contingências temporais afetivas e interativas.

Embora os estudos relativos aos hábitos e rotinas se centrem fundamentalmente no indivíduo, Staccioli (2018), Guerreiro, Frezatti e Casado (2004), defendem que a estrutura de uma instituição é formada por pessoas com rotinas, que se vão formando com os hábitos adquiridos.

Overmeyer, Fürtjes, Ersche, Ehrlich, Tanja e Endras (2020) defendem que o comportamento adaptativo depende do processo de autorregulação e que se a autorregulação falhar, o

comportamento desadaptativo pode começar a predominar, levando a ações impulsivas, hábitos desadaptativos, e padrões de comportamento compulsivos.

A tendência de desenvolver um comportamento habitual difere entre os indivíduos, e parece estar associada a diferentes aspectos do controle regulatório. Este estudo mostra também a faceta negativa dos hábitos. Apesar dos hábitos tornarem as ações mais eficientes, se forem não adaptativos, podem tornar as ações disfuncionais. Um exemplo típico de tal processo disfuncional é o vício, em que os indivíduos perdem o controle sobre o início, duração e quantidade, do seu uso habitual.

Quando são solicitados a explicar o seu comportamento, os leigos costumam referir-se aos seus hábitos como comportamentos que são emitidos com frequência ou de maneira automática e persistente, explica-nos De Houwer (2019). Da mesma forma, ao tomar decisões para o futuro, muitas vezes expressam o desejo de instalar novos hábitos ou de mudar os antigos. Contudo, as definições científicas de hábitos, contêm elementos explicativos - também se referem a hábitos como comportamentos (frequentes, persistentes ou automáticos) - mas, para além disso, explicam esses comportamentos atribuindo causas específicas. Essas causas podem referir-se a experiências anteriores, como a ideia de que hábitos são o resultado da repetição de comportamento e / ou a processos mentais subjacentes, como a ideia de que hábitos resultam da ativação de associações de estímulo-resposta, sem o envolvimento de objetivos.

Tal como observado por Gardner (2015), uma diferença importante na forma como os hábitos são definidos por leigos em oposição aos académicos, é que os leigos se centram em aspectos observáveis do comportamento (como, por exemplo, a frequência com que um comportamento é emitido), enquanto os académicos se centram nas causas (mentais) do comportamento (por exemplo, o fato de que o comportamento pode ser desencadeado por pistas no ambiente, sem ser direcionado a metas).

2.2. Hábitos e PHDA

Devido às dificuldades em gerir o tempo, a quebra das rotinas poderá trazer às crianças com PHDA uma sensação de desorganização e confusão mental. Equilibrar as exigências das tarefas das crianças com os compromissos dos adultos, será um desafio em que se deseja que se considerem os hábitos de sono, alimentares, de estudo e desportivos.

Neste tópico, abordamos a importância dos hábitos e rotinas para as crianças com PHDA.

2.2.1. Hábitos de sono

“O sono é uma necessidade biológica e vital, essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança. Os hábitos de sono, bem como os alimentares, criam-se e modificam-se com a idade e os fatores que os influenciam não são apenas internos, mas dependem do padrão socioeconómico e cultural” (Maia e Pinto, 2008, p.9).

Os problemas do sono podem afetar as crianças e suas famílias de várias maneiras. Podem piorar a função cognitiva da criança (por exemplo, atenção, controle executivo, velocidade de processamento e memória de trabalho), bem-estar socio emocional, desempenho académico, irritabilidade e comportamento em sala de aula, tal como argumentado por Zendarski e Mulraney (2019). Para Hiscock e Sciberras (2019) os problemas de sono podem agravar-se e ser agravados pela PHDA.

As intervenções comportamentais são consideradas o tratamento de primeira linha para problemas do sono em crianças com PHDA (Cortese et al, 2013). Embora os medicamentos para dormir possam melhorar a curto prazo os problemas do sono, os especialistas pediátricos do sono desencorajam o uso de tranquilizantes como tratamento para problemas do sono em crianças com diagnóstico de PHDA, porque além de gerar habituação, podem causar complicações substanciais e apresentar um risco de overdose (Efron, Lycett & Sciberras, 2014).

Numa intervenção de Peppers, Eisbach, Atkins, Poole e Derouin (2016), para a promoção do sono e redução dos sintomas da PHDA, as intervenções específicas incluíram horário consistente para dormir e acordar, atividade física diária, passar algum tempo ao ar livre todos os dias, uma rotina antes de dormir (evitar refeições pesadas, cafeína e esforço físico), não ver televisão pelo menos duas horas antes de dormir e retirar televisão, computadores e/ou telemóveis dos quartos das crianças. Com esta higiene do sono, os autores concluíram que as crianças com distúrbios do sono, apresentaram uma melhoria significativa na qualidade do sono, e uma redução significativa nos sintomas da PHDA.

2.2.2 Hábitos alimentares

Pfeiler e Egloff (2020), relacionaram hábitos alimentares com os traços de personalidade e com o comportamento relacionado à saúde. Assim, descobriram que i) comer alimentos à base de plantas e peixes estava positivamente associado à abertura, à consciência e à estabilidade emocional; ii) consumir carne estava negativamente associado à abertura e à estabilidade emocional, e positivamente associado à extroversão; iii) o consumo de alimentos à base de carboidratos foi negativamente associado à consciência, à extroversão e à estabilidade emocional.

Del-Ponte, Quinte, Cruz, Grellert e Santos (2019), descobriram que os padrões saudáveis (caracterizados predominantemente pelo consumo de frutas, vegetais e grãos inteiros) apresentaram efeito protetor contra hiperatividade. Os padrões alimentares não saudáveis (caracterizados predominantemente pelo consumo de gordura saturada e de açúcar refinado), foram associados ao aumento do risco de hiperatividade ou ocorrência da PHDA.

2.2.3 Hábitos de estudo

Herrera, Perego e Garza (2012), fazem referência a Covey (2009), explicando que os hábitos requerem três elementos para serem colocados em ação: conhecimento, habilidades e vontade. Realçam os dados encontrados por Bajwa, Gujjar, Shaheen e Ramzan (2011) que referem que um aluno não pode usar habilidades de estudo eficazes até ter bons hábitos, argumentando que um indivíduo aprende mais rápido e mais profundamente do que outros, devido aos seus hábitos corretos.

Estudar de forma eficaz e eficiente consiste em mais do que memorizar fatos; requer saber onde, e como obter informações importantes, e a capacidade de fazer um uso inteligente dessas mesmas informações. O hábito de estudar exige esforço, dedicação e disciplina; sendo os hábitos de estudo um conjunto de automatismos de trabalho intelectual que possibilitam ao sujeito uma assimilação, transformação e criação de valores culturais mais fácil e aprofundadamente, ideias também defendidas por Herrera, Perego e Garza (2012).

2.2.4. Hábitos desportivos

Para Correia (2004, p.523), “A prática regular de exercício físico não é um hábito comum entre as crianças. O estilo de vida sedentário destas pode trazer repercussões nos níveis de saúde futuros da população, pois a infância é o período nobre da formação de comportamentos de saúde”. Neste sentido, é desejável que a prática de atividade física seja incluída nas rotinas das crianças (Veloso, 2005, citado em Raposo et al., 2015). Para Lopes, Maia, Oliveira, Seabra e Garganta (2003, p. 52),

A atividade física habitual é um comportamento complexo que tem por base hábitos e práticas individuais que variam consideravelmente de dia para dia, de estação para estação e de ano para ano. De facto, nenhum indivíduo tem dois dias exatamente iguais de atividade física. De qualquer forma, para ter um impacto positivo na saúde a atividade física deve ser regular, e de preferência, diária.

Assim, as rotinas desportivas devem ser incluídas em atividades lúdicas, no desporto, nas deslocações, nos tempos livres, na escola, em atividades físicas programadas ou em qualquer tipo de contexto familiar, escolar ou comunitário. Os programas de treino e/ou atividade física revelam-se muito importantes para melhorar os aspetos do funcionamento mental das crianças, assim como o seu desenvolvimento social.

Tompsonski, Davis, Miller e Naglieri (2007) argumentam que a atividade física promove a melhoria das habilidades cognitivas nas crianças (há muito consideradas como a pedra angular para o desenvolvimento de processos psicológicos e comportamentos sociais) e que as perturbações clínicas caracterizadas por falta de controle comportamental, atenção e julgamento (como, por exemplo, a PHDA) foram associadas a habilidades cognitivas pouco desenvolvidas. Os mesmos autores defendem que as funções executivas ou habilidades cognitivas (como, por exemplo, o autocontrole, memória de trabalho ou a adaptação), estão envolvidas na realização de ações direcionadas a objetivos em ambientes de estímulos complexos, especialmente os novos.

Medina et al. (2010), concordam que desportos como o judo e o futebol, podem ajudar as crianças a diminuir a sua falta de atenção, assim como ensiná-las a respeitar regras, aprender a ganhar, perder, e a melhorar seu tempo de reação, auxiliando no desenvolvimento do córtex pré-frontal.

Suarez-Manzano, Ruiz-Ariza, Torre-Cruz e Martínez-López (2018) reforçam os efeitos positivos da atividade física na cognição e no comportamento de jovens com PHDA. Os benefícios encontrados variam de acordo com o tempo de prática desportiva, no entanto, em todos os estudos analisados, verificou-se um aumento da velocidade de processamento, da memória de trabalho, planeamento e resolução de problemas.

2.3. Hábitos e promoção do sucesso escolar de crianças com PHDA

As intervenções que visam a metacognição e a flexibilidade cognitiva (ou seja, a capacidade de pensar em decisões antes de agir, inibir respostas automáticas e tomar decisões eficazes para um objetivo desejado) podem ser particularmente promissoras para remediar problemas académicos relacionados com a PHDA Sibley, Graziano, Ortiz, Rodriguez e Coxe (2019).

Para Grec e Chiş (2015) a colaboração dos pais no apoio aos objetivos escolares é de extrema importância. Entendem os pais como parte da equipa de trabalho que visa comunicar à criança a importância da escola. Reforçam a ideia de que as rotinas são muito importantes na educação das crianças com PHDA, e que organizar e planear são pilares de uma ação que visa consciencializar as crianças para o trabalho a realizar. Estas ações tranquilizam as crianças e ajudam-nas a seguir regras. Por vezes, a dificuldade dos pais em manter regras pode agravar o comportamento da criança uma vez que não transmitem o controlo e disciplina suficientes para a ajudar a refrear o desejo de gratificação imediata.

Loe e Feldman (2007) salientam que, sendo baixo o nível da participação social das crianças com PHDA, pode haver comprometimento a nível educacional, originando entraves ao sucesso no programa educacional eventualmente, conduzir ao abandono escolar.

O estudo das autoras supracitadas defende uma aprendizagem baseada em projetos, que capte os interesses dos alunos e forneça uma maneira dinâmica e interativa de aprender, o aumento do exercício físico (benéfico para a saúde a longo prazo, e para a regulação comportamental) e o uso de intervenções que ensinem as crianças a substituir comportamentos perturbadores por comportamentos apropriados serão mais eficaz na promoção da produtividade e do sucesso académico.

Harrison et al. (2020) alertam para o facto de as estratégias frequentemente encontradas em planos de educação individualizados, serem acomodações destinadas a remover barreiras à aprendizagem, com evidências empíricas limitadas. Os mesmos autores defendem que as intervenções se devem concentrar em melhorar as competências do aluno para reduzir o problema e eliminar a necessidade de acomodações. Sugerem como exemplos de estratégias, a utilização de aplicativos organizacionais (Epic-Win AMSI-version), o treino

organizacional (intervenção que ensina os alunos a organizar e gerir materiais e tempo de forma independente) e o treino de autogestão (utilizado para trabalhar a desatenção, ensinando alunos com PHDA a realizar e a concluir tarefas no mesmo período de tempo que seus colegas).

Uma das estratégias defendidas por Veldman, Hingstman, Doolaard, Snijders e Bosker (2020) é um processo pelo qual os alunos adquirem e aplicam efetivamente os conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para reconhecer e gerir emoções, resolver problemas de forma eficaz e estabelecer relacionamentos positivos com os outros. Explicam que as habilidades socio emocionais são ensinadas, modeladas, praticadas e aplicadas a diversas situações para que os alunos as utilizem como parte de seu repertório diário de comportamentos. Estas competências alcançadas devem fornecer uma base para um melhor ajustamento escolar e desempenho académico, refletido num comportamento social (mais) positivo, em melhores classificações, em menos problemas de conduta e menos fadiga emocional.

As competências melhoradas devem ter um impacto motivador e preventivo e o comportamento social desejado pode ser uma melhoria do comportamento pró-social (ou seja, um comportamento destinado a ajudar outras pessoas e expressar preocupações sobre elas) ou uma redução e/ou prevenção do comportamento antissocial (como comportamentos perturbadores, ferir alguém propositalmente ou mostrar outro problema de externalização comportamento), afirmam Taylor, Oberle, Durlak & Weissberg (2017); Sklad, Diekstra, Ritter, Ben e Gravesteyn (2012). No estudo realizado por Veldman, Hingstman, Doolaard, Snijders e Bosker (2020) sugere-se que durante as aulas, os alunos fiquem sentados em grupos heterogêneos de aproximadamente quatro alunos (para que todos os alunos possam ter oportunidades de aprender juntos e para estimular o comportamento pró-social e promover um trabalho em grupo eficaz) e que se utilizem estratégias de reforço do comportamento social.

Ao criar estes hábitos de ação/intervenção, as escolas contribuirão para a promoção do bem-estar do sucesso escolar de todas as crianças.

Considerando este enquadramento teórico, no próximo capítulo dá-se a conhecer o estudo realizado sobre os hábitos e as rotinas na PHDA.

Capítulo III – Metodologia

Neste capítulo apresenta-se o estudo desenvolvido, nomeadamente a questão de investigação e os objetivos do estudo, a opção metodológica, o procedimento de pesquisa, seleção e armazenamento de estudos (critérios de elegibilidade, fontes de informação/ bases de dados e estratégia de pesquisa), os resultados e sua discussão.

3.1. Questão de investigação e objetivos

Enquadrado na Educação Especial, este trabalho procura responder à seguinte questão de investigação: qual a importância dos hábitos e rotinas para as crianças com PHDA? Face a esta questão, definiram-se os seguintes objetivos:

- i) Aprofundar conhecimentos no âmbito da PHDA e das rotinas e dos hábitos em contexto de Educação Especial
- ii) Identificar artigos primários que relacionem rotinas e hábitos com a PHDA
- iii) Refletir sobre a importância das rotinas e dos hábitos para as crianças com PHDA

Quivy e Campenhoudt (1998) defendem a pergunta de partida como linha de ação, como fio condutor de toda a investigação. Alegam que a mesma deve ser precisa, concisa e unívoca, realista e pertinente. Camilo e Garrido (2019) destacam que a definição da questão de investigação vai determinar o tipo de estudo a desenvolver.

3.2. Revisão Sistemática da Literatura

Querendo saber qual a importância dos hábitos e das rotinas para as crianças com PHDA, optámos por seguir a lógica da Revisão Sistemática da Literatura (RSL), “uma revisão planeada da literatura científica, que usa métodos sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente estudos relevantes sobre uma questão claramente formulada” (Sousa & Ribeiro, 2009, p.241).

De acordo com Santos, Pimenta e Nobre (2007), a RSL deve ser compreensiva e específica e identificar quatro elementos essenciais: população, intervenção, comparação e resultados (out comes) - acrónimo PICO.

Para MacLure, Paudyal e Stewart (2016, p. 689) a RSL permite:

identificar, avaliar e interpretar evidências de pesquisa disponíveis relevantes para um tópico específico; proporcionar a minimização de tendências, usando métodos explícitos e sistemáticos; ajudar a informar práticas e políticas fornecendo evidências integradas e imparciais sobre onde se devem basear as decisões e identificar lacunas na literatura para informar estudos futuros.

3.3. Procedimento

Este estudo iniciou-se com a definição do seu âmbito e a realização do enquadramento teórico. Posteriormente, formulou-se a questão de investigação/objetivos e aferiu-se a metodologia a seguir.

Visando um conhecimento científico profundo sobre a literatura existente no que respeita à Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) e à importância dos hábitos e das rotinas para as crianças com estas características, seguimos os passos propostos por Donato e Donato (2019, p.228):

- “1. Formular uma questão de investigação;
2. Produzir um protocolo de investigação e efetuar o seu registo (...);
3. Definir os critérios de inclusão e de exclusão;
4. Desenvolver uma estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura – encontrar os estudos;
5. Seleção dos estudos;
6. Avaliação da qualidade dos estudos;
7. Extração dos dados;
8. Síntese dos dados e avaliação da qualidade da evidência;
9. Disseminação dos resultados – Publicação.”

e as Recomendações Prisma-Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises de Galvão, Pansani e Harrad (2015), realizando um fluxograma de quatro etapas para expor o procedimento e os resultados da investigação (ver ilustração 1).



Imagem 1: Fluxo da informação com as diferentes fases de uma revisão sistemática, segundo Galvão, Pansani, & Harrad (2015, p. 338).

3.4. Estratégia de pesquisa

Donato e Donato (2019, p. 230), defendem que “as estratégias de pesquisa precisam de ser planejadas para equilibrar a sensibilidade (a capacidade de identificar o maior número possível de artigos relevantes) com precisão (a capacidade de excluir o maior número possível de artigos irrelevantes)”. Neste sentido, a estratégia de pesquisa pode ser descrita como um processo trifásico que começa com a identificação de palavras-chave iniciais, seguido da pesquisa nas bases de dados especificadas no protocolo e, por fim, a análise das referências bibliográficas de todos os estudos com o objetivo de identificar estudos relevantes adicionais.

Uma pesquisa abrangente inclui uma pesquisa em bases de dados diversas, uma pesquisa de fontes relevantes na literatura cinzenta (não convencional) e uma pesquisa manual de revistas relevantes. Deve-se fornecer informação suficiente para persuadir o leitor de que as fontes de informação consideradas são vastas e relevantes e de que a estratégia de pesquisa é abrangente e sólida.

Selecionámos a plataforma B-On como fonte de pesquisa de dados, uma vez que o portal B-On (Biblioteca do conhecimento online) é uma ferramenta de pesquisa de informação científica, que facilita a pesquisa simultânea em diversos recursos informativos assinados

pelo consórcio nacional. Disponibiliza o acesso ilimitado e permanente às instituições do ensino superior e a centros de investigação, reunindo as principais revistas científicas internacionais de modo a oferecer um vasto conjunto de artigos científicos em texto integral, disponíveis online entre outros recursos (índices, portais, catálogos, bases dados de referência bibliográfica, etc.).

Delineámos a procura em duas fases distintas: numa primeira fase, optámos pela “pesquisa simples” e, numa segunda fase, pela “pesquisa avançada”. Os descritores e operadores booleanos utilizados na pesquisa apresentam-se na tabela 1:

Base de dados	Idioma	Pesquisa simples: descritores e operadores booleanos
B-On	Português de Portugal	PHDA+ROTINAS+HÁBITOS; PHDA+rotinas+hábitos; PHDA e rotinas; PHDA e hábitos
	Português do Brasil	THDA+ROTINAS+HÁBITOS; THDA+rotinas+hábitos; THDA+rotinas; THDA+hábitos; THDA e hábitos; THDA e rotinas; TDAH + hábitos + rotinas; TDAH + hábitos
	Inglês	ADHD+ROUTINES+HABITS; ADHD + habits+ routines; ADHD+ habits; ADHD+ routines
	Espanhol	TDAH e hábitos; TDAH + rutinas; TDAH e rutinas
Base de dados	Idioma	Pesquisa avançada: descritores e operadores booleanos
B-On	Português de Portugal	PHDA AND hábitos, comportamentos AND rotinas, rituais; PHDA AND hábitos, comportamentos OR rotinas, rituais; PHDA AND hábitos AND rotinas; PHDA AND hábitos OR rotinas; PHDA AND hábitos or comportamentos OR rotinas or rituais
	Português do Brasil	THDA OR hábitos, comportamentos OR rotinas, rituais; THDA OR hábitos, comportamentos and rotinas, rituais; THDA OR hábitos OR rotinas; THDA AND hábitos or comportamentos OR rotinas or rituais
	Inglês	Adhd or attention deficit hyperactivity disorder AND Habits or behavior or routines AND Routines or habits or rituals
	Espanhol	TDAH AND hábitos or comportamientos AND rutinas or rituales; TDAH AND hábitos OR rutinas; TDAH AND hábitos AND rutinas

Tabela1: Descritores e operadores booleanos da pesquisa

Nesta pesquisa procurámos:

- Estudos primários com os termos habits, routines, ADHD, hábitos, rotinas, PHDA, THDA, hábitos, rotinas e ADAH, presentes no título e/ou nos termos do assunto e/ou no resumo,
- Estudos primários realizados com crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos, de acesso livre, revistos pelos pares, publicados em inglês, português de Portugal, português do Brasil ou espanhol, entre janeiro de 2016 e janeiro de 2021.

Assim, os critérios de elegibilidade considerados foram:

- Artigos que incluíssem no título e/ou no assunto, e/ou no resumo, referência a hábitos e rotinas das crianças entre os 6 e os 16 anos com PHDA.
- Artigos realizados entre 2016 e 2021.

3.5. Avaliação da Qualidade dos Artigos

“O objetivo da avaliação crítica é estimar até que ponto os riscos potenciais de viés e de consistência da qualidade foram minimizados durante a conceptualização e a realização dos estudos primários individuais, e se há utilização adequada do método e da metodologia. Cada estudo elegível deve ser avaliado com base num conjunto de critérios para estabelecer a validade e a confiabilidade do processo e dos resultados. Esta avaliação crítica deve ser apresentada no relatório, na secção de resultados da revisão, sendo acompanhada por uma discussão relativa à qualidade metodológica e ao potencial risco de viés de todos os estudos incluídos e excluídos com base neste juízo crítico” (Apóstolo, 2017, p.24).

A avaliação da qualidade dos 3 artigos selecionados para este trabalho foi um processo difícil, essencialmente pelo facto de não termos delimitado a pesquisa por tipo de metodologia. Este constrangimento, levou-nos a estudar vários instrumentos de avaliação da qualidade de artigos como por exemplo, a *Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais*, de Malta, Oliveira, Cardoso, Francisco, Bastos, Magnanini e Silva (2010), ou . Após um processo de leitura e análise das propostas encontradas, optámos por seguir a sugestão de Apóstolo (2017):

- Artigo 1: Avaliação Crítica para Estudos Transversais Analíticos (Ver anexo5: 8 itens de avaliação);
- Artigo 2: Avaliação Crítica de Estudos de Caso (Ver anexo 6: 8 itens de avaliação);
- Artigo 3: Avaliação Crítica para Estudos de Caso-Controllo (Ver anexo 7: 10 itens de avaliação).

Decidido o instrumento a utilizar, os 3 artigos foram avaliados por 2 revisores independentes (ISD e DBA) que haviam previamente discutido a escala de avaliação (Não - não estava presente no texto, Sim - estava presente no texto e Não Observável - sem evidências). Os resultados de ambos foram comparados e discutidos, de forma a alcançar um consenso:

- Artigo 1, os 8 itens foram assinalados com SIM, o que lhe confere alta credibilidade;
- Artigo 2, foram atribuídos 6 Sim e 2 Não Observáveis, podendo ser considerado um Artigo confiável.
- Artigo 3, teve 9 itens com SIM e um Não Observável, o que lhe confere um elevado rigor e validade.

3.6. Apresentação descritiva dos resultados

Os resultados da pesquisa (“pesquisa avançada” e “pesquisa simples”) apresentam-se na imagem 2: fluxograma da seleção de estudos.

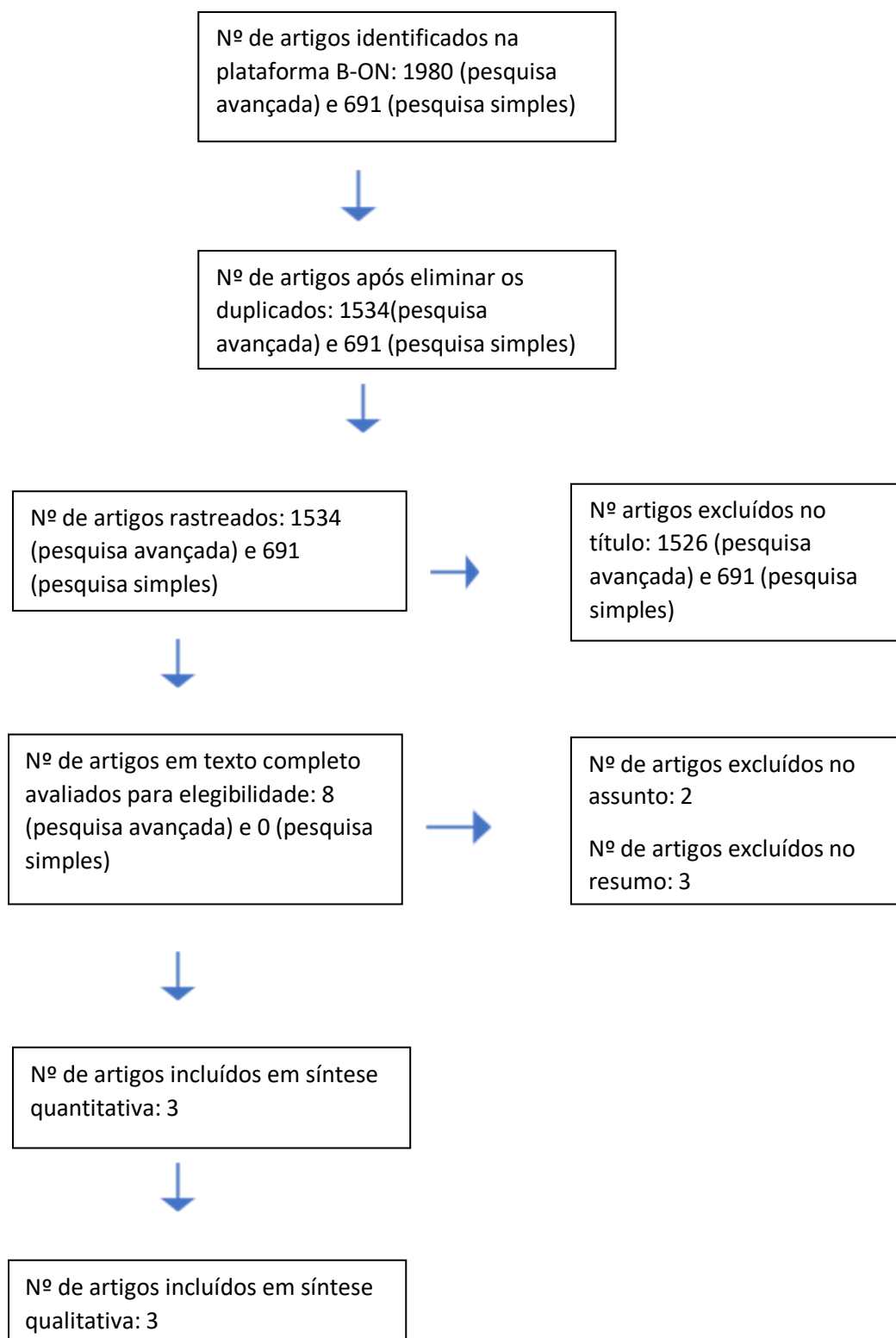


Imagem 2 – Fluxograma da seleção de estudos

Conforme os dados da imagem 2, a pesquisa avançada realizada identificou 1980 artigos, enquanto na pesquisa simples foram encontrados 691. Destes, no processo de pesquisa avançada, foram excluídos 446 artigos, por estarem em duplicado. Na pesquisa simples, foram eliminados todos os artigos no título, por nenhum corresponder aos critérios exigidos. Dos 1534 artigos rastreados, 1526 foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade no título. Dos 8 artigos remanescentes, 5 foram excluídos por não abordarem as questões em estudo no resumo (3 artigos) ou no corpo do trabalho (2 artigos), ainda que o título desse indicação de que poderiam ser elegíveis. Assim, os resultados correspondem a 3 artigos, um em Inglês e dois em Espanhol:

- Artigo 1: McRae, E., Stoppelbein, L., O'Kelley, Fite, P. & Smith, S. (2020). Comorbid Internalizing and Externalizing Symptoms Among Children with ADHD: The Influence of Parental Distress, Parenting and Child Routines. *Child Psychiatry Hum Dev* 51, 813–826. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01019-z> Practices.
- Artigo 2: Martínez-Patiño, A. & Patiño-De Los Ríos, I. (2021). Sistematización de experiencias en TDAH: Dinámica relacional, hábitos familiares disfuncionales y percepción del sintoma. *Revista Criterios*, 27(2), 11-43. <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/27.2-art1>
- Artigo 3: Párraga, J., Pérez, B., López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A., ... Fernández-Jaén, A. (2019). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y hábitos de vida en niños y adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 47(4), 158-164. medes.com/publication/145297

A apresentação destes três artigos ao nível da metodologia, dos objetivos, dos participantes, dos instrumentos de recolha de dados e dos principais resultados, encontra-se na tabela 2:

N.º artigo	Metodologia	Objetivos	Participantes	Instrumentos de recolha de dados	Resultados
<p>1. McRae, Stoppelbein, O'Kelley, Fite, & Smith (2020). Comorbid Internalizing and Externalizing Symptoms Among Children with ADHD: The Influence of Parental Distress, Parenting and Child Routines. <i>Child Psychiatry Hum Dev</i> 51, 813–826. https://doi.org/10.1007/s10578-020-01019-z Practices,</p>	<p>Estudo Transversal Analítico. Estudo quantitativo, com recurso ao software MPLUS.</p> <p>Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o consentimento informado do cuidador e da criança.</p> <p>Os relatórios dos cuidadores foram recolhidos na admissão das crianças com PHDA, para tratamento de pacientes agudos ou durante a avaliação diagnóstica da criança em ambulatório. Os cuidadores preencheram questionários de autorrelato, de forma independente, avaliando o sofrimento dos pais, o comportamento dos pais e as rotinas da criança em casa, com equipas clínicas e de pesquisa.</p>	<p>Preencher lacunas da literatura atual, examinando fatores contextuais e a sua relação com sintomas comórbidos da PHDA;</p> <p>Estudar um modelo teórico (relação entre sofrimento parental, comportamento parental e rotinas da criança) no âmbito da PHDA</p> <p>Avaliar um modelo que inclui múltiplas variáveis familiares e seus efeitos diretos e indiretos sobre problemas emocionais e comportamentais infantis entre crianças com TDAH</p> <p>Avaliar se as relações das variáveis entre níveis mais altos de sofrimento dos pais e níveis mais altos de comportamentos parentais rudes / desinteressados estariam relacionados a níveis mais altos de problemas de comportamento infantil de internalização e externalização. Por outro lado, esperava-se que níveis mais altos de comportamentos parentais afetuosos / de apoio e rotinas infantis estivessem relacionados a menos comportamentos infantis de internalização e externalização. Também levantamos a hipótese de que níveis mais baixos de angústia dos pais e mais rotinas dos filhos estariam relacionados a comportamentos parentais mais afetuosos / solidários e menos comportamentos parentais rudes / desinteressados.</p>	<p>300 Crianças entre os 6 e 12 anos, com diagnóstico de PHDA hospitalizadas, que apresentam comportamentos de risco e seus respetivos cuidadores, em ambiente de internamento (86%) e de ambulatório (14%), quer no momento da admissão ou numa avaliação inicial</p>	<p>Child Behavior Checklist- CBCL, Achenbach T., & Rescorla L. (2001);</p> <p>The Child Routines Questionnaire - CRQ, Sytsma S., Kelley M., & Wymer, J. (2001);</p> <p>The Hopkins Symptom Checklist- 25 - HSCL-25, Derogatis, L., Lipman R., Rickels, K., Uhlenhuth, E., & Covi, L. (1974)</p> <p>Alabama Parenting Questionnaire- APQ, Frick, P. (1991)</p>	<p>Rotinas como um mediador parcial da relação entre sofrimento dos pais e comportamentos das crianças Rotinas infantis como suporte para crianças com PHDA, particularmente quando as preocupações de adaptação dos pais estão em causa.</p> <p>Os resultados sugerem que o apoio aos pais de crianças com PHDA, auxiliando a estabelecer rotinas, pode ter um impacto positivo tanto nos pais quanto nas crianças.</p> <p>Fatores contextuais, como níveis mais elevados de educação dos pais / status socioeconómico, qualidade de vida conjugal, coesão familiar e suporte social, foram associados a níveis mais baixos de sofrimento parental</p>

N.º artigo	Metodologia	Objetivos	Participantes	Instrumentos de recolha de dados	Resultados
2. Martínez-Patiño & Patiño-De Los Ríos (2021). Sistematización de experiencias en TDAH: Dinámica relacional, hábitos familiares disfuncionales y percepción del sintoma. <i>Revista Criterios</i> , 27(2), 11-43. https://doi.org/10.31948/rev.criterios/27.2-art1	Estudo de Caso. Estudo qualitativo	Reconhecer fatores, padrões e hábitos, que a família havia adotado no seu quotidiano e que poderiam contribuir para a manutenção dos sintomas da PHDA. Analisar o contexto familiar e reconhecer fatores que poderiam manter o problema ou melhorá-lo. Compreender e modificar hábitos, através da intervenção e do aconselhamento do psicólogo.	1 Criança com PHDA, com 9 anos e os respetivos pais.	Foram realizadas entrevistas iniciais com a criança; foi feita uma avaliação, com posterior encaminhamento para a terapia ocupacional, acompanhamento do neuro pediatra e neuropsiquiatra. Foram realizadas onze sessões de aconselhamento psicológico, sete das quais com os pais, e quatro com a criança com PHDA.	A família da criança com PHDA analisou padrões e hábitos do quotidiano, dinâmicas relacionais, que estavam a afetar a sua dinâmica e que afetavam a forma de lidar com os sintomas da PHDA. Identificação de mudanças significativas na família, através do processo terapêutico: retificação da a situação inicial do problema e reestruturação da dinâmica familiar. Evidências de melhoria da vida académica da criança (por exemplo, nos processos emocionais, de atenção e motivacionais, assim como na auto-percepção). Avaliação positiva do terapeuta por parte da família (destacando a sua vontade, profissionalismo e conhecimento). Reforço da valorização da dinâmica familiar.
3. Párraga J., Pérez, B., López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A., ... Fernández-Jaén, A. (2019). <i>Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y hábitos de vida en niños y adolescentes. Actas Espanolas de Psiquiatria</i> , 47(4), 158-164. medes.com/publication/145297	Estudo de Caso-Controlo. Estudo quantitativo.	Analisar hábitos de vida das crianças com e sem PHDA (por exemplo, tempo gasto a estudar e atividades de lazer). Complementar estudos anteriores.	160 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos: 104 rapazes e 56 raparigas. Grupo controlo: 80 das 16 crianças tinham um diagnóstico de PHDA (DSM-IV-TR), não tinham comorbilidades associadas e não recebiam qualquer tratamento médico. O grupo de controlo consistia também em 80 crianças, sem perturbações do neurodesenvolvimento ou psiquiátrico conhecidas.	Questionário sobre os hábitos do quotidiano das crianças, denominado Man-Whitney U, realizado inicialmente por Frank Wilcoxon, em 1945, e adaptado posteriormente (1947) por Henry B. Mann e Donald R. Whitney. É usado para testar se duas amostras são prováveis de derivar da mesma população. Escala de Graffar	Crianças com PHDA apresentaram hábitos diferentes das crianças sem PHDA. A explicação para esta diferença poderá explicar-se pela comorbilidades, pelo tratamento farmacológico ou pela intervenção psicológica. Crianças com PHDA precisavam de mais tempo para estudar, passavam menos tempo a ver televisão, a jogar videojogos, a usar menos tempo os computadores do que as crianças sem PHDA. As crianças com PHDA brincavam menos com outras pessoas, dormiam menos horas por noite do que as crianças sem PHDA. As crianças com PHDA e as crianças sem PHDA apresentaram os mesmos resultados no que respeitava ao tempo usado para ler, ouvir música e praticar desporto

Tabela 2: Análise dos artigos ao nível da metodologia, dos objetivos, dos participantes, dos instrumentos de recolha de dados e dos principais resultados

O artigo 1, de McRae (2020) aborda as rotinas infantis, considerando-as fatores de influência para o ajustamento psicológico e bem-estar de todos os membros envolvidos. Apresenta o estudo realizado com 300 crianças entre os 6 e os 12 anos, com PHDA e com o seu cuidador. As crianças em estudo apresentavam comportamentos de risco e estavam no hospital, como pacientes agudos ou em regime de ambulatório. O estudo centra a sua atenção nas atitudes parentais de crianças com PHDA e na forma como estas afetam o comportamento dos seus filhos.

De acordo com os dados do artigo, os problemas de internalização na infância (perturbações de ansiedade e de humor, com evidência de dor emocional interna e persistente que resultam dos problemas experienciados intrinsecamente pela criança, e de aspetos não adaptativos nas relações familiares) são bastante frequentes e, na maioria das vezes, encontram-se em comorbilidade com outras perturbações que podem persistir ao longo da vida. Alguns sentimentos perturbadores relacionados com esta condição podem ser o medo, a ansiedade, a depressão, originando uma estrutura global de afetividade negativa. A baixa autoestima, as tentativas suicidas e os problemas comportamentais (problemas de risco elevado para o próprio ou para outros) poderão também estar associadas aos sentimentos perturbadores.

Quanto aos problemas de externalização, manifestados em crianças com PHDA, caracterizam-se por padrões de ação não adequados à faixa etária, como a falta de atenção, comportamentos impulsivos, desafiadores e hostis, ansiedade, atitudes agressivas, comportamentos antissociais.

Para além das questões relacionadas com a internalização e externalização, o artigo destaca o sofrimento dos pais/cuidadores e a forma como gerem a perturbação dos filhos. Discute a possibilidade de o comportamento dos pais/cuidadores influenciar o comportamento dos filhos e a forma como isso acontece. Defende que é importante identificar precocemente os sinais de mau estar (a frequência, a presença e o prejuízo dos sintomas são fatores importantes, na diferenciação dos casos) e realizar um diagnóstico para uma prevenção e tratamento eficazes. O diagnóstico deve ser realizado por profissionais da área, tendo em conta os aspetos individuais e contextuais.

A amostra em estudo conta com crianças afro-americanas (57%), caucasianas (37%) e, a restante percentagem, crianças birracial ou hispânica. A maioria dos entrevistados cuidadores eram as mães (74%). Ambos os pais (8%), pais como únicos cuidadores (4%), avós como cuidadores primários (7%) e outros cuidadores primários (7%), completaram o total dos entrevistados. De referir que, apesar do artigo identificar a amostra, não há referência ao local de realização da investigação. Sabendo que as autoras trabalham em universidades dos Estados Unidos da América, infere-se que o trabalho tenha sido desenvolvido neste país.

Outro dado que nos leva à mesma conclusão, é o facto do artigo referir que a maioria dos participantes e suas famílias (82%) estavam inscritos no programa Medicaid.²

Os critérios de exclusão incluíam as crianças com diagnóstico de comorbidade de transtorno psicótico, transtorno do espectro do autismo, lesão cerebral traumática ou o facto de estarem sob custódia de Serviços de Protecção à Criança.

Como instrumentos de recolha de dados, este estudo apresenta 4 inquéritos por questionário, que foram entregues aos cuidadores das crianças com PHDA:

- Child Behavior Checklist (CBCL) (ver anexo 1), de Achenbach e Rescorla (2001). Esta escala é composta por 20 itens (questões fechadas, em que todos os comportamentos são pontuados numa escala tipo Likert de 3 pontos, equivalendo a: 0= Não é verdadeira; 1= Algumas vezes verdadeira; 2= Muitas vezes verdadeira), que procuram retratar atividades da criança (brincadeiras, jogos e tarefas; participação em grupos); relacionamento com familiares e amigos; independência para brincar e desempenho escolar. Na maior parte destes itens, é solicitado que os pais comparem o comportamento dos seus filhos com o de outras crianças da mesma idade, tais como desempenho e tempo despendido em cada atividade, assinalando como abaixo da média, dentro da média ou acima da média. Este instrumento avalia as síndromes de reação emocional, ansiedade, depressão, queixas somáticas, problemas de atenção, comportamento agressivo e problemas de sono, assim como problemas sociais, de pensamento e violação de regras. A partir da classificação (em pontos) obtida, a criança pode ser incluída nas faixas clínica limítrofe ou normal, em relação ao seu funcionamento global e nos perfis internalizantes e externalizantes. Para inclusão no perfil internalizante, são considerados os itens isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão e para inclusão no perfil externalizante, os itens avaliados são violação de regras e comportamento agressivo.

Este instrumento, construído a partir de dados normativos da população dos Estados Unidos, tem demonstrado ser efetivo em diferentes culturas. Um estudo preliminar de validação do CBCL, com a comparação dos resultados advindos das respostas de mães, com resultados de avaliação por parte de psiquiatras, apresentou alto índice de correlação (Bordin, Mari & Caeiro, 1995).

- The Child Routines Questionnaire (CRQ), Sytsma, Kelley e Wymer (2001) (ver anexo 2) é um questionário destinado a cuidadores, com 39 questões de resposta fechada (em que se

² **Medicaid** é um programa de saúde social dos Estados Unidos para famílias e indivíduos de baixa renda e recursos limitados. A Associação Americana de Seguros de Saúde descreve o Medicaid como "um programa do governo para pessoas de todas as idades com recursos insuficientes, ajudando-as a pagar um seguro de saúde." Para receber o Medicaid é necessário que a pessoa seja um cidadão americano ou um cidadão com visto permanente de residência, e inclui os adultos de baixa renda, seus filhos, e pessoas com deficiência.

utiliza uma escala tipo Likert equivalendo a 4 pontos, sendo o 0= Quase nunca, 1=Raramente, 2=Às vezes, 3=Muitas vezes, 4= Quase sempre) que visam medir quatro domínios das rotinas da criança: rotinas da vida diária, responsabilidades domésticas, rotinas de disciplina e rotinas de deveres de casa. A pontuação final origina um valor que indica a frequência das rotinas da criança em casa. Segundo os autores, o CRQ oferece amplas evidências da importância das rotinas infantis em crianças em idade escolar, assim como permite descobertas que permitem ligar a falta de rotinas a problemas de comportamento infantil, práticas parentais inadequadas e psicopatologia parental (ligação entre rotinas/ajustamento geral da criança e bem-estar dos pais).

- The Hopkins Symptom Checklist- 25 (HSCL-25) (ver anexo 3), da autoria de Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth e Covi (1974), dirige-se a cuidadores e avalia os sintomas de ansiedade e depressão numa escala tipo likert de 4 pontos. Apresenta 25 itens, 10 para sintomas ansiosos (Parte I) e 15 para sintomas depressivos (parte II). No final podem ser calculadas duas pontuações: a pontuação total (média dos 25 itens) e pontuação parcial (pontuação da depressão - média dos 15 itens). Esta escala tem sido utilizada em várias populações e os estudos têm mostrado uma pontuação total altamente correlacionada com sofrimento emocional grave (de diagnóstico não especificado) e uma pontuação de depressão correlacionada com depressão maior, conforme definido pelo Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana, Versão IV (DSM -4).

- Alabama Parenting Questionnaire (APQ) (ver anexo 4), elaborado por Frick (1991), é um questionário com 42 perguntas sobre o comportamento dos pais e dirigido aos pais. Avalia cinco dimensões do comportamento dos pais que se relacionam com problemas de comportamento e delinquência em crianças e adolescentes: Parentalidade Positiva, Envolvimento Parental, Monitorização/Supervisão Inadequados, Disciplina Inconsistente, e Castigos Corporais. As duas primeiras dimensões estão direcionadas de forma positiva, enquanto as outras se relacionam de forma negativa. Cada dimensão é avaliada numa escala de likert de 5 pontos, que corresponde 1=Nunca e 5=Sempre (Essau, Sasagawa & Frick, 2006).

Adotando uma metodologia quantitativa, o estudo desenvolvido visou:

- i) preencher lacunas da literatura atual (incluiu amostra de pacientes com PHDA, internados por comportamentos de risco, examinando vários fatores contextuais e a sua relação com sintomas comórbidos);
- ii) estudar um modelo que reúne o sofrimento parental, comportamento parental e rotinas da criança em simultâneo com variáveis independentes e seus potenciais efeitos (diretos e indiretos) sobre o comportamento de internalização e externalização em crianças com PHDA;

- iii) avaliar as relações diretas entre as variáveis de estudo quando estudadas simultaneamente.

Uma das hipóteses levantadas foi que níveis mais altos de sofrimento dos pais e níveis mais altos de comportamentos parentais rudes ou desinteressados poderiam estar relacionados a níveis mais altos de problemas de comportamento infantil de internalização e externalização. Esperava-se que pais menos angustiados (que colocassem rotinas consistentes) fossem mais solidários e afetuosos, estivessem relacionados a comportamentos infantis de internalização e externalização menos profundos.

Face a estas hipóteses, o estudo salienta a importância das rotinas infantis, definidas como um tipo específico de variável contextual, em que os comportamentos observados e previsíveis que ocorrem regularmente na vida diária ou semanal de uma criança, envolvem diretamente a criança e, pelo menos, um dos pais agindo de maneira interativa e supervisora. Defende-se que as rotinas das crianças não estão apenas associadas ao ajustamento positivo dos pais, mas também ao bem-estar da criança – crianças que fazem parte de famílias que têm rotinas regulares experimentam menos cansaço e ansiedade, envolvendo-se em menos comportamentos externalizantes e experimentam um melhor ajuste psicológico geral. Para crianças com PHDA, o uso de rotinas infantis tem sido associado a níveis mais baixos de desatenção e hiperatividade, resultando em menos comportamentos de internalização e externalização (mesmo quando outros fatores de risco ambientais estão em causa, tal como um baixo nível socioeconômico).

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao software MPLUS (um programa de modelação estatística que permite a análise de dados transversais e longitudinais, dados de nível único e multinível, dados provenientes de diferentes populações com heterogeneidade observada ou não observada, e dados que contenham valores em falta). Os dados analisados com este software permitem enfatizar o papel da rotina no bem-estar familiar e o impacto positivo nas crianças com PHDA. As rotinas das crianças surgem como um mediador parcial da relação entre sofrimento dos pais e comportamentos infantis externalizantes, identificando as rotinas infantis como um suporte importante para crianças com PHDA, particularmente quando as preocupações de adaptação dos pais estão em causa. Os resultados sugerem que apoiar os pais de crianças com PHDA, dando ênfase ao estabelecimento de rotinas infantis, pode ter um impacto positivo tanto nos pais quanto nas crianças.

Face aos resultados encontrados, sugere-se neste estudo que as rotinas infantis podem ser um suporte tanto para os pais, quanto para as crianças com PHDA. As rotinas podem constituir-se como um mecanismo de proteção do sofrimento dos pais, podendo influenciar os sintomas de externalização em crianças com PHDA. Quanto às implicações clínicas, os autores destacam a importância de ajustar o tratamento para a PHDA na infância, reforçando-

se as dimensões cognitivas ou emocionais dos pais/cuidadores (por exemplo, pode ser útil introduzir novas habilidades parentais para além das habilidades primárias). O aumento da dose terapêutica e a intervenção em casa ou ambiente natural também podem ser estratégias a fomentar.

Dadas as fortes ligações entre a adaptação dos pais/filhos/rotinas infantis, é essencial que o apoio e o treino dos pais incluam uma forte ênfase na criação de rotinas infantis nas propostas terapêuticas para crianças com PHDA. Os resultados sugerem, ainda, que as rotinas infantis podem ter uma maior influência no comportamento infantil do que outros comportamentos parentais tradicionais. Esta descoberta sugere que os apoios parentais positivos específicos para díades pais-filhos na população com PHDA, com inclusão de um componente de rotinas infantis, pode ser particularmente benéfico no tratamento de sintomas de externalização.

Apesar deste estudo ter como amostra cuidadores e/ou crianças que procuravam tratamento, poderá ser representativa de crianças com problemas clínicos uma vez que uma percentagem da amostra estava a receber cuidados hospitalares.

O artigo 2, um estudo de caso único (Família/criança e pais) realizado por Martínez-Patiño e Patiño-De Los Ríos (2021) surgiu de uma avaliação realizada pelo psicólogo da escola, em conjunto com os professores da criança, depois de uma revisão documental da história psicológica da criança, dos relatórios elaborados na escola, assim como através de diagnósticos de terapias externas. Para a escolha deste caso específico, outros casos de crianças com características semelhantes foram analisados, tendo por base um diagnóstico confirmado por especialista externo. A sintomatologia específica desta criança evidenciada em anos anteriores, assim como o interesse e motivação da família para receber orientação e tentar melhorar a condição do seu filho, serviram como critérios de seleção do caso.

As entrevistas iniciais com a criança em estudo mostraram comportamentos recorrentes (distração, falta de concentração, dificuldades de memória, conversas constantes na turma), motivos que levaram o psicólogo da escola na primeira sessão de diálogo com os pais, a identificar o contraste desta informação com a sua real perceção.

A história clínica da criança dá a conhecer dados dos pais (pai com 33 anos, com um emprego estável; a mãe com 30 anos, também empregada, ambos com estudos ao nível universitário) e da criança (à data a criança tinha 9 anos, frequentava um 4º ano e não tinha irmãos). Revela que apesar de não ter qualquer compromisso cognitivo ou de aprendizagem, foi acompanhada por um terapeuta ocupacional e da fala a partir dos 4 anos (fora do contexto escolar). Aos 5 anos foi encaminhada para a neuro pediatria, e posteriormente, para a neuropsicologia. Os dados iniciais indicavam a desautorização e a superproteção dos pais como indicadores justificativos da má gestão e duração dos sintomas da criança com PHDA.

Apresentado o caso, o artigo revela 11 sessões de intervenção (7 com os pais e 4 com a criança com PHDA). Nestas sessões de aconselhamento psicológico, orientadas pelo psicólogo da escola da criança, foram debatidos temas como material bibliográfico sobre a PHDA, análise, reflexão, hábitos e dinâmicas familiares, avaliação de funções no núcleo familiar, análise de obrigações e proibições da criança em casa, reflexões sobre formas de corrigir comportamentos negativos, sobre o significado da PHDA na vida da criança e dos pais, análise das funções de autoridade da ama, estabelecimento de hábitos e horários em casa, treino em técnicas de respiração e relaxamento, orientação e formação em exercícios para melhorar a atenção, formação em competências sociais e resolução de conflitos e reestruturação cognitiva.

As sessões ocorreram entre agosto e outubro de 2019, na Colômbia, na cidade de Pasto e tinham como principais objetivos reconhecer fatores, padrões e hábitos da família no seu quotidiano que pudessem contribuir para a permanência dos sintomas da PHDA. Visavam, ainda, analisar o contexto familiar, reconhecer, compreender e modificar fatores que poderiam manter o problema.

Os resultados mostraram que a família da criança com PHDA foi capaz de analisar padrões, hábitos do quotidiano e dinâmicas relacionais que, inadvertidamente, estavam a afetar a sua dinâmica e que afetavam a forma de lidar com os sintomas da PHDA. Estas evidências revelam o papel do processo terapêutico nas mudanças significativas na família, tais como a retificação de a situação inicial do problema e uma estruturação da dinâmica familiar – a prática familiar pode intensificar e/ou diminuir os efeitos adversos da PHDA.

Houve também evidências de melhoria da vida académica da criança, especialmente nos processos emocionais e de auto-percepção, uma visão igualmente partilhada pela família. Evidencia-se, ainda, a vontade e a motivação para concretizar ações e a melhoria dos processos de atenção da criança com PHDA.

Quanto às reflexões que os membros da família fizeram sobre as intervenções do terapeuta, os resultados revelam uma avaliação muito positiva, destacando a sua vontade, profissionalismo e conhecimento.

O artigo de Párraga et. al (2019) revela o estudo sobre os hábitos quotidianos das crianças com PHDA. Visou analisar hábitos de vida de crianças com e sem PHDA, identificando detalhes específicos do tempo gasto a estudar e nas diferentes atividades de lazer e procurando complementar estudos anteriores sobre esta mesma temática.

Participaram neste estudo 160 crianças, residentes em Madrid (Espanha), com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos (104 rapazes e 56 raparigas). De acordo com os critérios DSM-IV-TR, 80 crianças tinham um diagnóstico de PHDA, nenhuma tinha qualquer

tratamento ou comorbilidade (grupo experimental). Crianças com problemas físico-neurológicos, deficiência intelectual ou desordem do espectro do autismo, transtorno bipolar, desordem psicótica ou doenças neurológicas conhecidas, foram excluídas. O grupo controlo (sem diagnóstico de PHDA), era constituído por 80 crianças sem perturbações ao nível do neurodesenvolvimento ou problemas psiquiátricos conhecidos.

Os grupos eram semelhantes ao nível socioeconómico (dados avaliados pela escala de Graffar nos níveis II-III³), tendo-se solicitado às famílias das crianças em estudo que completassem um questionário sobre os hábitos de vida dos seus filhos. A família completou este questionário descrevendo o tempo que o seu filho passava em diferentes atividades, fora do horário escolar, no contexto de uma semana escolar.

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo e horas por dia que a criança ou adolescente se dedicava a diferentes atividades fora do horário escolar: estudar, ver televisão, jogar videojogos, ouvir música, ler livros (não relacionados com material escolar), praticar desporto, brincar com outros (irmãos, pais ou amigos, excluindo videojogos) e dormir.

Para a realização da análise estatística dos dados, os autores recorreram ao teste Man-Whitney U, realizado inicialmente por Frank Wilcoxon, em 1945, e adaptado posteriormente (1947) por Henry B. Mann e Donald R. Whitney. Os resultados sugerem que as crianças com PHDA têm hábitos de vida diferentes dos das crianças com desenvolvimento típico. Estes resultados não são explicados pela presença de transtornos comórbidos ou pelos tratamentos farmacológico e/ou psicológico. Outra conclusão foi que as crianças com PHDA precisavam de mais tempo para estudar, dormiam menos horas por noite, passavam menos tempo a ver televisão e a jogar videojogos, usavam menos os computadores e brincavam menos com outras pessoas do que as crianças sem PHDA. Quanto ao tempo usado para ler, ouvir música e praticar desporto, foi semelhante (crianças com PHDA e crianças sem PHDA).

Constatando que cada um dos estudos optou por uma metodologia específica, distinta entre si, não é possível estabelecer comparações entre os resultados encontrados.

³ O Índice de Graffar é uma classificação social internacional estabelecida em Bruxelas (Bélgica) pelo Professor Graffar em 1956, adaptada por Fausto Amaro (1990). Este método baseia-se no estudo de um conjunto de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. A cada família é atribuída uma pontuação para cada um dos cinco critérios e, numa segunda fase, obtém-se o escalão que a família ocupa na sociedade com a soma destas pontuações. Neste estudo o Índice de Graffar é aplicado ao indivíduo enquanto família unipessoal, sendo os critérios de classificação social os mesmos. A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social: classe I – alta, 5 a 9 pontos; classe II – média/alta, 10 a 13 pontos; classe III – média, 14 a 17 pontos; classe IV – média/baixa, 18 a 21 pontos; classe V – baixa, 22 a 25 pontos.

3.7. Discussão dos resultados

Considerando a análise descritiva dos três artigos estudados, poder-se-á deduzir que as crianças com PHDA que vivem em contextos familiares com rotinas regulares, experienciarão menos ansiedade e terão um comportamento mais adaptativo do que as crianças que vivem em famílias com rotinas irregulares. Esta ideia é corroborada por McRae, Stoppelbein, O'Kelley, Fite e Smith (2020) e por Steinglass, Bennett, Wolin e Reiss (1987) quando defendem a importância da previsibilidade.

Estes resultados parecem ser concordantes com Katherine, Arlinghaus e Craig (2019) (quando defendem a importância de criar hábitos e rotinas) ou com Staccioli (2018) (quando refere que, para as crianças, as rotinas acrescentam detalhes e apresentam sempre versões diferentes da mesma repetição). Martínez-Patiño e Patiño-De Los Ríos (2021) também relacionam padrões e hábitos com o agravamento ou atenuação dos sintomas das crianças com PHDA. Sibley, Graziano, Ortiz, Rodriguez e Coxe (2019) defendem que as intervenções que vão sendo implementadas na rotina das crianças poderão ser muito promissoras na resolução de problemas académicos e comportamentais relacionados com a PHDA.

Inferimos que uma criança que sabe o que vem a seguir terá mais facilidade em mudar de atividade do que uma criança que não tem essa informação. Por oposição, quando não há um horário fixo e em cada dia terá que agir de forma e em horários diferentes, as crianças com PHDA não têm a referência que lhes permite antecipar o que vem a seguir. Nestes casos poderão surgir conflitos uma vez que as crianças dependem da mudança da vontade do adulto e não de uma estrutura clara à qual se possam habituar. Uma opinião concordante tem Staccioli (2018), quando destaca os benefícios das rotinas para as crianças, considerando-as como ações férteis, que oferecem tranquilidade e inovação.

Quando as rotinas fazem parte da vida das crianças, surgirão menos dificuldades nos horários de alimentação, sono, estudo, higiene e outros. Com as rotinas diárias, o tempo será usado de forma ajustada. Neste sentido, em contexto educativo, a programação/organização é fundamental porque quando as atividades são repetidas dia após dia, a criança entende que existe uma sequência lógica, aprende a antecipar a próxima atividade e a preparar-se para a sua realização. Grec e Chiş (2015) atestam que as rotinas são muito importantes na educação das crianças com PHDA uma vez que elas necessitam de organizar e planear.

A finalidade de uma rotina ou estrutura é garantir um equilíbrio entre a atividade e o descanso, entre a estimulação física e mental, entre as atividades que permitem à criança desenvolver-se como indivíduo e as que lhe ensinam as competências sociais/convivência com os seus pares. Consciencializar as crianças do que se segue, tranquilizando-as e não abdicando das regras é uma tarefa educativa a considerar. Realizar tarefas com eficiência e o mínimo

desgaste é um hábito que automatizamos pela repetição ordenada de comportamentos. O que aconteceria se a orientação faltasse de cada vez que tivéssemos de fazer uma atividade e não nos lembrássemos do que temos que fazer ou da ordem em que isso deve ser feito? No caso das crianças com PHDA, o déficit no funcionamento executivo do cérebro faz com que as situações quotidianas se tornem altamente complexas, tal como defendido por Tomporowski, Davis, Miller e Naglieri (2007).

Para facilitar as atividades diárias destas crianças, numa lógica preventiva, dever-se-ão estabelecer-se rotinas, hábitos, organização, planeamento e gestão do tempo, tal como preconizado por Carneiro (2012). Esta ideia é corroborada no estudo desenvolvido por Peppers, Eisbach, Atkins, Poole e Derouin (2016) no qual defenderam a promoção do sono e a redução dos sintomas da PHDA através de intervenções específicas com um horário consistente para dormir e acordar, atividade física diária, tempo ao ar livre todos os dias, uma rotina antes de dormir consistente (evitar refeições pesadas, cafeína e esforço físico), não ver televisão pelo menos duas horas antes de dormir e retirar a televisão, computadores e/ou telemóveis dos quartos das crianças.

Zendarski e Mulraney (2019) defendem que os problemas de sono podem afetar as crianças e suas famílias e Hiscock e Sciberras (2019) argumentam que os problemas de sono podem agravar-se e ser agravados pela PHDA.

Martínez-Patiño e Patiño-De Los Ríos (2021) reforçam a importância de ter informação rigorosa sobre a PHDA (quer para cuidadores, quer para as crianças) e sobre propostas de intervenção. Tal como preconizado por Chacko et al. (2016) a aprendizagem dos pais ao nível do conhecimento da PHDA, contribuirá para a redução dos problemas comportamentais das crianças com PHDA e, conseqüentemente, reduzirá os problemas dos pais na forma como lidam com a perturbação.

Também Banaschewski et al. (2017) consideram que a base de todas as intervenções terapêuticas na PHDA é a psicoeducação. Através da psicoeducação é possível transmitir informações sobre a perturbação ou abordar o tratamento junto dos pais e das crianças. Estes autores defendem o uso de técnicas de terapia cognitivo-comportamental, e em ambientes individuais e em grupo (na infância sugerem intervenções com os pais e no contexto escolar) e Cordinhã e Boavida (2008) sustentam que as intervenções devem iniciar-se em casa e na escola (ou em qualquer outro local ou contexto em que a criança passe algum tempo do seu dia).

Os autores acima citados, salientam que devem estabelecer-se regras de funcionamento na sala de aula (regularmente recordadas), assim como planos diários de atividades, adaptados às características de atenção e comportamentais da criança com PHDA.

Conforme McRae, Stoppelbein, O'Kelley, Fite e Smith (2020, p.821),

Because child routines rely on parent involvement, repetition, clear expectations, and structure, all of which address specific needs associated with ADHD, child routines might also buffer against the emotional and behavior byproducts that are associated with these deficits. Specifically, child routines provide predictability that might help decrease the impact of the child's inattentiveness by decreasing the number of unexpected shifts in the environment. This predictability might then serve to decrease anxiety, because the child knows what to expect from their environment and what is expected of them. It might also serve to decrease depressive symptoms because within a structured, predictable environment, the child might experience more success in achieving academic, social, and behavioral goals. Similarly, child routines might also decrease externalizing behaviors such as rule-breaking and impulsivity, because the child might be more aware of what is expected of them.

3.8. Limitações e recomendações para novos estudos

Findo este percurso investigativo, pretendemos delinear algumas limitações encontradas ao longo deste estudo e identificar algumas recomendações e sugestões para a estruturação e desenvolvimento de futuras investigações.

As principais limitações deste estudo prenderam-se com a inexperiência enquanto investigadora, nomeadamente, enquanto investigadora que opta pela revisão sistemática da literatura. A opção por realizar a pesquisa em apenas uma base de dados e os critérios de elegibilidade definidos serão indicadores desta falta de experiência investigativa. As opções iniciais (critérios de inclusão, por exemplo) conduziram ao reduzido número de artigos encontrados. Em estudos futuros, sugere-se o recurso a, pelo menos, três bases de dados e a um cuidado redobrado na identificação dos critérios de elegibilidade.

O presente estudo apresenta também algumas limitações decorrentes das diferentes metodologias de investigação utilizadas nos estudos analisados, pelo que se iniciássemos hoje a pesquisa, certamente optaríamos por um critério que nos permitisse analisar artigos com a mesma metodologia, ou metodologias idênticas.

Uma limitação também sentida foi o facto de muitas vezes não ser explícito no assunto dos artigos encontrados, informação relacionada com os hábitos, rotinas e a PHDA, o que pode levar a erros de interpretação.

Apesar das limitações, a pesquisa desenvolvida neste estudo talvez possa contribuir para uma melhor identificação de um conjunto de variáveis que intervêm na associação entre o comportamento das crianças com PHDA e os seus hábitos e rotinas. Poderia ser interessante realizar estudos que analisassem a relação entre as diferentes variáveis encontradas.

Apesar das limitações, esperamos que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e ajudar educadores (familiares, institucionais ou outros) a questionar a sua ação junto de crianças com PHDA. Poderá servir como motivação para pesquisas e trabalhos futuros nesta área, considerando a possibilidade de novas revisões sistemáticas da literatura, com critérios de elegibilidade diferentes dos que aqui foram identificados.

Conclusão

Este trabalho visou aprofundar conhecimentos no âmbito da Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) e das rotinas e dos hábitos em contexto de Educação Especial, identificar artigos primários que relacionassem rotinas e hábitos com a PHDA e refletir sobre a importância das rotinas e dos hábitos para as crianças com PHDA.

Este estudo permitiu perceber que existe uma crescente preocupação com a problemática da PHDA, estando a investigação nesta área a progredir. No entanto, em particular no contexto escolar, há ainda uma série de desafios ao nível da identificação, elaboração e implementação de um programa de intervenção que vise a satisfação das necessidades educativas das crianças com PHDA e a estimulação das suas potencialidades.

Quando as crianças com PHDA sentem que as suas necessidades educativas não estão a ser respondidas, poderão desenvolver comportamentos desajustados ou inadaptação escolar, com as consequentes repercussões ao nível das suas aprendizagens escolares.

Quanto ao estudo desenvolvido, identificaram-se poucos artigos científicos que abordem os hábitos e rotinas na PHDA, nomeadamente no que se refere a crianças. Salientamos a importância da continuidade da investigação nesta área para que se possa entender o papel e a forma de implementar regras, hábitos e rotinas no quotidiano das crianças com PHDA. As leituras efetuadas para a realização deste trabalho permitiram inferir que as crianças com PHDA com hábitos e rotinas bem enraizados tomam-se crianças (mais) motivadas e com

uma autoestima fortalecida. Esta evidência leva-nos a defender a Escola como espaço de acolhimento e formação para todos os alunos, com ambientes educacionais verdadeiramente inclusivos, onde todos são acolhidos indiscriminadamente.

De referir que este trabalho permitiu um enriquecimento pessoal e profissional, contribuindo quer para o alargamento dos nossos horizontes acerca desta problemática, quer para o aperfeiçoamento das nossas práticas pedagógicas, em especial no domínio da PHDA.

Bibliografia

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington DC: APA.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)
- Arruda, M. (2008). *Levados da breca: um guia sobre crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção e hiperactividade*. Ribeirão Preto: Blanche Ricci Tabajara.
- Asherson, P. (2020). *ADHD across the lifespan*. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.08.013>
- Bajwa, N., Gujjar, A., Shaheen, G. e Ramzan, M. (2011). Um estudo comparativo dos hábitos de estudo dos alunos dos sistemas de educação formal e não formal no Paquistão. *International Journal Of Business & Social Science*, 2 (14). http://www.ijbssnet.com/journals/Vol._2_No._14%3B_July_2011/20.pdf
- Banaschewski, T., Becker, K., Dopfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M.(2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A current overview. *Ärzteblatt.de International* ,114, 149-59.DOI: 10.3238 / arztebl.2017.0149
- Barbosa, M. (2000). *Por amor e por força: rotinas na Educação Infantil*. (Tese de Doutorado). Consultado em 19 de julho de 2020. Retirado de repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/253489
- Barkley, R. A. et al. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Manual para Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Battagliese, Caccetta, Luppino, Baglioni, Cardi, Mancini e Buonanno (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 75,60-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.008>
- Becker, M. C. (2004). Organizational routines: a review of the literature. *Industrial and Corporate Change*, 13(4), 643–678. Consultado em 14 de julho de 2020. Retirado de <https://academic.oup.com/icc/article-abstract/13/4/643/718495>
- Benczic, E. P. (2000). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Atualização Diagnóstica e Terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benjamin, G. Bruijn, G.J., & Lally, P.(2011). A Systematic Review and Meta-analysis of Applications of the Self-Report Habit Index to Nutrition and Physical Activity Behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*,42 (2),174–187. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9282-0>

- Bordin, I. , Mari, J., & Caeiro, M. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 17(2), 55-66. <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/11935>
- Camilo, C. & Garrido, M. (2019). A revisão sistemática de literatura em psicologia: Desafios e orientações. *Análise Psicológica*, 4 (XXXVII): 535-552. 10.14417/ap.1546
- Carreiro, R. (2016). *Hiperatividade e Dificuldade de Atenção*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos.
- Chacko, A., Wymbs, T., Wymbs, F., Pelham, W., Swanger-Gagne, M., Girio, E., ... O'Connor, B. (2009). Enhancing Traditional Behavioral Parent Training for Single Mothers of Children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38 (2), 206-218, doi: 10.1080 / 15374410802698388
- Chacko, A., Jensen, S., Lowry, L., Cornwell, M., Chimklis, A., Chan, E. , Lee, D. & Brenda Pulgarin, B. (2016) Engagement in Behavioral Parent Training: *Review of the Literature and Implications for Practice*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19, 204–215. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0205-2>
- Chen, YC., Hwang-Gu, SL., Ni, HC., Liang, SH-Y., Lin, HY, Lin, CF....Gau, S. (2017). Relationship between parenting stress and informant discrepancies on symptoms of ADHD/ODD and internalizing behaviors in preschool children. *PloS One* 12 (10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183467>
- Conte, J. (2011). A natureza da filosofia de Hume. Princípios: *Revista de filosofia (UFRN)*, 17, 28, 211-236. Consultado em 20 de julho de 2020. Retirado de <https://philarchive.org/rec/CONAND-3>
- Cordeiro, M. (2012). *O livro da criança: do 1 aos 5 anos*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Cordinhã, A.; Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, v. 24, pp.577-589. Consultado em 26 de outubro de 2020. Retirado de <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v24i5.10548>
- Correia, P. (2004). Atividade física na infância. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20 (5), 523-35. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v20i5.10072>
- Cortese, S., Brown, T., Corkum, P., Gruber, R., O'Brien, L., Stein, M.,... Owens, J. (2013). Assessment and Management of Sleep Problems in Youths with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52 (8), 784-796. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.06.001>
- Covey, S. (2009). *Os sete hábitos das pessoas altamente eficazes*. Barcelona: Paidós.

- Craig, F., Savino, R., Fanizza, I., Lucarelli, E., Russo, L., & Trabacca, A. (2020). A systematic review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Research in Developmental Disabilities, 98*. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103571>
- Cypel, S. (2007). *Déficit de Atenção e Hiperatividade e as Funções Executivas*. Atualização para pais, professores e profissionais da saúde. São Paulo: Lemos Editorial.
- De Houwer, J. (2019). How Definitions of Habits Can Complicate Habit Research. *Frontiers in Psychology, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02642>
- Del-Ponte, B., Quinte, G., Cruz, S., Grellert, M., & Santos, I. (2019). Dietary patterns and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review and meta-analysis. *In Journal of Affective Disorders, 252*, 160–173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.061>
- Dobrosavljevic, M., Solares, C., Cortese, S., Andershed, H., & Larsson, H. (2020). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews 118*, 282-289. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.07.042>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica portuguesa, 32* (3), 227-235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Duhigg, C. (2013). *A força do hábito*. Lisboa: Publicações D. Quixote
- Duric, N., & Elgen, I. (2011). Characteristics of Norwegian children suffering from ADHD symptoms: ADHD and primary health care. *Psychiatry Research, 188*, (3), 15, 402-405. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.008>
- Efron, D., Lycett, K., & Sciberras, E. (2014). Use of sleep medication in children with ADHD. *Sleep Medicine, 15* (4), 472-475. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.10.018>
- Eidt, N. & Tuleski, S. (2010). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Psicologia Histórico-Cultural. *Cadernos de Pesquisa, 40*, 121-146. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742010000100007>
- Essau, C., Sasagawa, S. & Frick J. (2006). Psychometric Properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Journal of Child and Family Studies, 15* (5), 597–616. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9036-y>
- Fantasia, V., Markova, G., Fasulo, A., Costall, A., & Reddy, V. (2016). Not Just Being Lifted: Infants are Sensitive to Delay During a Pick-Up Routine. *Frontiers in psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02065>

- Fox, N., Buzzell, G., Morales, S., Valadez, E., Wilson, M., & Henderson, H. (2020). Understanding the Emergence of Social Anxiety in Children with Behavioral Inhibition. *Biological Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.10.004>
- Galvão, T., Pansani, T., & Harrad, D. (2015). Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, (2). doi: 10.5123/S1679-49742015000200017
- Gardner, B. (2015). A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychol.* 9, 277–295. doi: 10.1080 / 17437199.2013.876238
- Gasser, L., Grütter, J., & Torchetti, L. (2018). Inclusive classroom norms, children's sympathy, and intended inclusion toward students with hyperactive behavior. *Journal of School Psychology*, 71, 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.10.005>.
- Gisladdottir, M., & Svavarsdottir, E. (2017). The effectiveness of therapeutic conversation intervention for caregivers of adolescents with ADHD: a quasi-experimental design. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(1), 15-27. Retirado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/%20es/mdl-27859951>
- Golfeto, J., & Barbosa, G. (2003). Epidemiologia. In: RODHE, L. A. et. al. *Princípios e práticas em TDAH. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed
- Grec, C., Chiş, O. (2015). Valuing Family and School Influences in Education of Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 209, (3)208-212. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.217>
- Guerreiro, R., Frezatti, F., & Casado, T. (2004). Institucionalização de hábitos e rotinas na contabilidade gerencial à luz da teoria da contingência. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 10, 1-2. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642011000100008
- Guta, J., Heckmann, C., Meyer, C., Schmid, M., & Groba, A. (2011). Language skills, mathematical thinking, and achievement motivation in children with ADHD, disruptive behavior disorders, and normal controls. *Learning and Individual Differences*, 22, (3), 375-379. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2011.12.002>
- Hare, M., Garcia, A., Hart, K., & Graziano, P. (2020). Intervention response among preschoolers with ADHD: The role of emotion understanding. *Journal of School Psychology*, 84, 19-31. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.11.001>
- Harrison, J., Evans, S., Baran, A., Khondker, F., Press, Noel, D., ...Mohlmann, M. (2020). Comparison of accommodations and interventions for youth with ADHD: A randomized

controlled trial. *Journal of School Psychology*, 80, 15-36. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.05.001>.

Herrera, C., Perego, N., & Garza, A. (2012). Los hábitos de estudio y motivación para el aprendizaje de los alumnos en tres carreras de ingeniería en un tecnológico federal de la ciudad de México. *Rev. educ. sup, México*, 41, (163), 67-87. Retirado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602012000300003&lng=es&nrm=iso>

Hiscock, H., & Sciberras, E. (2019). Future Research Directions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Sleep. *In Sleep and ADHD*, 355–366. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-814180-9.00014-4>

Jameson, N., Sheppard, B., Lateef, T., Vande Voort, J., He, J., & Merikangas, K. (2016). Medical Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in US Adolescents. *Journal of Child Neurology*, 31(11), 1282-1289. <https://doi.org/10.1177%2F0883073816653782>

Kaefer, H. (2006). Avaliação psicológica no transtorno de atenção. In: ROTTA, N. T. OHLWEILER, L. RIESGO, R. S. *Transtorno da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.

Katherine, R., Arlinghaus, M., & Craig, J. (2019) The Importance of Creating Habits and Routine. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 142 – 144. Consultado em 9 de julho de 2020. Retirado de <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6378489&blobtype=pdf>

Kim, M., King, M., & Jennings, J. (2019). ADHD remission, inclusive special education, and socioeconomic disparities. *SSM - Population Health*, 8. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100420>

Lesesne, C., Visser, S. & White, C. (2003). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: Association with Maternal Mental Health and Use of Health Care Resources. *Pediatrics*, 111 (1), 1232-1237. Retirado de https://pediatrics.aappublications.org/content/111/Supplement_1/1232.short

Loe, I., & Feldman, H. (2007). Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, (6), 643–654. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl054>

Lopes, J. (1996). *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção em Contexto de Sala de Aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Universidade do Minho, Braga. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/174>

Lopes, J. (2003). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto.

- Lopes, V., Maia, J., Oliveira, M., Seabra, A., & Garganta, R. (2003). Caracterização da atividade física habitual em adolescentes de ambos os sexos através de acelerometria e pedometria. *Revista Paulista de Educação Física*, 17 (1), 51-63. <https://doi.org/10.11606/issn.2594-5904.rpef.2003.138843>
- Lourenço, M. (2009). *Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto Escolar: estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclo do 124 ensino Básico*. (Tese não publicada). Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa. Consultado em 26 de outubro de 2020. Retirado de <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/1443>
- Lovett, B., & Nelson, J. (2020) Revisão Sistemática: Acomodações Educacionais para Crianças e Adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade. *Jornal da Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.891>
- MacFarlane, K., & Woolfson, L. (2013). Teacher attitudes and behavior toward the inclusion of children with social, emotional and behavioral difficulties in mainstream schools: An application of the theory of planned behavior. *Teaching and Teacher Education*, 29, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2012.08.006>
- MacLure, K., Paudyal, V., & Stewart, D. (2016). Reviewing the literature, how systematic is systematic?. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38, 685–694. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0288-3>
- McRae, E., Stoppelbein, L., O'Kelley, Fite, P. & Smith, S. (2020). Comorbid Internalizing and Externalizing Symptoms Among Children with ADHD: The Influence of Parental Distress, Parenting Practices, and Child Routines. *Child Psychiatry Hum Dev* 51, 813–826. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01019-z>
- Maia, I. & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Nascer e Crescer*, 17(1), 9-12. Retirado de repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1132/1/HabitosDeSono_NeC_17-1_WEB.pdf
- Malta, M., Cardoso, L., Bastos, F., Magnanini, M, & Silva, C. (2010). Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista Saúde Pública* 44(3), 559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
- Martínez-Patiño, A. & Patiño-De Los Ríos, I. (2021). Sistematización de experiencias en TDAH: Dinámica relacional, hábitos familiares disfuncionales y percepción del sintoma. *Revista Criterios*, 27(2), 11-43. <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/27.2-art1>
- Matysková, L., Rogers, B., Steiner, J., & Sun, K. (2020). Habits as adaptations: An experimental study. *Games and Economic Behavior*. 122, 391-406. <https://doi.org/10.1016/j.geb.2020.04.013>

- Medina, J., Netto, T., Muszkat, M., Medina, A., Botter, D., Orbetelli, R., ...Miranda, M. (2010). Exercise impact on sustained attention of ADHD children, methylphenidate effects. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 49–58. <https://doi.org/10.1007/s12402-009-0018-y>
- Mehri, M., Chehrzad, M., Maleki, M., Kousha, M., Akhlaghi, E., & Mardani, A. (2020). The effect of behavioral parent training of children with attention deficit hyperactivity disorder on parents' mental health. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 37, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.06.003>
- Mikami, A., Griggs, M., Lerner, M., Emeh, C., Reuland, M., Jack, A., & Anthony, M. (2013). Um ensaio randomizado de uma intervenção em sala de aula para aumentar a inclusão social de crianças e colegas com PHDA. *Jornal de Consultoria e Psicologia Clínica*, 81(1). <https://doi.org/10.1037/a0029654>
- Nadeau, K. (2020). A Critical Need Ignored: Inadequate Diagnosis and Treatment of ADHD After Age 60. *Additude*. Retirado de <https://www.additudemag.com/adhd-in-seniors-diagnosis-and-treatment-after-60/>.
- Nadeau, M., Massé, L., Argumedes, M., & Verret, C. (2020). Education for students with neurodevelopmental disabilities - Educational resources and adjustments. *Handbook of Clinical Neurology*, 174, 369-378. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00027-2>
- Neal, D., Wood, W., Labrecque, J., & Lally, P. (2011). How do habits guide behavior? Perceived and actual triggers of habits in daily life. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(2) 492-498. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2011.10.011>
- Neto, A. (2014). *Hiperatividade e défice de atenção*. Lisboa: Verso de Kapa.
- Nigg, J. (2020). *More Than Just Genes: How Environment, Lifestyle, and Stress Impact ADHD*. Retirado de <https://www.additudemag.com/epigenetics-and-adhd-how-environment-impacts-symptoms/>
- Nijmeijer, J., Minderaa, R., Buitelaar, J., Mulligan, A., Hartman, C., & Hoekstra, P. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28, (4), 692-708. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.003>
- Oliveira, L., Medeiros, M., & Serrano, A. (2017). PHDA: Afinal, qual a sua origem? Uma revisão dos fatores etiológicos. *Revista Portuguesa De Pedagogia* 1, 43-61. Retirado de https://impactum-journals.uc.pt/rppedagogia/article/view/1647-8614_51-1_3/3848
- Oliveira, L., Medeiros, M., & Serrano, A. (2017). PHDA em Contexto Escolar: Comorbilidades e Problemas de Desempenho Associados. *Revista E-Psi*, 7(1). Retirado de <https://revistaepsi.com/artigo/2017-ano7-volume1-artigo5/>

- Oliveira, T., & Boveto, L. (2012). Ensino e formação de hábitos: análise na história da educação. *Interações*, 21, 152-178. <https://doi.org/10.25755/int.1527>
- Overmeyer, Fürtjes, Ersche Ehrlich, Tanja & Endras (2020). Self-regulation is negatively associated with habit tendencies: A validation of the German Creature of Habit Scale. *Personality and Individual Differences*, 163. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110029>
- Pacheco, J. (1995). *Formação de Professores- teoria e praxis*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Parco, D. A., & Jó, P. S. (2015). Conductas Internalizantes y Externalizantes en Adolescentes. *Liberabit*, 21 (2), 253-259. Retirado de <http://ojs3.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit/article/view/269/144>
- Párraga, J., Pérez, B., López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A., ... Fernández-Jaén, A. (2019). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y hábitos de vida en niños y adolescentes. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 47(4), 158-164. Consultado em: medes.com/publication/145297
- Peppers, K., Eisbach, S., Atkins, S., Poole, J., & Derouin, A. (2016). An Intervention to Promote Sleep and Reduce ADHD Symptoms. *Journal of Pediatric Health Care*, 30 (6), 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.07.008>
- Pfeiler, T., & Egloff, B. (2020). Personality and eating habits revisited: Associations between the big five, food choices, and Body Mass Index in a representative Australian sample. *Appetite*, 149. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104607>
- Polanczyk, G. (2008). *Estudo da prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta*. (Tese Doutorado). Universidade federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Porto Alegre. Retirado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/12635>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva
- Raposo, J., Teixeira, C., Lima, A., & Monteiro, I. (2015). Atividade física e estilos educativos parentais. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 16 (2), 129-147. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160201>
- Retz, W., Ginsberg, Y., Turner, D., Barra, S., Retz-Junginger, P., Larsson, H., & Asherson, P. (2020). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), antisociality and delinquent behavior over the lifespan. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 120, 236-248. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.11.025>

- Rosenberg, M., Scheinost, D., Greene, A., Avery, E., Kwon, Y., Finn ...Chun, M. (2020). Functional connectivity predicts changes in attention observed across minutes, days, and months. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117 (7) 3797-3807 doi: 10.1073 / pnas.1912226117
- Rotta, N., Ohlweiler, L., & Riesgo, R. (2016). *Transtorno da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.
- Saint- Exupéry, A. (2001). *Il piccolo principe*. Rio de Janeiro: Di Mauro Franco
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (3). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Schmerse, D., & Zitzmann, S. (2020). Early school adjustment: Do social integration and persistence mediate the effects of school-entry skills on later achievement? *Learning and Instruction*, 71. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2020.101374>
- Sibley, M., Graziano, P., Ortiz, M., Rodriguez, L., & Coxe, S. (2019). Academic impairment among high school students with ADHD: The role of motivation and goal-directed executive functions. *Journal of School Psychology*, 77, 67-76. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.10.005>
- Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M., Ben, J. & Gravesteyjn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment?. *Psychology in the Schools*, 49 (9)892-909. <https://doi.org/10.1002/pits.21641>
- Sousa, M. (2008). *Medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo*. http://31reuniao.anped.org.br/4sessao_especial/se%20-%2012%20-%20marilene%20proena%20rebelo%20de%20souza%20-%20participante.pdf
- Sousa, M., & Ribeiro, A. (2009). Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 92 (3). doi.org/10.1590/S0066-782X2009000300013
- Sripada, C., Kessler, D., & Angstadt, M. (2014). Lag in maturation of the brain's intrinsic functional architecture in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111 (39) 1425914264 <https://doi.org/10.1073/pnas.1407787111>
- Sroufe, A. (2012). Ritalin Gone Wrong. *The New York Times*. Retirado de <https://www.nytimes.com/2012/01/29/opinion/sunday/childrens-add-drugs-dont-work-long-term.html>

- Staccioli, G. (2018). As rotinas: de hábitos estéreis a ações férteis. *Revista Linhas* 19, (40), 54-73. <https://www.revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1984723819402018054>
doi:10.5965/1984723819402018054 <http://dx.doi.org/10.5965/1984723819402018054>
- Strelow, A., Schwinger, M., & Christiansen, H. (2020). Influences on pre-service teachers' intention to use classroom management strategies for students with ADHD: A model analysis. *International Journal of Educational Research*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2020.101627>
- Suarez-Manzano, S., Ruiz-Ariza, A., Torre-Cruz, M., & Martínez-López, E. (2018). Acute and chronic effect of physical activity on cognition and behaviour in young people with ADHD: A systematic review of intervention studies. *Research in Developmental Disabilities*, 77, 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.03.015>.
- Sytsma, S., Kelley, M., & Wymer, J. (2001). Development and initial validation of the Child Routines Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 241-251. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1012727419873>
- Tancred, EM., & Greeff, A. (2015). Mothers' Parenting Styles and the Association with Family Coping Strategies and Family Adaptation in Families of Children with ADHD. *Clinical Social Work Journal*, 43, 442–451. <https://doi.org/10.1007/s10615-015-0524-7>
- Taylor, R., Oberle, E., Durlak, J., & Weissberg, R. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88 (4) 1156-1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Tistarelli, N., Fagnani, C., Troianiello, M., Stazi, M., & Adriani, W. (2020). The nature and nurture of ADHD and its comorbidities: A narrative review on twin studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 109, 63-77. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.12.017>
- Tomporowski, P., Davis, C., Miller, P., & Naglieri, J. (2007). Exercise and Children's Intelligence, Cognition, and Academic Achievement. *Educational Psychology Review*, 20, 111. <https://doi.org/10.1007/s10648-007-9057-0>
- Veldman, M., Hingstman, M., Doolaard, S., Snijders, T., & Bosker, R. (2020). Promoting students' social behavior in primary education through Success for All lessons. *Studies in Educational Evaluation*, 67. <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2020.100934>
- Wallon, H. (1984). *L'Enfant Turbulent*. Paris: Presses Universitaires
- Williams, P. (2019). MTHFR: Another Piece of the ADHD-Genetics Puzzle. Consultado em 26 de outubro de 2020. Retirado de <https://www.additudemag.com/mthfr-adhd-genetics-puzzle/>

Wood, W., & Runger, D. (2016). *Psychology of Habit. Annual Reviews. 67,289-314*
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033417>

Zendarski, N. J., & Mulraney, M. (2019). Child and Family Impacts of Sleep Problems in Children and Adolescents With ADHD. *In Sleep and ADHD. 175–194.*
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-814180-9.00007-7>

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., Dennis, J. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev. 10.1002/14651858.CD003018.pub3.*

Anexos

Os anexos 1, 2 e 3 e 4 correspondem a “*samples*” de instrumentos de recolha de dados vendidos apenas a profissionais.

Anexo 1 (Amostra do questionário CBCL)

Please print CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18 For ages 6-18 only

CHILD'S FULL NAME: First _____ Middle _____ Last _____

CHILD'S GENDER: Boy Girl

CHILD'S AGE: _____

CHILD'S ETHNIC GROUP OR RACE: _____

TODAY'S DATE: Mo. _____ Day _____ Year _____

CHILD'S BIRTHDATE: Mo. _____ Day _____ Year _____

GRADE BY SCHOOL: _____

NOT ATTENDING SCHOOL:

Please fill out this form to reflect your view of the child's behavior even if other people might not agree. Feel free to print additional comments beside each item and in the space provided on page 2. Be sure to answer all items.

PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. (Please be specific — for example, auto-mechanic, high school teacher, housewife, laborer, after operator, shoe salesman, army sergeant.)

FATHER'S TYPE OF WORK: _____

MOTHER'S TYPE OF WORK: _____

THIS FORM FILLED OUT BY: (print your full name) _____

Your gender: Male Female

Your relation to the child:

Biological Parent Step Parent Grandparent

Adoptive Parent Foster Parent Other (specify) _____

I. Please list the sports your child most likes to take part in. For example, swimming, baseball, skating, skateboarding, bike riding, fishing, etc.

Compared to others of the same age, about how much time does he/she spend in each?

Compared to others of the same age, how well does he/she do each one?

Name	Less Than Average	Average	More Than Average	Don't Know	Below Average	Average	Above Average	Don't Know
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. Please list your child's favorite hobbies, activities, and games, other than sports. For example, stamp collecting, puzzles, crafts, cars, computers, singing, etc. (Do not include reading if 6-11 or T.V.)

Compared to others of the same age, about how much time does he/she spend in each?

Compared to others of the same age, how well does he/she do each one?

Name	Less Than Average	Average	More Than Average	Don't Know	Below Average	Average	Above Average	Don't Know
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K. Please list any organizations, clubs, teams, or groups your child belongs to.

Compared to others of the same age, how active is he/she in each?

Name	Less Active	Average	More Active	Don't Know
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. Please list any jobs or chores your child has. For example, paper route, baby-sitting, mowing lawn, working in store, etc. (Include both paid and unpaid jobs and chores.)

Compared to others of the same age, how well does he/she carry them out?

Name	Below Average	Average	Above Average	Don't Know
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Be sure you answered all items. Then see other side.

Copyright 2004 T. Achenbach
ASEBA, University of Vermont
1 South Prospect St., Burlington, VT 05405-1400
www.ASEBA.org

UNAUTHORIZED COPYING IS ILLEGAL

PAGE 1

5-1-01 Edition - 231

Please print. Be sure to answer all items.

V. 1. About how many close friends does your child have? (Do not include brothers & sisters)
 None 1 2 or 3 4 or more

2. About how many times a week does your child do things with any friends outside of regular school hours?
 (Do not include brothers & sisters) Less than 1 1 or 2 3 or more

VI. Compared to others of his/her age, how well does your child:

	Worse	Average	Better	Has no brothers or sisters
a. Get along with his/her brothers & sisters?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Get along with other kids?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Behave with his/her parents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Play well with others?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VI. 1. Performance in academic subjects. Does not attend school because _____

Check a box for each subject that child takes	Very Poor	Poor	Average	Good	Very Good
a. Reading, English, or Language Arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. History or Social Studies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Science	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Math	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Other (specify): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Other academic subjects for which child takes courses: foreign language, music, dance, art, PE, etc. (List any, with amount and, if other respondents, initials)

2. Does your child receive special education or remedial services or attend a special class or special school?
 No Yes—kind of services, class, or school: _____

3. Has your child repeated any grades?
 No Yes—grades and reasons: _____

4. Has your child had any academic or other problems in school? No Yes—please describe:
 When did these problems start? _____
 How long did these problems last? No Yes—when? _____

Does your child have any illness or disability (either physical or mental)? No Yes—please describe:

What concerns you most about your child?

PAGE 1

Be sure you answered all items.

Please print. Be sure to answer all items.

Below is a list of items that describe children and youths. For each item that describes your child **now** or **within the past 6 months**, please circle the 1 if the item is very true or often true of your child. Circle the 2 if the item is somewhat or sometimes true of your child. If the item is not true of your child, circle the 0. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to apply to your child.

0 = Not True (as far as you know) 1 = Somewhat or Sometimes True 2 = Very True or Often True

0 1 2	1. Acts too young for his/her age	0 1 2	32. Feels his/her has to be perfect
0 1 2	2. Drinks alcohol without parents' approval (describe): _____	0 1 2	33. Feels or complains that no one loves him/her
0 1 2	3. Argues a lot	0 1 2	34. Feels others are out to get his/her
0 1 2	4. Falls to finish things his/her starts	0 1 2	35. Feels worthless or inferior
0 1 2	5. There is very little his/her enjoys	0 1 2	36. Gets hurt (fall, accident, burn)
0 1 2	6. Bowel movements outside toilet	0 1 2	37. Gets in messy play
0 1 2	7. Bragging, boasting	0 1 2	38. Gets in trouble a lot
0 1 2	8. Can't concentrate, can't pay attention for long	0 1 2	39. Gets in trouble with others' objects in trouble
0 1 2	9. Can't get his/her mind off certain thoughts, daydreams, or worries	0 1 2	40. Hears sound voices that aren't there (describe): _____
0 1 2	10. Can't sit still, restless, or fidgets a lot	0 1 2	41. Impulsive or acts without thinking
0 1 2	11. Clings to adults or has separation anxiety	0 1 2	42. Would rather be alone than with others
0 1 2	12. Complains or whines a lot	0 1 2	43. Lying or cheating
0 1 2	13. Confused or seems to be in a fog	0 1 2	44. Bites fingernails
0 1 2	14. Cries a lot	0 1 2	45. Nervous, high-strung, or tense
0 1 2	15. Cruel to animals	0 1 2	46. Nervous movements or twitching (describe): _____
0 1 2	16. Cruel, bullying, or mean to others		
0 1 2	17. Daydreams or gets lost in his/her thoughts	0 1 2	47. Nightmares
0 1 2	18. Deliberately harms self or attempts suicide	0 1 2	48. Not liked by other kids
0 1 2	19. Demands a lot of attention	0 1 2	49. Constipated, doesn't move bowels
0 1 2	20. Destroys his/her own things	0 1 2	50. Too fearful or anxious
0 1 2	21. Destroys things belonging to his/her family or others	0 1 2	51. Feels dizzy or lightheaded
0 1 2	22. Disobedient at home	0 1 2	52. Feels too guilty
0 1 2	23. Disobedient at school	0 1 2	53. Overweight
0 1 2	24. Doesn't eat well	0 1 2	54. Overfed without good reason
0 1 2	25. Doesn't get along with other kids	0 1 2	55. Overweight
0 1 2	26. Doesn't seem to feel guilty after misbehaving	56. Physical problems without known medical cause:	
0 1 2	27. Easily jealous	0 1 2	a. Aches or pains (not stomach or headache)
0 1 2	28. Breaks rules at home, school, or elsewhere	0 1 2	b. Headaches
0 1 2	29. Feels certain animals, situations, or places, other than school (describe): _____	0 1 2	c. Nausea, feels sick
		0 1 2	d. Problems with eyes (not if corrected by glasses) (describe): _____
0 1 2	30. Feels going to school	0 1 2	e. Rash or other skin problems
0 1 2	31. Feels he/she might think or do something bad	0 1 2	f. Stomachaches
		0 1 2	g. Vomiting, throwing up
		0 1 2	h. Other (describe): _____

PAGE 1

Be sure you answered all items. Then see other side.

Please print. Be sure to answer all items.

0 = Not True (as far as you know)	1 = Somewhat or Sometimes True	2 = Very True or Often True
0 1 2 57. Physically attacks people	0 1 2 84. Strange behavior (describe): _____	
0 1 2 58. Picks nose, skin, or other parts of body (describe): _____	0 1 2 85. Strange ideas (describe): _____	
0 1 2 59. Plays with own sex parts in public	0 1 2 86. Stubborn, sulky, or irritable	
0 1 2 60. Plays with own sex parts too much	0 1 2 87. Sudden changes in mood or feelings	
0 1 2 61. Poor school work	0 1 2 88. Sulks a lot	
0 1 2 62. Poorly coordinated or clumsy	0 1 2 89. Suspicious	
0 1 2 63. Prefers being with older kids	0 1 2 90. Swearing or obscene language	
0 1 2 64. Prefers being with younger kids	0 1 2 91. Talks about killing self	
0 1 2 65. Refuses to talk	0 1 2 92. Talks or walks in sleep (describe): _____	
0 1 2 66. Repeats certain acts over and over; compulsions (describe): _____	0 1 2 93. Talks too much	
0 1 2 67. Runs away from home	0 1 2 94. Teases a lot	
0 1 2 68. Screams a lot	0 1 2 95. Temper tantrums or hot temper	
0 1 2 69. Secretive, keeps things to self	0 1 2 96. Thinks about sex too much	
0 1 2 70. Says things that aren't true (describe): _____	0 1 2 97. Threatens people	
0 1 2 71. Self-conscious or easily embarrassed	0 1 2 98. Thumb-sucking	
0 1 2 72. Sets fires	0 1 2 99. Smokes, chews, or sniffs tobacco	
0 1 2 73. Sexual problems (describe): _____	0 1 2 100. Trouble sleeping (describe): _____	
0 1 2 74. Showing off or clowning	0 1 2 101. Truancy; skips school	
0 1 2 75. Too shy or timid	0 1 2 102. Underactive, slow moving, or lacks energy	
0 1 2 76. Sleeps less than most kids	0 1 2 103. Unhappy, sad, or depressed	
0 1 2 77. Sleeps more than most kids during day and/or night (describe): _____	0 1 2 104. Unusually loud	
0 1 2 78. Inattentive or easily distracted	0 1 2 105. Uses drugs for nonmedical purposes (don't include alcohol or tobacco) (describe): _____	
0 1 2 79. Speech problem (describe): _____	0 1 2 106. Vandalism	
0 1 2 80. Stares blankly	0 1 2 107. Wets self during the day	
0 1 2 81. Steals at home	0 1 2 108. Wets the bed	
0 1 2 82. Steals outside the home	0 1 2 109. Whining	
0 1 2 83. Stores up too many things he/she doesn't need (describe): _____	0 1 2 110. Wishes to be of opposite sex	
	0 1 2 111. Withdrawn, doesn't get involved with others	
	0 1 2 112. Worries	
	0 1 2 113. Please write in any problems your child has that were not listed above:	

Anexo 2 (Partes do questionário das rotinas infantis)

BEDTIME ROUTINES QUESTIONNAIRE

Bedtime routines are a set sequence of events that occur regularly in the same order and with the same caretaker before a child goes to bed. For each item below, please rate how often your child engages in each aspect of a bedtime routine or the intensity of your child's reaction by circling a rating of your child's behavior in the past month. Further instructions are provided for each set of questions.

During weeknights (Sunday through Thursday nights only) for the past month, how often did your child...	How often does it occur? 1 = Almost never 2 = Occasionally 3 = Half the time 4 = Often 5 = Nearly always
1) ...perform the <u>same activities</u> in the hour before going to bed (for example, bathe, brush teeth, read/listen to story, listen to music)?	1 2 3 4 5
2) ...perform activities <u>in the same order</u> before going to bed (for example, bathe, brush teeth, read/listen to story, go to bed)?	1 2 3 4 5
3) ...sleep <u>in the same place</u> (for example, in his/her bed, in parent's bed, on couch)?	1 2 3 4 5
4) ...go to bed <u>at the same time</u> (within 10 minutes)?	1 2 3 4 5
5) ...get put to bed <u>by the same person</u> ?	1 2 3 4 5
During weekends (Friday and Saturday nights) for the past month, how often did your child...	How often does it occur? 1 = Almost never 2 = Occasionally 3 = Half the time 4 = Often 5 = Nearly always
6) ...perform the <u>same activities</u> in the hour before going to bed?	1 2 3 4 5
7) ...perform events <u>in the same order</u> before going to bed (for example, bathe, brush teeth, read/listen to story, go to bed)?	1 2 3 4 5
8) ...sleep <u>in the same place</u> (for example, in his/her bed, in parent's bed, on couch)?	1 2 3 4 5
9) ...go to bed <u>at the same time</u> (within 10 minutes)?	1 2 3 4 5
10) ...get put to bed <u>by the same person</u> ?	1 2 3 4 5

How upset does your child get if he or she <u>does NOT</u> ...	How upset does your child get? 1 = Not at all 2 = A little 3 = Moderately 4 = Quite a bit 5 = Extremely
11) ...perform the <u>same activities</u> in the hour before going to bed (for example, bathe, brush teeth, read/listen to story, listen to music)?	1 2 3 4 5
12) ...perform activities <u>in the same order</u> before going to bed (for example, bathe, brush teeth, read/listen to story, go to bed)?	1 2 3 4 5
13) ...sleep <u>in the same place</u> (for example, in his/her bed, in parent's bed, on couch)?	1 2 3 4 5
14) ...go to bed <u>at the same time</u> (within 10 minutes)?	1 2 3 4 5
15) ...get put to bed <u>by the same person</u> ?	1 2 3 4 5
In the past month, in the hour <u>before</u> going to bed, how often did your child...	How often does it occur? Almost never Occasionally Half the time Often Nearly always
16) ...read/listen to a story?	1 2 3 4 5
17) ...play with games or toys?	1 2 3 4 5
18) ...have active play (such as roughhouse or run around)?	1 2 3 4 5
19) ...watch TV?	1 2 3 4 5
20) ...play video games?	1 2 3 4 5
21) ...listen to music?	1 2 3 4 5
22) ...have a snack or drink?	1 2 3 4 5
23) ...take a shower/bath?	1 2 3 4 5
24) ...brush teeth?	1 2 3 4 5
25) ...use the toilet?	1 2 3 4 5
26) ...hug/kiss caregiver?	1 2 3 4 5
27) ...say goodnight to family members?	1 2 3 4 5
28) ...get tucked in?	1 2 3 4 5
29) ...put on pajamas?	1 2 3 4 5
30) ...say prayers?	1 2 3 4 5
31) ...cuddle with caregiver?	1 2 3 4 5

Anexo 3 (Itens do questionário HSCL-25)

	Not at all (1)	A little bit (2)	Quite a bit (3)	Extremely (4)
Suddenly scared for no reason				
Feeling fearful				
Faintness, dizziness, or weakness				
Nervousness or shakiness inside				
Heart pounding or racing				
Trembling (Tremors)				
Feeling tense or keyed up				
Headaches				
Spells of terror or panic				
Feeling restless, can't sit still				
Feeling low in energy—slowed down				
Blaming yourself for things				
Crying easily				
Loss of sexual interest or pleasure				
Poor appetite				
Difficulty falling asleep, staying asleep				
Feeling hopeless about the future				
Feeling blue				
Feeling lonely				
Feeling trapped or caught				
Worrying too much about things				
Feeling no interest in things				
Thoughts of ending your life				
Feeling everything is an effort				
Feelings of worthlessness				
<hr/>				
Scoring of (HSCL-25)				

Anexo 4 (Amostra incompleta dos itens do questionário APQ)

**The University of New Orleans
Alabama Parenting Questionnaire (APQ)
(Parent Form)**

Child's Name: _____ ID#: _____

Parent Completing Form(Circle one): Mother Father Other: _____

Instructions: The following are a number of statements about your family. Please rate each item as to how often it TYPICALLY occurs in your home. The possible answers are Never (1), Almost Never (2), Sometimes (3), Often (4), Always (5). PLEASE ANSWER ALL ITEMS.

	Never	Almost Never	Sometimes	Often	Always
1. You have a friendly talk with your child.	1	2	3	4	5
2. You let your child know when he/she is doing a good job with something.	1	2	3	4	5
3. You threaten to punish your child and then do not actually punish him/her.	1	2	3	4	5
4. You volunteer to help with special activities that your child is involved in (such as sports, boy/girl scouts, church youth groups).	1	2	3	4	5
5. You reward or give something extra to your child for obeying you or behaving well.	1	2	3	4	5
6. Your child fails to leave a note or to let you know where he/she is going.	1	2	3	4	5
7. You play games or do other fun things with your child.	1	2	3	4	5
8. Your child talks you out of being punished after he/she has done something wrong.	1	2	3	4	5

	Never	Almost Never	Sometimes	Often	Always
22. You let your child out of a punishment early (like lift restrictions earlier than you originally said).	1	2	3	4	5
23. Your child helps plan family activities.	1	2	3	4	5
24. You get so busy that you forget where your child is and what he/she is doing.	1	2	3	4	5
25. Your child is not punished when he/she has done something wrong.	1	2	3	4	5
26. You attend PTA meetings, parent/teacher conferences, or other meetings at your child's school.	1	2	3	4	5
27. You tell your child that you like it when he/she helps out around the house.	1	2	3	4	5
28. You don't check that your child comes home at the time she/he was supposed to.	1	2	3	4	5
29. You don't tell your child where you are going.	1	2	3	4	5
30. Your child comes home from school more than an hour past the time you expect him/her.	1	2	3	4	5
31. The punishment you give your child depends on your mood.	1	2	3	4	5
32. Your child is at home without adult supervision.	1	2	3	4	5

	Never	Almost Never	Sometimes	Often	Always
33. You spank your child with your hand when he/she has done something wrong.	1	2	3	4	5
34. You ignore your child when he/she is misbehaving.	1	2	3	4	5
35. You slap your child when he/she has done something wrong.	1	2	3	4	5
36. You take away privileges or money from your child as a punishment.	1	2	3	4	5
37. You send your child to his/her room as a punishment.	1	2	3	4	5
38. You hit your child with a belt, switch, or other object when he/she has done something wrong.	1	2	3	4	5
39. You yell or scream at your child when he/she has done something wrong.	1	2	3	4	5
40. You calmly explain to your child why his/her behavior was wrong when he/she misbehaves.	1	2	3	4	5
41. You use time out (make him/her sit or stand in a corner) as a punishment.	1	2	3	4	5
42. You give your child extra chores as a punishment.	1	2	3	4	5

Anexo 5

Avaliação Crítica para Estudos Transversais Analíticos (8 itens de avaliação).

1. *Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?*
2. *Os sujeitos do estudo e o contexto foram descritos em detalhe?*
3. *A exposição foi medida de forma válida e confiável?*
4. *Foram utilizados critérios objetivos, padrão para a medição da condição?*
5. *Foram identificados fatores confundentes?*
6. *Foram abordadas estratégias para lidar com fatores confundentes?*
7. *Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?*
8. *Foi utilizada a análise estatística apropriada?*

Anexo 6

Avaliação Crítica de Estudos de Caso (8 itens de avaliação).

1. *As características demográficas do participante são claramente descritas?*
2. *A história do participante foi claramente descrita e apresentada sequencialmente?*
3. *A situação clínica atual do utente foi claramente descrita na apresentação?*
4. *Os testes ou métodos de diagnóstico, e respetivos resultados, foram claramente descritos?*
5. *A(s) intervenção(ões) ou procedimento(s) de tratamento foram claramente descritos?*
6. *A condição clínica pós-intervenção foi claramente descrita?*
7. *Foram identificados e descritos eventos adversos (danos) ou eventos imprevistos?*
8. *O estudo de caso fornece informações aplicáveis?*

Anexo 7

Avaliação Crítica para Estudos de Caso-Controllo (10 itens de avaliação).

1. *Os grupos eram comparáveis além da presença de doença nos casos ou ausência de doença no controlo?*
2. *Os casos e controlos foram agrupados apropriadamente?*
3. *Foram utilizados os mesmos critérios na identificação de casos e controlos?*
4. *A exposição foi avaliada de forma padronizada, válida e confiável?*
5. *A exposição foi avaliada da mesma forma para os casos e controlos?*
6. *Foram identificados fatores confundentes?*
7. *Foram expressas as estratégias utilizadas para analisar fatores confundentes?*
8. *Os resultados foram avaliados de forma padronizada, válida e credível, para os casos e controlos?*
9. *O período de exposição foi suficientemente longo para ser significativo?*
10. *Foi utilizada análise estatística apropriada?*