



Experiências de vida de mães com filhos com PHDA

Dissertação de Mestrado em Educação
Especial, Domínio Cognitivo Motor

Helena Maria Araújo Carvalho de Oliveira

IESF- Escola Superior de Educação de Fafe

2018/2019



ESEF - ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE FAFE

Experiências de vida de mães com filhos com PHDA

Dissertação de Mestrado em Educação
Especial, Domínio Cognitivo Motor

Helena Maria Araújo Carvalho de Oliveira

Sob a Orientação do Prof.º Doutor Vítor Sil

Resumo:

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é a perturbação infantil que mais desafios coloca às escolas e às famílias, devido às suas características mais marcantes como a impulsividade e a agitação motora.

Esta investigação prende-se em conhecer a PHDA e a sua implicação na vida familiar, destas crianças ou jovens, nomeadamente na vida das suas mães pois são estas que passam mais tempo com o seu/sua filho(a). Deste modo, traçaram-se alguns objetivos com o intuito de aferir se as mães lidam bem com os filhos com PHDA; se as crianças/jovens têm o acompanhamento necessário e quais as principais implicações da PHDA dos(a) filho(as) na vida das respetivas mães. Participaram no estudo, através da aplicação do inquérito por questionário, 50 mães de crianças/jovens com essa perturbação do neurodesenvolvimento.

Palavras chave: PHDA, mães, impacto social, impacto familiar, medicação

Abstract:

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most challenging childhood disorder for schools and families due to its most striking features such as impulsivity and motor restlessness.

This research is about knowing the ADHD and its implication in the family life of these children or young people, especially in the life of their mothers because they are the ones who spend more time with your child. Thus, some objectives were set in order to assess whether mothers deal well with their children with ADHD; if children / young people have the necessary follow-up and what are the main implications of their children's ADHD in their mothers' lives. Fifty mothers of children / young people with this neurodevelopmental disorder participated in the study.

Keywords: ADHD, mothers, social impact, family impact, medication

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	2
Método	15
Resultados	17
Discussão de Resultados	30
Conclusão	38
Bibliografia	40
Anexos	43

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento (Fonseca, 2017) com elevada prevalência na criança e a que mais desafios coloca às escolas e às famílias devido às suas características, nomeadamente, desatenção, agitação motora e impulsividade. Refira-se que estas duas últimas características são as que mais sobressaem, uma vez que a criança/jovem age, na maioria das vezes, sem pensar e está em constante movimento.

“Até há pouco tempo a PHDA era considerada uma perturbação exclusiva da infância...” (Antunes, 2018, p. 261); todavia, ao longo da vida, a PHDA influencia as diversas fases do desenvolvimento da criança/jovem; assim, no pré-escolar aparecem as alterações de comportamento; já em idade escolar, para além das alterações de comportamento surgem as dificuldades de aprendizagem e a dificuldade de relacionamento com os seus pares. Por seu turno, na adolescência, prevalecem as dificuldades escolares que podem conduzir à exclusão escolar e surgem os comportamentos antissociais. Na fase da idade adulta, problemas laborais, problemas afetivos e propensão a ter acidentes são um facto associado a esta perturbação do neurodesenvolvimento. Podemos mesmo dizer que a PHDA representa uma característica que “(...) afeta não só a esfera profissional, como também a vida pessoal e relacional...reflete-se numa instabilidade pessoal e profissional” (op. cit., p.263).

As crianças e jovens com PHDA representam um constante desafio para as suas famílias, porque, devido às suas características têm, por vezes, comportamentos disruptivos e desafiantes que, quer em público ou em família, causam embaraço à família, mal-estar e desconforto aos presentes que, frequentemente, não perdem tempo em julgar a família, fazendo juízos de valor sobre a educação e regras dadas aos seus/suas filhos(as). Daí a importância em conhecer as implicações da PHDA na vida das mães com filhos(as) com esta perturbação, uma vez que são as mães que mais acompanham e passam mais tempo com estas crianças e jovens; tornando-se fundamental aferir qual o impacto desta perturbação do neurodesenvolvimento nos diferentes contextos, quer social e/ou familiar, da vida da mãe e compreender se estas crianças/jovens têm o acompanhamento necessário ao seu desenvolvimento, nomeadamente, terapêuticas e uso de medicação.

Para a recolha de informação, nesta investigação, foi utilizado um inquérito por questionário, que aborda o impacto na vida familiar, social e uso de medicação. Este foi aplicado on-line e destinou-se a mães cujos filhos(as) têm PHDA.

Enquadramento teórico:

A PHDA apesar de parecer uma perturbação recente, já remonta de tempos mais longínquos.

As primeiras referências aos transtornos hiperkinéticos na leitura médica apareceram no meio do século XIX. Entretanto, a sua nomenclatura tem vindo a sofrer alterações contínuas.

A primeira descrição médica que se conhece da PHDA reporta-se há mais de dois séculos e foi feita pelo médico alemão Melchior Adam Weikard, em 1775, onde descreveu adultos e crianças desatentos, que se distraíam com extrema facilidade, apresentavam falta de persistência, excesso de atividade e impulsividade. Esta entidade, que designou “*Attentio Volubilis*” e que se assemelha à atual PHDA seria, embora já sugerisse, uma predisposição biológica (Weikard, 1775) citado por (Correia, 2018).

Em março de 1902, numa palestra para Real Colégio de Médicos em Londres, George Still, “reconhecido pelo registo de uma doença crónica comum em crianças, atualmente denominada “doença de Still”, descreveu um grupo de 43 crianças, relatando que seriam portadoras de um “defeito anómalo do controlo moral”, comportando-se de forma frequentemente agressiva, desafiadora e resistente à disciplina: identificou dificuldades de concentração e atenção e uma incapacidade de apreender as consequências efetivas dos seus atos.” (Fonseca, 2017, p. 5). Ainda se manifestavam “problemas associados, a desonestidade, crueldade, a desobediência sistemática e problemas de aprendizagem escolar. Para algumas destas crianças estes problemas apresentavam-se como crónicos, aumentando o risco de desenvolvimento de condutas antissociais” (Lopes, 2004, pp. 2-3).

No início do século XX, no período de 1917-1918 assistiu-se a um grande surto de encefalite ocorrido na América do Norte, o qual despertou um elevado interesse/curiosidade por parte dos médicos da altura, uma vez que os comportamentos apresentados pelas crianças que sobreviveram a esse surto (infecção cerebral que provocou muitas sequelas ao nível cognitivo e comportamental) eram muito semelhantes aos da PHDA (Cantweel, 1981; Kessler, 1980; Stewart, 1970), citados por (Lopes, 2004) “Estas incluíam sintomas como deficiências na atenção, na regulação da atividade e impulsividade (ou seja, os sintomas cardinais do que hoje é chamado PHDA) e ainda outros problemas associados incluindo deficiências cognitivas, dificuldades no relacionamento interpessoal, comportamentos de desafio e oposição e problemas de conduta e delinquência” (Lopes, 2004, p. 5).

Na década de 40, surgiu a designação “lesão cerebral mínima”, que já em 1962, foi modificada para “disfunção cerebral mínima”, reconhecendo-se que as alterações características da síndrome relacionam-se mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesão nas mesmas (Barbosa, 1995) citado por (Nobre, 2006/2007).

Segundo Barkley (1990) citado por (Lopes, 2004), os anos 60 representam um marco na definição da PHDA, pelo facto de as manifestações comportamentais da hiperatividade começarem a ganhar impacto. Todavia, é com a publicação de um artigo de Chess (1960) citado por (Lopes, 2004) que o excesso de atividade passa a ser considerado um sintoma central da perturbação, havendo a necessidade de se obter evidências sintomatológicas objetivas independentemente da apreciação de professores e pais. Neste âmbito, os pais também deixam de ser responsabilizados pelos problemas dos filhos (op. cit.).

Segundo Coll, Palacio & Marchesi (2004), existem diversas facetas que, de forma mais ou menos explícita e com diferente peso para uns ou outros autores, permitem a caracterização destes distúrbios.

Esta classificação de distúrbios condutais com início na infância e adolescência apresenta-se do seguinte modo (COLL, MARCHESI, PALACIOS, MARCHESI, & PALACIOS, 2004):

DSM-II DISTÚRBIOS CONDUTUAIS (1968)	● Reação hipercinética ● Reação de isolamento ● Reação de hiperansiedade ● Reação de fuga ● Reação agressiva anti-social ● Reação de delinquência em grupo
ICD-9 PERTURBAÇÕES DA CONDUTA (1977)	● Perturbação insocial da conduta expressa de forma individual ● Distúrbio compulsivo da conduta ● Perturbação mista da conduta e emoções ● Perturbação da conduta em grupos.// Outros,
	● Distúrbio por déficit de atenção ● com hiperatividade ● sem hiperatividade
DSM-III DISTÚRBIOS CONDUTUAIS (1980)	● Infra-socializado agressivo ● Infra-socializado não-agressivo ● Distúrbio de conduta ● Socializado agressivo ● Socializado não-agressivo
	● Distúrbio por déficit de atenção com hiperatividade

HERBERT, M. - DISTÚRBIOS DE CONDUTA
(1978)

- Hiperatividade
- Conduta indócil e coercitiva
- Conduta desorganizadora
- Conduta agressiva e violenta

SANCHÉZ MOISO - DISTÚRBIOS DE CONDUTA
(1978)

- Distúrbios do sono
- Distúrbios da alimentação
- Distúrbios esfincterianos
- Distúrbios da afetividade
- Distúrbios da atividade
- Distúrbios da linguagem
- Distúrbios da sexualidade
- Distúrbios do estado de ânimo
- Distúrbios psicovegetativos
- Distúrbios da aprendizagem escolar
- Distúrbios das relações sociais
- Distúrbios que infringem leis sociais

Figura 1 – Classificação de distúrbios condutais com início na infância e adolescência (Coll, Palacios & Marchesi, 2004)

Na última edição da DSM-V, define que

“a característica essencial da perturbação de hiperatividade /défice de atenção (PHDA) é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. A desatenção manifesta-se, comportamentalmente, na PHDA pela divagação da tarefa, falta de persistência, havendo dificuldade em manter a concentração e organização, sem que isso se deva a comportamento desafiante ou falta de compreensão. A hiperatividade refere-se à atividade motora excessiva (tal como uma criança a correr às voltas) quando não é apropriado, ou inquietação, agitação ou loquacidade excessivos. Nos adultos, a hiperatividade pode manifestar-se por inquietude extrema ou por esgotarem os outros com a sua atividade. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e que têm um elevado potencial de prejudicar o indivíduo (por exemplo precipitar-se para a rua sem olhar). A impulsividade pode refletir um desejo de recompensa imediata ou uma inaptidão para adiar a gratificação.” (Association, 2014, p. 71).

Estes sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade formam a tríade clássica da PHDA, de acordo com o pesquisador Russell Barkley, a “santíssima trindade” da perturbação. (Lima, 2005, p. 80) que é “mais frequente no sexo masculino do que no feminino” (Association, 2014, p. 73).

Vulgarmente dizemos que a atenção, é a capacidade de tempo que permanecemos em tarefa, sem nos alhearmos com o que nos rodeia e que nos possa fazer parar com essa tarefa.

As crianças/jovens com PHDA “exibem, por definição, níveis elevados de desatenção relativamente a outras crianças da mesma idade” (Lopes, 2004, p. 60), logo não conseguem permanecer muito tempo na mesma tarefa, e caso a tarefa não lhes desperte interesse, maior é a probabilidade de se distraírem “com a mosca que vai passar”; “tudo indica que a diminuição esteja sobretudo relacionada com o facto de a tarefa não possuir um valor de atração suficiente ou não parecer produzir recompensa visível e imediata para o sujeito” (Barkley R. A., 1990) citado por (Lopes, 2004, p.61), isto faz com que ela seja lenta na execução na tarefa ou então não a chega a terminar, porque não foi capaz de ouvir o que lhe foi dito até ao fim, logo não sabe tudo o que tem para fazer.

Pode-se mesmo referir que “os comportamentos “distraídos” das crianças com hiperatividade devem-se mais à incontrolável dificuldade em gerir o tempo (que é fundamental para ouvir instruções até ao fim, como para saber, por exemplo, quanto tempo será necessário para fazer os trabalhos de casa a tempo e horas) do que a incapacidade de ouvir ou processar corretamente a informação” (op. cit., p. 62). Assim, “Skinner (1953, op. cit., p. 65) desenvolveu uma análise relevante no que concerne ao constructo “atenção”, defendendo que não representa um comportamento ou resposta do sujeito, mas uma relação entre um estímulo discriminativo e o comportamento desse sujeito, constituindo uma conexão entre o estímulo e a resposta. Neste sentido, a “desatenção” como uma fraca relação estímulo-resposta e a “impulsividade” como uma resposta demasiado rápida ao estímulo” (op. cit., p.65).

No que concerne ao diagnóstico, a desatenção tem de ter “6 ou mais sintomas a persistir pelo menos durante 6 meses num grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem um impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais” (Association, 2014, p. 69).

Assim, se na desatenção a criança/jovem não consegue ouvir tudo o que se lhe diz até ao fim, já na impulsividade, costumamos dizer que ela tem a resposta na ponta da língua, uma vez que fala sem pensar e acaba por dizer coisas descabidas. Corrobora Lopes (2004) afirmando que a impulsividade é a resposta demasiado rápida ao estímulo, o que faz com que ela tenha dificuldade em:

seguir instruções e não esperam pela sua vez nos jogos ou em filas. Existe igualmente o risco acrescido de sofrerem acidentes, uma vez que se envolvem em atividades perigosas sem ter em consideração o seu perigo potencial. Têm notórias dificuldades em suportar a frustração, pelo que evitam tarefas que previsivelmente só oferecem gratificação a médio ou longo prazo. Desistem facilmente, preferindo tarefas de recompensa imediata (...) e que impliquem menos trabalho. A incapacidade inibição dos impulsos leva-as a proferir frases socialmente inadequadas ou a interromper a sequência do discurso de outrem (op. cit., p. 75).

Estas crianças e jovens com PHDA, ao mesmo tempo, apresentam uma incrível agitação motora, não param quietas, estão sempre em movimento, pois “apresentam normalmente níveis de atividade substancialmente superiores à média, quer no nível motor quer no nível vocal. Ao nível motor é comum estas crianças mexerem permanentemente as mãos e as pernas, apresentam uma grande dificuldade em estar quietas ou simplesmente descansarem e, sobretudo, exibirem estes movimentos em momentos desajustados” (op. cit., p. 79).

Já o diagnóstico de Hiperatividade e impulsividade implica: “ 6 ou mais (...) sintomas”, persistirem “pelo menos 6 meses a um nível que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais” (Association, 2014, p. 70).

Frequentemente, a PHDA é chamada de “hiperatividade” ou “défice de atenção” (Antunes, 2018). A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é um distúrbio crónico, com capacidade para afetar significativamente o desempenho académico, familiar, emocional, social e laboral, ao longo da vida, causando sofrimentos nas crianças atingidas e suas famílias (Taylor, et al., 2004); (Barkley R. A., History of ADHD, 2015 a); (Rappley, 2005), citado em (Correia, 2018).

A PHDA caracteriza-se por dificuldades crónicas com a atenção, com o controlo motor e dos impulsos (Correia, 2018); sendo que os sintomas tornam-se mais evidentes em situações exigentes em termos de atenção, restrição de movimentos, inibição dos impulsos e cumprimento de regras (Cordinhã & Boavida, 2008), citado por (Correia, 2018).

Ao nível da escola, o estilo de ensino de um professor e as suas convicções modificam a resposta ao comportamento do aluno. Um professor mais tradicional, exigente no tempo de atenção e quietude da criança, que imponha tarefas mais prolongadas, terá mais queixas do que outro que adote um estilo mais livre, com tarefas curtas e diversificadas (Antunes, 2018).

Bromberg e Benczik (2008) consideram o convívio social com os colegas, o aprender a lidar com as regras, com a estrutura e limites de uma educação organizada, como um benefício, dado que a escola corresponde, em pequena escala, à sociedade em que irão viver quando forem adultos citado por (Matos, 2013).

Os problemas de relacionamento associados ao comportamento de crianças com PHDA decorrem do confronto que se estabelece entre um contexto escolar muito exigente, sob o ponto de vista das regras sociais, e o recurso a comportamentos que são contrários à sintomatologia que apresentam (Kos, Richdale, & Hay, 2006) citado por (Batista, 2010). Exemplo disso, são as dificuldades que revelam nos relacionamentos com os colegas, adotando comportamentos disruptivos, como a desobediência a regras e a figuras representativas de autoridade e os problemas de conduta (mentir e roubar) (DuPaul & Stoner, 2007) citado por (op. cit).

Em suma, a PHDA manifesta-se em criança, mas prolonga-se até à idade adulta,

Tanto na criança como no adulto, raramente cursa de forma isolada e as comorbilidades (patologias coexistentes) são a regra. Estas incluem insucesso académico, problemas de aprendizagem específicos, comportamento de oposição e desafio, agressividade, abuso de substâncias, depressão, ansiedade, acidentes de todos os tipos, distúrbios da personalidade, criminalidade, doenças infecciosas, gravidezes precoces, divórcio parental e do paciente no futuro, entre muitas outras (Boavida & Estrada, 2019).

Ser pai ou mãe é, geralmente uma tarefa difícil, mas ser pai ou mãe de uma criança/jovem com PHDA revela-se ainda mais difícil, pois requer ainda mais paciência, dedicação e coragem. Dada a sua especificidade, a PHDA afeta não só a criança/jovem, mas também toda a família. Segundo o Modelo Ecológico Sistémico, a família é o primeiro ambiente em que a criança interage através das relações, sendo na família que a criança estabelece as suas primeiras interações sociais, adquire regras e valores, apresentando-se a sua relação com os pais

fundamental na sua formação enquanto pessoa. A família constitui-se na principal responsável pela transmissão de normas, valores e crenças (Bronfenbrenner, 1996); ela representa a base e a estrutura necessária ao desenvolvimento adequado destas crianças/jovens como pessoas.

Na sociedade atual e apesar das recentes alterações à Lei da Parentalidade, que permite também ao pai, por exemplo, faltar ao trabalho para dar assistência a um(a) filho(a) menor em caso de doença; de se deslocar à escola do seu/sua filho(a) para se inteirar da sua situação escolar; de dar assistência ao seu/sua filho(a) com deficiência ou doença crónica, etc.; verifica-se, contudo, que continua a ser a mãe que assume a responsabilidade nessas e noutras situações, podendo-se “considerar que, o facto dos maiores cuidados e responsabilidades na educação dos filhos estarem relacionados com a figura feminina, é uma condição cultural, que ainda se encontra presente nos dias de hoje” (Silva, 2009, p. 17).

Assim, para além de trabalhar fora, a mãe é responsável por cuidar da casa e do filho(a) e é com a mãe que a criança/jovem com PHDA passa mais tempo no seio familiar. Todavia, consequentemente, mais contato gera mais conflito, podendo tornar-se um processo exaustivo, na medida em que as respostas dos(as) filhos(as) são, na sua maioria, negativas em relação ao comportamento esperado pelos pais como satisfatório (Barkley R. , 2002). Está comprovado que “These women had almost sole responsibility for the care of these children, despite the presence of partners. Although they stated that they would enjoy having some respite, finding someone to look after these children proved to be difficult”¹ (Peters & Jackson, 2008, p. 65).

A existência de uma boa rede de apoio é fundamental para estas mães, é importante que elas saibam que podem contar com ajuda e de onde é que ela vem, quer seja da família mais direta (avós, tios...), quer de amigos ou até de vizinhos, mas “a criança com PHDA acaba tornando-se um desafio e muitas vezes, um transtorno para toda a família por causa do seu comportamento irrequieto e acelerado” (Silva, 2009, p. 17).

Um estudo realizado em 2008, refere que as mães “They experienced minimal practical support from family, friends or community services. People were reluctant to babysit or involve these women’s children social activities, and this was attributed to the child’s challenging behaviours”² (Peters & Jackson, 2008, p. 65). Posto isto, podemos salientar que a família direta que deveria ser a “rede de proteção” destas mães, acaba muitas vezes por falhar, porque as

¹ Estas mulheres tinham quase a única responsabilidade pelo cuidado das crianças, apesar da presença de parceiros. Embora afirmassem que gostariam de ter algum descanso, encontrar alguém para cuidar dessas crianças provou ser difícil.

² Tiveram um apoio praticamente mínimo da família, amigos e serviços comunitários. As pessoas relutavam em tomar conta ou envolver os filhos dessas mulheres em atividades sociais, e isso era atribuído aos comportamentos desafiadores da criança.

peessoas vão-se afastando devido ao comportamento irrequieto e, muitas vezes, disruptivo destas crianças/jovens.

No ambiente familiar, o comportamento inconstante, agitado e desatento que a criança hiperativa apresenta, muitas vezes, gera conflitos não só com os pais ou responsáveis, mas também com os seus primos e primas, tios e tias, avós e avôs, e principalmente irmãos e irmãs, talvez pelo facto destes passarem mais tempo juntos (Silva, 2009, p. 19).

Este comportamento tem um “efeito dominó” para além de afetar a criança/jovem, afeta todos à sua volta, respetivamente, mãe, pai, irmãos, caso os tenha, e a situação intensifica-se se o casal em vez de um, tiver dois filhos com PHDA,

o problema é muitas vezes criador de um cansaço para além do imaginável. Todos nós, pais, sabemos como lidar com uma rebeldia ocasional, uma frustração de vez em quando, mas imaginar que todos os dias a “luta” começa de manhã, desde o levantar ao pequeno almoço e se prolonga em todos os pequenos gestos do quotidiano, leva a compreender que alguns pais se deem por vencidos (Antunes, 2018, pp. 253, 254).

No que diz respeito a todas as atividades de lazer, como sair para comer fora ir ao cinema, ir ao cabeleireiro ou até ir às compras, podem-se revelar muito stressantes, representando as rotinas diárias um tormento. De acordo com a Dr.^a Daniela Nascimento, do núcleo de PHDA do CADin:

As implicações do Défice de Atenção verificam-se nas rotinas de todos os dias. Os pais ficam transtornados porque os filhos não são autónomos, não se organizam no tempo, não se conseguem responsabilizar por vestir/despir, tomar banho, comer, organizar a mochila (...) os TPC são a cereja no topo do bolo. Socialmente também são crianças com dificuldade sem jogo de grupo, principalmente se implicam um planeamento... com regras a cumprir... facilmente as esquecem! O caos instala-se e para a próxima os amiguinhos já sabem o que fazer... brincar sem o desatento. Há

crianças com Défice de Atenção que conseguem funcionar sem dificuldade a vários níveis à exceção do académico, mas acho que não é a maioria (Antunes, 2011, p. 146).

Em consonância com o anteriormente exposto, o dia-a-dia da vida destas mães define-se para além de atribulado, condicionado; na medida que deixam até de fazer algo que gostam e que as poderia ajudar a descontrair um pouco, por causa do comportamento do(a) filho(a), como se pode constatar pela afirmação de (Peters & Jackson, 2008, p. 65) “The difficult behaviour exhibited by their children had a negative impact in many aspects of these women’s lives. They were often restricted in their social activities and rarely had time to themselves”³.

Embora este estudo se centre na mãe, a criança/jovem tem também um pai, que embora passe menos tempo com ele/ela também é afetado pelo seu comportamento, que gera muitas vezes situações de conflito, levando ao divórcio do casal. “Não surpreende que os estudos revelem um número mais elevado de separações e divórcios em casais com filhos com PHDA” (Antunes, 2018, p. 238).

Como já referido, ser pai ou mãe de uma criança/jovem com PHDA requer paciência, dedicação e coragem, porque

A PHDA manifesta-se frequentemente como factor desestabilizador da harmonia familiar com a vida quotidiana ocupada por rotinas e estratégias estruturadas para superar os desafios diários da criança (...) porque esta tarefa educacional é altamente consumidora de tempo, muitas vezes estes pais não são capazes de passar tempo de qualidade com os outros filhos e mesmo com os seus cônjuges (Fonseca, 2017, p. 11).

Tal fator “condiciona nos pais um stress superior em comparação a pais de crianças com patologias médicas crónicas e défices do desenvolvimento” (op. cit., p.11).

Encontrando-se a sociedade atual, assim como a escola numa era de mudança; importa mencionar que o Ministério da Educação tem vindo a demonstrar preocupação em proporcionar

³ O comportamento difícil exibido pelos seus filhos tem um impacto negativo em muitos aspetos da vida dessas mulheres, elas são frequentemente restringidas nas suas atividades sociais e raramente têm tempo para si mesmas.

oportunidade equitativas a todas as crianças e jovens para acederem ao currículo e serem bem-sucedidos nas suas aprendizagens. Assim, com a implementação dos Dec. Lei n.º 54/2018 sobre a Educação Inclusiva e o Dec. Lei n.º 55/2018 que define um regime de autonomia e flexibilidade curricular de modo a alcançar as metas estabelecidas no Perfil dos Alunos à saída da escolaridade obrigatória; verifica-se que as escolas atualmente têm autonomia para adaptar os seus currículos, não na sua totalidade, mas uma parte, o que já representa uma grande mudança e uma oportunidade para estes alunos.

No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer, pois as mentalidades têm de mudar, enquanto isso não acontecer, o professor continua a ser um replicador de matéria e a escola a representar um ambiente muito difícil no dia-a-dia destas crianças/jovens com PHDA, porque têm de respeitar as regras, permanecer quietos ou sentados durante longos períodos e aprender temas que muitas das vezes não são do seu interesse, a um ritmo desadequado à sua condição.

A escola tem uma elevada importância neste processo, pois, frequentemente, é com a entrada na escola que a criança é diagnosticada com PHDA e os pais procuram ajuda; embora “não é raro que a educadora já tenha alertado os pais. No entanto, é apenas na entrada para a escola que estes se decidem a pedir ajuda” (Antunes, 2018, p. 234).

Denote-se que a hiperatividade, a falta de atenção e a impulsividade, começam a notar-se, porque a criança/jovem não para quieto(a) na cadeira, está sempre a levantar-se, distrai-se facilmente, está sempre a falar, está sempre a pedir para ir à casa de banho, deixa cair o lápis vezes sem conta, não sabe esperar pela sua vez, diz coisas que nada têm haver com o tema...; comportamentos que, para além de serem um obstáculo à sua aprendizagem, “perturbam” o ritmo da aula. Corroborar (Fonseca, 2017, p. 6) ao afirmar que “o diagnóstico da PHDA é feito geralmente durante os primeiros anos que se seguem ao início da atividade escolar, sendo frequentemente notados os primeiros sinais e sintomas pelos pais e professores no contexto de sala de aula”.

Estas crianças/jovens, dadas as suas especificidades, são:

muitas vezes vistas, como um incómodo (...) começando por sua família e em seguida pela escola. É bastante comum (...) em especial as mães, se sentirem cansadas, tanto com desgastes físicos, quanto emocionais e psicológicos, o que pode

ser explicado pelo facto de ouvirem mais frequentemente as reclamações das pessoas a respeito da criança (Silva, 2009, p. 18).

Como é muito difícil para estas crianças/jovens controlar os seus impulsos, perturbam o ritmo da aula e são, muitas vezes, considerados indisciplinados e conflituosos, podendo levar “a um isolamento social dentro da própria escola. Os amigos, muitas vezes, evitam brincar com essa criança” (Silva, 2009, p. 24). Segundo Topczewski (1999, p. 59), citado por (Silva, 2009, p. 24), “a tendência natural para o aluno que não consegue atingir os objetivos propostos é ser excluído e, também, desvalorizado, o que compromete o seu estado emocional, social e familiar” (op. cit., p.24).

Toda essa situação é agravada com o facto de os professores confrontarem os pais com queixas acerca do comportamento do(a) seu/sua educando(a), levando a um desgaste emocional. (Antunes, 2018, pp. 134, 135) atesta isso mesmo, referindo que:

na maior parte das vezes temos os pais desanimados, crentes de que não podem fazer mais nada, e sem qualquer motivação para irem à escola, pois sabem que vão ser sempre confrontados com o mau comportamento do filho. Há pais que confessam nem sequer atravessar o portão, para fugirem às queixas diárias. Não apenas dos professores, mas também de auxiliares, de colegas do filho, dos pais deles...

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é a perturbação do neurodesenvolvimento da criança mais estudada.

A PHDA é, tal como a perturbação do espectro do autismo, uma das mais estudadas, a mais frequente, mas em pleno séc. XXI, infelizmente a mais discriminada. Pela sua elevada incidência associada ao grande impacto social e patológico, é considerada pelas agências competentes de saúde a nível global como uma patologia de alto risco para a saúde pública (Boavida & Estrada, 2019).

A PHDA também é a que mais controvérsia causa devido ao uso de medicação:

Um dos aspetos que distingue a PHDA de todas as outras, é a existência duma abordagem terapêutica farmacológica com elevada eficácia, a curto e a longo prazo,

e um padrão de segurança ímpar entre os fármacos em geral e os psicofármacos em particular. Os medicamentos atualmente aprovados para a PHDA em Portugal são o metilfenidato (impropriamente designado por “ritalina”), a lisdexanfetamina e a atomoxetina. É de notar que vários estudos parecem apontar que o metilfenidato não só é benéfico no controlo da patologia, mas também parece beneficiar o cérebro das crianças com PHDA. Por exemplo, estudos de ressonância magnética estrutural e funcional têm vindo a revelar que a massa cerebral total de crianças com PHDA que tomam a medicação é igual às que não sofrem da patologia. Em contraste, nas crianças com PHDA que não tomam medicação, têm um volume de massa cerebral reduzido, comparado com os que tomam e com as que não sofrem da patologia (Boavida & Estrada, 2019).

Saliente-se que os psicoestimulantes “são o tratamento padrão farmacológico da PHDA porque suprimem os sintomas centrais e promovem melhorias comportamentais, de aprendizagem. Do funcionamento executivo e das funções sociais. Apesar destes ganhos, o uso de psicoestimulantes continua a ser controverso e é limitado por altas taxas de descontinuação” (Fonseca, 2017, p. 6).

Os recursos a medicação, conjuntamente com terapias comportamentais, poderão melhorar a qualidade de vida da criança/jovem com PHDA e, consequentemente, a da sua família e de todos os que o rodeiam, incluindo na escola, que segundo recomendação da Assembleia da República ao Governo deve-se:

Em articulação com a comunidade médica e científica, analise a possibilidade de assegurar que o diagnóstico de perturbação de hiperatividade com défice de atenção e a primeira prescrição de metilfedinato e atomoxetina a crianças são realizados por médico especialista com competência para o efeito; Acione outros meios não farmacológicos de apoio a estas crianças, nomeadamente através de apoio psicológico e emocional (Lacão, 2019).

Defende-se assim que o recurso a medicação deve ser uma opção refletida entre a família e com aconselhamento médico, uma vez que o diagnóstico é clínico. A família deve ser esclarecida sobre os riscos/benefícios da toma dessa medicação, visto que uma vez iniciada deve ser mantida enquanto os sintomas se mantiverem; esta não causa habituação, podendo ser interrompida se a sintomatologia melhorar ou por indicação médica, caso a criança/jovem esteja a perder peso ou o seu crescimento não se coadune com a média para a sua idade. A toma de medicação pode ser interrompida ao fim de semana e nas férias (Antunes, 2018).

É importante refletir no facto de que “Educar uma criança é uma jornada exaustiva e emocional que abarca sentimentos de culpabilização, desesperança e frustração nas diferentes fases deste processo”, (Fonseca, 2017, p. 11), que advêm da necessidade de uma harmonização familiar com a vida diária da criança/jovem com PHDA, que carece de um conjunto de rotinas e estratégias estruturadas para superar os desafios com que se depara quotidianamente.

Este é um diagnóstico que não é bem aceite pela sociedade, que rotula e discrimina estas crianças/jovens, assim como, nem sempre é bem aceite pelas mães:

Quem paga o preço caríssimo pela negação da patologia são sempre os inocentes: a criança (e o seu futuro) e a sua família. Os pais, na sua maioria bastante competentes, influenciados por falsa informação, por incompetentes no ramo da saúde e por ideologia panfletária e populista de alguns partidos em que o seu conhecimento científico é praticamente nulo, tornam as crianças doentes, com famílias desesperadas em bodes expiatórios incompetentes (Boavida & Estrada, 2019).

O diagnóstico de PHDA traz consigo um estigma social e, de certa forma, condiciona a vida destas famílias, sendo que “these women felt that they and their children were stigmatized by the ADHD diagnosis⁴” (Peters & Jackson, 2008, p. 66).

Para proporcionar uma vida de maior qualidade no seio de cada família, torna-se também deveras importante que estas mães, assim como outros elementos que se relacionem mais proximamente com a criança/jovem, tenham algum conhecimento sobre a perturbação e estratégias de intervenção, pois só assim poderão melhor apoiar o seu/sua filho(a), uma vez que “a falta de informação e conhecimento sobre a PHDA por parte das pessoas que convivem com

⁴ Estas mulheres sentiram que elas e seus filhos estavam estigmatizados pelo diagnóstico de TDAH.

a criança assim diagnosticada, pode resultar em uma visão de criança fracassada, condenada a um futuro sem sucesso, o que não colabora absolutamente nada para o crescimento e desenvolvimento desta criança.” (Silva, 2009, p. 20).

2. Método

“Uma investigação é, por definição algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite com tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica.” (Quivy & Campenhoudet, 2005, p. 31); assim há que “procurar enunciar o projeto de investigação na forma de uma pergunta de partida, através da qual o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor.” (Quivy & Campenhoudet, 2005, p. 32).

Deste modo, a minha pergunta de partida prendeu-se em conhecer as implicações da PHDA na vida das mães com filhos(as) com essa perturbação. Após traçada a questão, e de acordo com a mesma, formulamos os seguintes objetivos:

- O1. Saber se as mães lidam bem com os filhos com PHDA;
- O2. Saber se as crianças/jovens têm o acompanhamento necessário;
- O3. Saber quais as principais implicações da PHDA dos(as) filhos(as) na vida das respetivas mães.

As hipóteses são “uma afirmação provisória que nos propomos verificar (confirmar ou informar)” (Bell, 2010, p. 98). Assim, delineamos como hipóteses:

- H1. Espera-se que a vida das mães seja afetada pela PHDA dos filhos(as);
- H2. Espera-se que os indivíduos com PHDA influenciam a vida da família;
- H3. Espera-se que as famílias com filhos(as) com PHDA sejam capazes de lidar convenientemente com essa perturbação ao nível sociofamiliar.

Esta investigação trata-se de um estudo exploratório com uma abordagem quantitativa e cujo instrumento utilizado foi o inquérito por questionário.

Participantes/Amostra

Um investigador necessita de uma determinada população para testar as questões da sua investigação, de forma a confirmar ou invalidar os objetivos formulados. Corrobora Mattar

(1996, p. 128), “À coleta de dados relativos a alguns elementos da população e à sua análise, que pode proporcionar informações relevantes sobre toda a população”.

Este trabalho contou com a participação de 52 mães selecionadas aleatoriamente, com idades compreendidas entre os 20 e os 50 ou mais anos, sendo que, 51,9% (n=27) destas mães se encontram na faixa dos 40 - 49 anos 67,3% (n=35) são casadas, 30,8% (n=16) tem licenciatura, 77% (n=40) trabalham por conta de outrem, (Tabela 1) 61,5% (n=32) tem 2 filhos, e 90,4% (n=47) têm 1 filho(a) com PHDA (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Característica	Categoria	Amostra: (n=52)		Característica	Categoria	Amostra: (n=52)	
		n	%			n	%
Idade	20 - 29 anos	1	1,9%	Habilitações literárias	1.º ciclo do ensino básico	0	0%
	30 - 39 anos	19	36,5%		2.º ciclo do ensino básico	2	3,8%
	40 - 49 anos	27	51,9%		3.º ciclo do ensino básico	2	3,8%
	≥ 50 anos	5	9,6%		Ensino secundário	6	11,5%
Estado civil	Solteiro(a)	1	1,9%		Ensino Profissional	3	5,8%
	Casado(a)	35	67,3%		Bacharelato	4	7,7%
	União de facto	11	21,2%		Licenciatura	16	30,8%
	Divorciado(a)	4	7,7%		Pós-Graduação	8	15,4%
	Viúvo(a)	1	1,9%		Mestrado	9	17,3%
					Doutoramento	2	3,8%
				Situação profissional	Trabalhador(a) por conta própria	5	9,6%
					Trabalhador(a) por conta de outrem	40	77%
					Desempregado(a)	7	13,4%

Tabela 2 – N.º de filhos e filhos com PHDA

	N.º de filhos		N.º de filhos com PHDA	
	Amostra: (n=52)		Amostra: (n=52)	
	n	%	n	%
1 filho(a)	12	23,1%	47	90,4%
2 filhos(as)	32	61,5%	5	9,6%
3 filhos(as)	8	15,4%	0	0%
4 ou mais filhos(as)	0	0%	0	0%

Instrumento

O instrumento utilizado nesta investigação foi o inquérito por questionário, este, “propõem-se obter informação a partir de uma seleção representativa da população (...) o objetivo é obter respostas (...) às mesmas perguntas, de modo que o investigador possa descrevê-las, compará-las e relacioná-las e demonstrar que certos grupos possuem determinadas características (...) pode tronar-se numa forma relativamente acessível e rápida de obter informação” (Bell, 2010, pp. 26, 27).

O inquérito por questionário aplicado encontra-se dividido em sete partes, nomeadamente, Dados pessoais e profissionais; Situação familiar; Impacto na vida - familiar; social e escolar;

Medicação e, por fim, foi apresentado um conjunto de afirmações retiradas do Índice de Stress Parental. As questões deste questionário são de cariz fechado e, na sua maioria, de manifestação de concordância ou discordância, tendo-se utilizado a escala de Likert com cinco pontos (Sempre; Muitas vezes; Algumas Vezes; Raramente e Nunca) de forma ao inquirido escolher a resposta mais adequada de acordo com a sua vivência, com maior facilidade e rapidez, o que posteriormente facilita a análise dos dados aferidos.

Procedimento

O inquérito por questionário foi aplicado on-line, entre 30 de julho e 11 de agosto de 2019, através do Google Formulários, com caráter de anonimato e assente numa linguagem acessível, a mães com filhos(as) com PHDA, a nível nacional (Tabela 3) verificando-se um maior número de respostas no distrito do Porto com 40,4% (n=21).

Tabela 3 - Área de residência

Distrito	Amostra: (n=52)		Amostra: (n=52)	
	n	%	n	%
Aveiro	3	5,8%	Lisboa	10
Beja	0	0%	Portalegre	1
Braga	2	3,8%	Porto	21
Bragança	0	0%	Santarém	1
Castelo Branco	0	0%	Setúbal	6
Coimbra	1	1,9%	Viana do Castelo	0
Évora	0	0%	Vila Real	0
Faro	1	1,9%	Viseu	2
Guarda	0	0%	Açores	0
Leiria	2	3,8%	Madeira	2

3. Resultados

Como já foi referido, este estudo contou com a colaboração de 52 mães com filhos com PHDA, destes 65,4% (n=34) são rapazes e 34,6% (n=18) são raparigas, destes 42,3% (n=22) frequentam o 1º ciclo do ensino básico e 53,8% (n=28) têm idades compreendidas entre os 6 – 10 anos (Tabela 4-anexo 2).

Na 3.ª parte deste inquérito, questionámos as inquiridas acerca do tema PHDA (tabela 5-anexo 2), sendo que 88,5% (n=46) já leu um livro ou artigo sobre o tema; 51,9% (n=27) fez formação, 76% (n=19) frequentaram ações de formação e 50% (n=26) considera ter um bom conhecimento acerca da problemática.

Quando questionadas sobre quais consideram ser as características fundamentais para o diagnóstico do PHDA, 78,8% (n=41) identificam a desorganização; 73,1% (n=38) falta de

atenção; 67,3% (n=35) dificuldade em esperar pela sua vez; 65,4% (n=34) esquecimento e distração e 65,1% (n=32) não cumprimento de tarefas (Tabela 6-anexo 2).

Pela observação da tabela 7, em anexo, sobre como reagiram ao diagnóstico de PHDA dos(as) filhos(as), 32,7% (n=17) consideraram que nem lidaram bem, nem mal com o diagnóstico; 26,9% (n=14) teve dificuldade em lidar com a situação e somente 3,8% (n=2) é que lidou mal com o diagnóstico.

No que concerne ao impacto desta problemática na vida familiar, abordada na IV parte deste inquérito (Tabela 8) e em relação à rede de apoio familiar com que estas mães podem contar, referiram que, em relação ao apoio dado pelos avós maternos: 26,9% (n=14) podem contar sempre com eles; 11,5% (n=6) nunca conta com este apoio e 25% (n=13) raramente pode contar. Em relação aos avós paternos, 36,5% (n=19) nunca conta com apoio; 21,2% (n=11) conta algumas vezes e 25% (n=13) raramente conta com apoio. Quanto aos tios paternos, 51,9% (n=27) nunca conta com eles; 28,8% (n=15) raramente conta e 13,5% (n=7) conta com eles algumas vezes. Em relação aos tios maternos, 36,5% (n=19) nunca conta com esse apoio; 25% (n=13) conta com apoio algumas vezes e 19,2% (n=10) raramente conta. Quando buscam apoio fora da família, nomeadamente, dos amigos, 32,7% (n=17) raramente conta com apoio; 28,8% (n=15) algumas vezes e 26,9% (n=14) nunca tem apoio dos amigos. No que concerne aos vizinhos, 57,7% (n=30) nunca tem apoio; 21,2% (n=11) raramente tem e 17,3% (n=9) conta com apoio algumas vezes. Quando questionadas se não têm apoio, 36,5% (n=19) diz que nunca tem; 26,9% (n=14) raramente e 13,5% (n=7) dizem que algumas vezes e/ou sempre têm apoio.

Tabela 8 – Questão 16

Conta com o apoio de...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Avós maternos	14	26,9%	9	17,3%	10	19,2%	13	25,0%	6	11,5%
Avós paternos	0	0,0%	9	17,3%	11	21,2%	13	25,0%	19	36,5%
Tios paternos	1	1,9%	2	3,8%	7	13,5%	15	28,8%	27	51,9%
Tios maternos	4	7,7%	6	11,5%	13	25,0%	10	19,2%	19	36,5%
Amigos	4	7,7%	2	3,8%	15	28,8%	17	32,7%	14	26,9%
Vizinhos	0	0,0%	2	3,8%	9	17,3%	11	21,2%	30	57,7%
Não tenho apoio	7	13,5%	5	9,6%	7	13,5%	14	26,9%	19	36,5%

Na tabela 9 podemos observar com que frequência a mãe sai para almoçar/jantar fora com o seu/sua filho(a) e outras pessoas que fazem parte do seu meio familiar e do seu círculo de amigos; assim 46,2% (N=24) diz que algumas vezes saem com o seu marido ou companheiro e 40,4% (n=21) saem algumas vezes com a sua família mais próxima (avós). As inquiridas

relatam que raramente saem com a família mais alargada (tios...) 40,4% (n=21), com as suas amigas 55,8% (n=29) e com as suas amigas e os seus filhos 32,7% (n=17). Quando questionadas se não saem para almoçar ou jantar fora com o/a seu/sua filho(a) e se só saem para almoçar ou jantar fora sem o/a seu/sua filho(a), 48,1% (n=25) referem nunca o terem feito.

Tabela 9 – Questão 17

Com que frequência sai para almoçar/jantar fora com o seu/sua filho(a) e...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Com o seu marido/companheiro	6	11,5%	14	26,9%	24	46,2%	7	13,5%	1	1,9%
Com a sua família mais próxima (avós)	1	1,9%	11	21,2%	21	40,4%	16	30,8%	3	5,8%
Com a sua família mais alargada (tios...)	1	1,9%	9	17,3%	14	26,9%	21	40,4%	7	13,5%
Com as suas amigas	1	1,9%	8	15,4%	6	11,5%	29	55,8%	8	15,4%
Com as suas amigas e seus filhos	2	3,8%	8	15,4%	14	26,9%	17	32,7%	11	21,2%
Não saio para almoçar ou jantar fora com o meu/minha filho/filha	1	1,9%	3	5,8%	11	21,2%	12	23,1%	25	48,1%
Só saio para almoçar e jantar fora sem o meu/minha filho/filha	0	0,0%	2	3,8%	2	3,8%	23	44,2%	25	48,1%

Quanto à frequência com que as mães saem sozinhas com o/a seu/sua filho(a) (tabela10) para ir ao cinema, 44,2% (n=23) diz que vai algumas vezes; 44,2% (n=23) vai muitas vezes ao parque infantil com o/a filho(a); 36,5% (n=19) vão muitas vezes ao café; 42,3% (n=22) vão algumas vezes à praia; 46,2% (n=24) vão muitas vezes às compras; 51,9% (n=27) saem muitas vezes para realizar atividades do seu interesse (filho) e 40,4% (n=21) saem algumas vezes para realizar atividades do interesse da mãe.

Tabela 10 – Questão 18

Com que frequência sai sozinha com o seu/sua filho(a)...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ao cinema	1	1,9%	7	13,5%	23	44,2%	13	25,0%	8	15,4%
Ao parque infantil	2	3,8%	23	44,2%	18	34,6%	3	5,8%	6	11,5%
Ao café	4	7,7%	19	36,5%	15	28,8%	9	17,3%	5	9,6%
À praia	5	9,6%	19	36,5%	22	42,3%	2	3,8%	4	7,7%
Às compras	6	11,5%	24	46,2%	18	34,6%	3	5,8%	1	1,9%
Para realizar atividades do seu interesse	4	7,7%	27	51,9%	18	34,6%	2	3,8%	1	1,9%
Para realizar atividades do meu interesse	1	1,9%	12	23,1%	21	40,4%	13	25,0%	5	9,6%

Quando inquiridas se tinham com quem deixar o/a seu/sua filho(a) quando precisavam de sair (tabela 11), 30,8% (n=16) das mães disseram que muitas vezes/algumas vezes o/a filho(a) ficava com o pai; 44,2% (n=23) nunca o deixam com os irmãos; 23,1% (n=12) ficam muitas vezes/algumas vezes com os avós; 36,5% (n=19) nunca ficam com os tios; 38,5% (n=20) nunca

ficam com uma amiga; 65,4% (n=34) nunca ficam com uma vizinha e 44,2% (n=23) nunca têm com quem deixar o seu/sua filho(a).

Tabela 11 – Questão 19

Se precisar de sair tem com quem deixar o seu/sua filho(a)...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pai	13	25,0%	16	30,8%	16	30,8%	7	13,5%	0	0,0%
Irmãos	4	7,7%	13	25,0%	5	9,6%	7	13,5%	23	44,2%
Avós	11	21,2%	12	23,1%	12	23,1%	8	15,4%	9	17,3%
Tios	1	1,9%	4	7,7%	13	25,0%	15	28,8%	19	36,5%
Amiga	1	1,9%	1	1,9%	12	23,1%	18	34,6%	20	38,5%
Vizinha	1	1,9%	1	1,9%	5	9,6%	11	21,2%	34	65,4%
Não tenho com quem deixar o meu/minha filho/filha	3	5,8%	8	15,4%	9	17,3%	9	17,3%	23	44,2%

Na tabela 12, podemos observar como as mães se sentem com uma saída ou um programa com o seu/sua filho(a). Assim, 46,2% (n=24) sente stress algumas vezes; 42,3% (n=22) algumas vezes sente alegria; 32,7% (n=17) algumas vezes sente angústia; 44,2% (n=23) raramente sente serenidade; 40,4% (n=21) algumas vezes sente preocupação e 32,7% (n=17) sente algumas vezes ansiedade.

Tabela 12 – Questão 20

Uma saída ou um programa com o seu/sua filho(a), causa-lhe...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stress	7	13,5%	13	25,0%	24	46,2%	3	5,8%	5	9,6%
Alegria	14	26,9%	15	28,8%	22	42,3%	1	1,9%	0	0,0%
Angústia	3	5,8%	10	19,2%	17	32,7%	9	17,3%	13	25,0%
Serenidade	3	5,8%	4	7,7%	19	36,5%	23	44,2%	3	5,8%
Preocupação	4	7,7%	17	32,7%	21	40,4%	5	9,6%	5	9,6%
Ansiedade	6	11,5%	13	25,0%	17	32,7%	9	17,3%	7	13,5%

Normalmente as crianças/jovens com PHDA causam situações de algum stress aos seus pais; neste sentido, questionamos as mães de como reagia o seu cônjuge/companheiro a essas situações (tabela 13), tendo apurado que 42,3% (n=22) diz que este reage muitas vezes com stress. Já 38,5% das mães (n=20) referem algumas vezes o cônjuge/companheiro sentir alegria e 13,5% (n=7) raramente ou nunca sentir essa alegria. Dos dados apurados verificamos que, algumas vezes, 30,8% (n=16) dos cônjuges/companheiros reagem com angústia, 46,2% (n=24) com serenidade, 48,1% (n=25) com preocupação, 30,8% (n=16) com ansiedade e 38,5% (n=20) referem que o seu cônjuge/companheiro nunca reage com indiferença. Das mães questionadas, 50% (n=26) diz que o pai é uma figura presente.

Tabela 13 – Questão 21

Como reage o seu cônjuge/companheiro às situações de stress causadas pelo seu/sua filho(a)...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stress	3	5,8%	22	42,3%	20	38,5%	5	9,6%	2	3,8%
Alegria	5	9,6%	13	25,0%	20	38,5%	7	13,5%	7	13,5%
Angústia	2	3,8%	9	17,3%	16	30,8%	15	28,8%	10	19,2%
Serenidade	3	5,8%	7	13,5%	24	46,2%	17	32,7%	1	1,9%
Preocupação	2	3,8%	14	26,9%	25	48,1%	8	15,4%	3	5,8%
Ansiedade	1	1,9%	15	28,8%	16	30,8%	12	23,1%	8	15,4%
Indiferença	1	1,9%	2	3,8%	17	32,7%	12	23,1%	20	38,5%
O pai não está presente	3	5,8%	1	1,9%	11	21,2%	11	21,2%	26	50,0%

Em seguida, e pelo observado na tabela 14, relativa ao cônjuge/companheiro ajudar a esposa/companheira nas situações de stress causadas pelo(a) filho(a), verificamos que: 34,6% (n=18) ajuda algumas vezes quando estão em casa; 38,5% (n=20) ajuda sempre quando estão fora de casa; 36,5% (n=19) raramente intervém quando a mãe não está presente; 46,2% (n=24) diz que nunca intervém se só for uma situação que se passou na escola; e 18,6% (n=18) refere que algumas vezes, nunca intervém, tendo que resolver a situação sozinha.

Tabela 14 – Questão 22

O seu cônjuge/companheiro intervém/ajuda-a nessas situações...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quando estamos em casa	16	30,8%	14	26,9%	18	34,6%	1	1,9%	3	5,8%
Quando estamos fora de casa	20	38,5%	15	28,8%	12	23,1%	2	3,8%	3	5,8%
Quando não estou presente	5	9,6%	1	1,9%	13	25,0%	19	36,5%	14	26,9%
Só se for uma situação que se passou na escola	3	5,8%	4	7,7%	8	15,4%	13	25,0%	24	46,2%
Nunca intervém, tenho de resolver a situação sozinha	16	30,8%	14	26,9%	18	34,6%	1	1,9%	3	5,8%

Interrogámos as mães para saber que atividades fazem com o/a seu/sua filho(a) em casa (tabela 15), pelo que 55,8% (n=29) diz que algumas vezes veem televisão e 46,2% (n=24) raramente estão com ele/ela no computador. Quanto ao facto de ajudar o/a filho(a) a fazer os TPC, as respostas dividem-se equitativamente, nomeadamente, 30,8% (n=16) pelo sempre, muitas vezes e algumas vezes. Já 38,5% (n=20) das inquiridas diz que algumas vezes o/a filho(a) participa nas atividades domésticas. As mães quando questionadas se não fazem nada com o/a filho(a), 65,4% (n=34) diz nunca tal acontecer e 57,7% (n=30) também diz nunca se verificar falta de tempo para o/a filho(a).

Tabela 15 – Questão 23

Quais as atividades que faz com o/a seu/sua filho(a) em casa...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ver televisão	3	5,8%	14	26,9%	29	55,8%	6	11,5%	0	0,0%
Estar no computador	1	1,9%	3	5,8%	17	32,7%	24	46,2%	7	13,5%
Ajuda-o(a) a fazer os TPC	16	30,8%	16	30,8%	16	30,8%	1	1,9%	3	5,8%
Participa nas atividades domésticas	5	9,6%	16	30,8%	20	38,5%	11	21,2%	0	0,0%
Não faço nada com o meu/minha filho/filha	0	0,0%	1	1,9%	7	13,5%	10	19,2%	34	65,4%
Não tenho tempo para o meu/minha filho/filha em casa	0	0,0%	1	1,9%	8	15,4%	13	25,0%	30	57,7%

Na tabela 16, podemos observar as interações familiares e sociais da criança/jovem com PHDA e outras pessoas; assim perguntámos às mães como se relaciona o/a seu/sua filho(a) com diferentes elementos da família; tendo-se verificado que muitas vezes, 48,1% (n=25) se dá bem/relaciona com a mãe; 53,8% (n=28) com o pai; 34,6% (n=18) com os irmãos; 40,4% (n=21) com os avós maternos; 34,6% (n=18) com os avós paternos; 38,5% (n=20) com os tios maternos; 46,2% (n=24) com os amigos e 30,8% (n=16) com os vizinhos. Os/As seus/suas filhos(as), algumas vezes, dão-se bem/relacionam-se com os tios paternos 34,6% (n=18). quando questionadas se o/a filho(a) não tinha amigos 61,5% (n=32) respondeu isso não verificar.

Tabela 16 – Questão 24

O/a seu/sua filho(a) dá-se bem/relaciona-se bem com...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mãe	21	40,4%	25	48,1%	6	11,5%	0	0,0%	0	0,0%
Pai	15	28,8%	28	53,8%	7	13,5%	2	3,8%	0	0,0%
Irmão(ãos)	7	13,5%	18	34,6%	11	21,2%	6	11,5%	10	19,2%
Avós maternos	15	28,8%	21	40,4%	11	21,2%	3	5,8%	2	3,8%
Avós paternos	9	17,3%	18	34,6%	16	30,8%	0	0,0%	9	17,3%
Tios paternos	8	15,4%	11	21,2%	18	34,6%	5	9,6%	10	19,2%
Tios maternos	12	23,1%	20	38,5%	11	21,2%	4	7,7%	5	9,6%
Amigos	9	17,3%	24	46,2%	15	28,8%	3	5,8%	1	1,9%
Vizinhos	9	17,3%	16	30,8%	15	28,8%	5	9,6%	7	13,5%
Não tem amigos	4	7,7%	4	7,7%	6	11,5%	6	11,5%	32	61,5%
Não tem irmãos	14	26,9%	2	3,8%	1	1,9%	1	1,9%	34	65,4%

Pelo observado na tabela 17 sobre como classificam o seu relacionamento afetivo com o/a seu/sua filho(a), verificamos que 34,6% (n=18) têm esse relacionamento como muito bom e 25% (n=13) como excelente/bom.

Tabela 17 – Questão 25

Enquanto mãe como classifica o seu relacionamento afetivo com o/a seu/sua filho(a)...		
	n	%
Excelente	13	25%
Muito bom	18	34,6%
Bom	13	25%
Razoável	8	15,4%
Fraco	0	0%

Na tabela 18 observamos a autonomia da criança/jovem com PHDA através do que este é capaz de fazer. Assim as mães referiram que: 32,7% (n=17) algumas vezes faz os TPC sozinho e 26,9% (n=14) nunca os faz sozinho. Já 26,9% (n=14) e 25% (n=13) faz muitas vezes/sempre, respetivamente, uma refeição completa sentado com a família. Quanto ao vestir-se sozinho, 38,5% (n=20) fá-lo muitas vezes; 32,7% (n=17) trata sempre da sua higiene sozinho e 28,8% (n=15) fá-lo algumas vezes. Das inquiridas, 28,8% (n=15) diz que algumas vezes o/a seu/sua filho(a) é capaz de receber os seus amigos em casa e 26,9% (n=14) diz que o faz muitas vezes. Em relação às tarefas domésticas que lhe estão destinadas, 46,2% (n=24) refere que é capaz de as executar algumas vezes sozinho(a). Quando questionadas se precisam de supervisão constante para executar qualquer tarefa, 34,6% (n=18) das mães respondem que precisa sempre e 32,7% (n=17) dizem que precisam algumas vezes de supervisão.

Tabela 18 – Questão 26

O seu/sua filho(a) é capaz de...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fazer os TPC sozinho	4	7,7%	6	11,5%	17	32,7%	11	21,2%	14	26,9%
Fazer uma refeição completa, sentado com a família	13	25,0%	14	26,9%	9	17,3%	10	19,2%	6	11,5%
Vestir-se sozinho(a)	17	32,7%	20	38,5%	9	17,3%	5	9,6%	1	1,9%
Tratar da sua higiene sozinho(a)	17	32,7%	13	25,0%	15	28,8%	6	11,5%	1	1,9%
Receber os seus amigos em casa	11	21,2%	14	26,9%	15	28,8%	9	17,3%	3	5,8%
Fazer as tarefas domésticas que lhe estão destinadas sozinho(a)	6	11,5%	10	19,2%	24	46,2%	9	17,3%	3	5,8%
Precisa de supervisão e orientação constante para executar qualquer tarefa	18	34,6%	14	26,9%	17	32,7%	3	5,8%	0	0,0%

Retratando a vida social destas inquiridas, na 5.^a Parte deste inquérito e como observado na tabela 19, onde perguntámos às mães se já abdicaram de fazer alguma coisa por causa do filho, 28,8% (n=15) disseram que algumas vezes, 25% (n=13) muitas vezes/raramente deixaram de ir ao café com as amigas; 34% (n=18) deixou de ir ao cinema com as suas amigas; enquanto que 25% (n=13) deixaram de ir algumas vezes ao ginásio e 23,1% (n=12) nunca abdicaram dessa atividade. Das inquiridas, 34,6% (n=18) abdicou algumas vezes de ir às compras para a casa; 28,8% (n=15) deixou de fazer compras muitas vezes; 26,9% (n=14) algumas vezes/raramente abdicaram de idas ao cabeleireiro; 34,6% (n=18) referiram que algumas vezes abdicaram de realizar atividades que lhes dão prazer e 38,5% (n=20) afirmam que nunca

deixaram de fazer nada por causa do seu/sua filho(a), assim como demonstram que nunca a falta de tempo se deve ao/à de/sua filho(a).

Tabela 19 – Questão 27

Já abdicou de fazer alguma coisa por causa do seu/sua filho(a)...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ir ao café com as suas amigas	1	1,9%	13	25,0%	15	28,8%	13	25,0%	10	19,2%
Ir ao cinema com as suas amigas	5	9,6%	10	19,2%	7	13,5%	18	34,6%	12	23,1%
Ir ao ginásio	9	17,3%	10	19,2%	13	25,0%	8	15,4%	12	23,1%
Ir às compras para a casa	1	1,9%	8	15,4%	18	34,6%	14	26,9%	11	21,2%
Ir às compras para si	3	5,8%	15	28,8%	14	26,9%	12	23,1%	8	15,4%
Ir ao cabeleiro	1	1,9%	11	21,2%	14	26,9%	14	26,9%	12	23,1%
Realizar atividades que lhe dão prazer	4	7,7%	12	23,1%	18	34,6%	9	17,3%	9	17,3%
Nunca deixei de fazer nada por causa do meu/minha filho/filha	8	15,4%	6	11,5%	7	13,5%	11	21,2%	20	38,5%
Não tenho tempo para mim por causa do meu/minha filho/filha	0	0,0%	12	23,1%	9	17,3%	11	21,2%	20	38,5%

Quando questionadas de como é que os seus/suas filhos(as) passam o tempo livre (tabela 20), 50% (n=26) das mães referiram que, algumas vezes, passavam o tempo a ver televisão; 28,8% (n=15) muitas/algumas vezes no computador; 40,4% (n=21) raramente estudam ou leem um livro ou revista e 21,2% (n=11) nunca leem um livro ou revista. Já 36,5% (n=19) referem que algumas vezes os seus/suas filhos(as) saem com os amigos e 25% (n=13) raramente/nunca saem; 36,5% (n=19) algumas vezes pratica desporto e 63,5% (n=33) nunca está sem fazer nenhuma atividade.

Tabela 20 – Questão 28

Como é que o seu/sua filho(a) passa o tempo livre...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ver televisão	0	0,0%	20	38,5%	26	50,0%	6	11,5%	0	0,0%
No computador	1	1,9%	15	28,8%	15	28,8%	14	26,9%	7	13,5%
A estudar	0	0,0%	8	15,4%	14	26,9%	21	40,4%	9	17,3%
Ler um livro/revista	1	1,9%	4	7,7%	15	28,8%	21	40,4%	11	21,2%
Sai com os amigos	0	0,0%	7	13,5%	19	36,5%	13	25,0%	13	25,0%
Pratica desporto	9	17,3%	13	25,0%	19	36,5%	8	15,4%	3	5,8%
Não faz nada	1	1,9%	2	3,8%	6	11,5%	10	19,2%	33	63,5%

De forma a podermos avaliar o impacto da PHDA na vida escolar, na 6.^a parte do inquérito, tabela 21, pedimos às mães para identificarem os comportamentos do filho(a) na sala de aula, sendo que 40,4% (n=21) diz que o seu/sua filho(a) é muitas vezes desassossegado; 28,8% (n=15) diz que, algumas vezes, este(a) fala muito e 26,9% (n=14) refere que fala muitas vezes. Ainda concluímos que 34,6% (n=18) diz que muitas vezes o/a seu/sua filho(a) é irrequieto;

40,4% (n=21) algumas vezes não consegue ficar calado; 30,8% (n=16) diz que muitas vezes/raramente o/a jovem com PHDA está em movimento; 28,8% (n=15) tem muitas vezes dificuldade em esperar pela sua vez; 36,5% (n=19) nunca responde mal e 21,2% (n=11) refere igualmente que, muitas vezes/algumas, vezes/raramente responde mal. Já se verifica muitas vezes que, 53,8% (n=28) não presta atenção; 48,1% (n=25) é distraído e esquecido; 46,2% (n=24) perde coisas; 48,1% (n=25) não cumpre as tarefas e 48,1% (n=25) é desorganizado. As mães salientam, respetivamente, 34,6% (n=18) que o/a filho(a) se porta bem algumas vezes e 32,7% (n=17) muitas vezes.

Tabela 21 – Questão 29

Como é que o comportamento do seu/sua filho(a) na sala de aula...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Desassossegado	8	15,4%	21	40,4%	12	23,1%	7	13,5%	4	7,7%
Fala muito	7	13,5%	14	26,9%	15	28,8%	11	21,2%	5	9,6%
Irrequieto	9	17,3%	18	34,6%	14	26,9%	9	17,3%	2	3,8%
Não consegue ficar sentado	1	1,9%	13	25,0%	21	40,4%	12	23,1%	5	9,6%
Sempre em movimento	5	9,6%	16	30,8%	11	21,2%	16	30,8%	4	7,7%
Dificuldade em esperar pela sua vez	8	15,4%	15	28,8%	11	21,2%	13	25,0%	5	9,6%
Interrompe os outros	3	5,8%	19	36,5%	10	19,2%	16	30,8%	4	7,7%
Responde mal	0	0,0%	11	21,2%	11	21,2%	11	21,2%	19	36,5%
Fala antes de pensar	9	17,3%	18	34,6%	15	28,8%	8	15,4%	2	3,8%
Não presta atenção	9	17,3%	28	53,8%	11	21,2%	4	7,7%	0	0,0%
Esquecido e distraído	11	21,2%	25	48,1%	12	23,1%	4	7,7%	0	0,0%
Perde coisas	6	11,5%	24	46,2%	13	25,0%	7	13,5%	2	3,8%
Não cumpre tarefas	4	7,7%	25	48,1%	14	26,9%	7	13,5%	2	3,8%
Desorganizado	14	26,9%	25	48,1%	9	17,3%	4	7,7%	0	0,0%
Porta-se bem	8	15,4%	17	32,7%	18	34,6%	4	7,7%	5	9,6%

De acordo com a tabela 22, verificamos que 28,8% (n=15) das mães dizem que algumas vezes recebem recados na caderneta e 26,9% (n=14) raramente recebem. Já 44,2% (n=23) das inquiridas nunca recebeu telefonemas da escola por causa do comportamento; 30,8% (n=16) nunca foi convocada para reuniões que não sejam para entrega de avaliação, 28,8% (n=15) raramente são convocadas e 26,9% (n=14) são convocadas algumas vezes. Por fim quando questionadas se não recebem recados nem queixas 46,2% (n=24) diz nunca tal facto acontecer.

Tabela 22 – Questão 30

Com que frequência recebe...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Recados na caderneta	0	0,0%	10	19,2%	15	28,8%	14	26,9%	13	25,0%
Telefonemas da escola por causa do comportamento	0	0,0%	7	13,5%	9	17,3%	13	25,0%	23	44,2%
É convocada para reuniões, que não sejam para entrega de avaliação	0	0,0%	7	13,5%	14	26,9%	15	28,8%	16	30,8%
Não recebo recados nem queixas	4	7,7%	2	3,8%	7	13,5%	15	28,8%	24	46,2%

Pela observação da tabela 23, concluímos que 28,8% (n=15) das mães sempre que vão à escola sentem, algumas vezes, stress; 44,2% (n=23) alegria; 36,5% (n=19) angústia; 40,4% (n=21) serenidade. Por sua vez, 32,7% (n=17) sentem, algumas vezes, preocupação e, 26,9% (n=14) sentem, muitas vezes, ansiedade, seguindo-se, 25% (n=13) que a sente algumas vezes.

Tabela 23 – Questão 31

Sempre que vai à escola sente...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stress	8	15,4%	11	21,2%	15	28,8%	10	19,2%	8	15,4%
Alegria	5	9,6%	10	19,2%	23	44,2%	12	23,1%	2	3,8%
Angústia	3	5,8%	15	28,8%	19	36,5%	7	13,5%	8	15,4%
Serenidade	7	13,5%	4	7,7%	21	40,4%	17	32,7%	3	5,8%
Preocupação	12	23,1%	16	30,8%	17	32,7%	5	9,6%	2	3,8%
Ansiedade	10	19,2%	14	26,9%	13	25,0%	8	15,4%	7	13,5%

Como observado na tabela 24, em relação ao que o filho(a) sente na escola, concluímos que 34,6% (n=18) das mães dizem que este, muitas vezes, sente stress; 42,3% (n=22) alegria; 32,7% (n=17) angústia; 40,4% (n=21) serenidade; 38,5% (n=20) preocupação; 28,8% (n=15) ansiedade e 30,8% (n=16) referem que, muitas vezes, o/a filho(a) gosta de ir para a escola. Quando questionadas se o/a filho(a) não gosta de ir para a escola 48,1% (n=25) responderam que nunca verificaram esse sentimento no(a) filho(a).

Tabela 24 – Questão 32

O seu/sua filho(a) na escola sente...										
	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stress	8	15,4%	16	30,8%	18	34,6%	7	13,5%	3	5,8%
Alegria	9	17,3%	17	32,7%	22	42,3%	4	7,7%	0	0,0%
Angústia	6	11,5%	12	23,1%	17	32,7%	13	25,0%	4	7,7%
Serenidade	1	1,9%	11	21,2%	21	40,4%	14	26,9%	5	9,6%
Preocupação	8	15,4%	10	19,2%	20	38,5%	11	21,2%	3	5,8%
Ansiedade	9	17,3%	19	36,5%	15	28,8%	6	11,5%	3	5,8%
Gosta de ir para a escola	13	25,0%	16	30,8%	14	26,9%	6	11,5%	3	5,8%

Não gosta de ir para a escola	5	9,6%	4	7,7%	8	15,4%	10	19,2%	25	48,1%
-------------------------------	---	------	---	------	---	-------	----	-------	----	-------

Na tabela 25, podemos verificar como cada mãe considera o/a seu/sua filho(a) na escola. Neste sentido, 32,7% (n=17) respondeu que raramente faz amigos com facilidade; 36,5% (n=19) brinca, algumas vezes, com um grupo de amigos; 40,4% (n=21), algumas vezes gosta de brincar sozinho e 57,7% (n=30) respondeu nunca acontecer o/a filho(a) não ter amigos.

Tabela 25 – Questão 33

O seu/sua filho(a) na escola...	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faz amigos com facilidade	13	25,0%	8	15,4%	12	23,1%	17	32,7%	2	3,8%
Brinca com um grupo de amigos	15	28,8%	8	15,4%	19	36,5%	10	19,2%	0	0,0%
Gosta de brincar sozinho	3	5,8%	11	21,2%	21	40,4%	13	25,0%	4	7,7%
Não tem amigos	1	1,9%	5	9,6%	8	15,4%	8	15,4%	30	57,7%

De acordo com o observado na tabela 26, concluímos que 43,8% (n=22) das inquiridas referem que consideram que o seu/sua filho(a) se relaciona bem com os amigos.

Tabela 26 – Questão 34

Como considera que o seu/sua filho(a) se relaciona com os amigos...	Amostra: (n=52)	
	n	%
Muito mal	0	0%
Mal	10	19,2%
Nem bem nem mal	13	25%
Bem	22	43,8%
Muito bem	7	13,5%

Nesta investigação, na 7.^a parte, abordámos o tema da medicação para tentarmos perceber a posição das mães em relação ao tema (tabela 27). Assim verificamos que 65,4% (n=34) da amostra diz que o/a filho(a) faz medicação e 34,6% (n=18) não faz. Das mães que responderam que o/a filho(a) não toma medicação, 50% (n=9) diz que este/esta não precisa e 50% (n=9) que, enquanto mãe, não concorda. Das inquiridas que dão medicação ao/a filho(a), 76,5% (n=26) dá a medicação de manhã.

Tabela 27 – Medicação

		Amostra: (n=52)	
		n	%
35. O seu/sua filho(a) toma medicação para a PHDA?	Sim	34	65,4%
	Não	18	34,6%
35.1 O/a seu/sua filho(a) não faz medicação porque...	Não precisa	9	50%
	Enquanto mãe não concordo	9	50%
	Falta de recursos financeiros	0	0%
35.2 O seu/sua filho(a) toma medicação para a PHDA de...	Manhã	26	76,5%
	Meio-dia	0	0%
	Noite	2	5,9%
	Antes de algumas atividades	0	0%
	Manhã e meio-dia	4	11,8%
	Manhã e noite	1	2,9%
	Manhã, meio-dia e noite	1	2,9%

Pelo observado na tabela 28, ainda relativa à medicação, constatamos que 55,8% (n=29) das inquiridas dizem que o/a filho(a) toma a medicação em casa.

Tabela 28 – Questão 36

O seu/sua filho(a) toma a medicação na...		
		Amostra: (n=52)
	n	%
Na escola	1	1,9%
Em casa	29	55,8%
Em casa e faz reforço na escola	4	7,7%
Não faz medicação	18	34,6%

De acordo com a tabela 29, verificamos que 51,9% (n=27) das mães referem que a necessidade de recorrer a medicação partiu do médico. Constatamos ainda que 28,8% (n=15) das inquiridas mencionam que o/a filho(a) não faz medicação.

Tabela 29 – Questão 37

O seu/sua filho(a) toma a medicação na...		
		Amostra: (n=52)
	n	%
Da escola	4	7,7%
Do médico	27	51,9%
De si	6	11,5%
Do seu filho(a)	0	0%
Não faz medicação	15	28,8%

Pela análise da tabela 30, relativa à eventual interrupção da medicação, verificamos que 34,6% da amostra (n=18) responde que nunca a interrompe; 38,5% (n=20) interrompe-a nas férias e 59,6% (n=31) respondeu que nunca interrompe a medicação. Das inquiridas, 67,3% (n=35), referem que nunca não faz medicação.

Tabela 30 – Questão 38

O seu/sua filho(a) interrompe a medicação...											
		Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Aos fins de semana	18	34,6%	4	7,7%	7	13,5%	5	9,6%	18	34,6%	
Nas férias	20	38,5%	4	7,7%	8	15,4%	3	5,8%	17	32,7%	
Não interrompe a medicação	9	17,3%	4	7,7%	6	11,5%	2	3,8%	31	59,6%	
Não faz medicação	13	25,0%	1	1,9%	2	3,8%	1	1,9%	35	67,3%	

Em consonância com a tabela 31, concluímos que 38,5% (n=20) da amostra refere concordar, muitas vezes, com medicação para a PHDA, seguindo-se 34,6% (n=18) que defendem que só algumas vezes concordam com o seu uso.

Tabela 31 – Questão 39

Concorda com medicação para a PHDA...		
	n	%
Sempre	9	17,3%
Muitas vezes	20	38,5%
Algumas vezes	18	34,6%
Raramente	3	5,8%
Nunca	2	3,8%

Como se pode observar na tabela 32, 8ª Parte do questionário, questão número 40, verificamos em 40.1, que 30,8% da amostra (n=16) refere que, muitas vezes, a criança/jovem com PHDA quando quer alguma coisa, não desiste até o conseguir; enquanto que 28,8% (n=15) demonstra tal facto somente ocorrer algumas vezes. A maioria das mães, 38,5% (n=20) salienta que, muitas vezes, o seu/sua filho(a) é tão irrequieto(a) que leva ao seu esgotamento (40.2) e 28,8% (n=15) destaca tal acontecer algumas vezes. No item 40.3, 48,1% das mães (n=25) referem que sempre e 26,9% (n=14) que, muitas vezes, consideram que comparativamente com outras crianças/jovens, os seus educandos revelam mais dificuldades em se concentrar e em prestar atenção. Quanto ao facto de entreterem-se sozinhos com as suas coisas (40.4) a maioria das mães, respetivamente 48,1% (n=25) refere algumas vezes se entreterem; seguindo-se de 19,2% de mães (n=10) que mencionam que raramente isso se percebe.

A maioria das mães inquiridas, 26,9% (n=14) relata que nunca ou 19,2% (n=10) raramente, sente que o seu/sua filho(a) não gosta de si e que não gosta de estar consigo (40.5). Por seu turno, 32,7% das mães (n=17) salienta que raramente o seu/sua filho(a) faz coisas que as deixem contentes (40.6) e 25% (n=13) algumas vezes.

Das mães inquiridas, 30,8% (n=16) destacam que, muitas vezes, o seu/sua filho(a) é mais desobediente do que as outras crianças (40.7) e 25% (n=13) algumas vezes tal facto se verifica.

No item 40.8, verifica-se que 40,4% das mães, a maioria (n=21), narra que criar um filho(a) é mais difícil do que esperava. Já em 40.9, constatamos que as opiniões das mães se dividem, verificando-se que, igualmente, 23,1% da amostra refere que muitas vezes, algumas vezes e raramente (n=12), constitui um problema deixar a criança/jovem com PHDA ao cuidado de outra pessoa, mesmo sendo conhecida.

No que concerne ao item 40.10, de forma igual, 32,7% das mães (n=17) destacam que sempre ou muitas vezes, quando estão a cuidar do seu/sua filho(a) ou de coisas para ele(a) sentem-se à vontade e realizadas como pessoas. A maioria das mães, 44,2%, salienta que algumas vezes (n=23) os seus filhos realizam coisas que não suportam (40.11), precedido por 28,8% (n=15) que referem isso acontecer muitas vezes.

As mães inquiridas, 46,2% (n=24), destacam que muitas vezes o/a seu/sua filho(a) parece mais difícil de cuidar do que a maioria das crianças/jovens (40.12), seguindo-se 23,1% (n=12) que é da opinião que algumas vezes esse é um facto.

Pelos resultados obtidos constatamos em 40.13, que 28,8% da amostra refere que tem que fazer de mãe e de pai algumas vezes (n=15), enquanto que 17,3% (n=9) diz ter que desempenhar essas funções muitas vezes ou raramente.

Tabela 32 – Questão 40

Afirmações	Sempre		Muitas vezes		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
40.1 - Quando ele(a) quer alguma coisa, não desiste até conseguir.	10	19,2%	16	30,8%	15	28,8%	11	21,2%	0	0,0%
40.2 - É tão irrequieto(a) que até me esgota.	11	21,2%	20	38,5%	15	28,8%	5	9,6%	1	1,9%
40.3 - Comparando- o(a) com outras crianças/jovens, acho que tem mais dificuldade do que elas em se concentrar e prestar atenção.	25	48,1%	14	26,9%	12	23,1%	1	1,9%	0	0,0%
40.4 - Entretém-se sozinho(a) com as suas coisas.	5	9,6%	9	17,3%	25	48,1%	10	19,2%	3	5,8%
40.5 - Por vezes sinto que não gosta mim e que não gosta de estar comigo.	0	0,0%	12	23,1%	13	25,0%	10	19,2%	14	26,9%
40.6 - Raramente faz coisas que me deixem contente.	0	0,0%	11	21,2%	13	25,0%	17	32,7%	11	21,2%
40.7 - É mais desobediente do que as outras crianças.	8	15,4%	16	30,8%	13	25,0%	10	19,2%	5	9,6%
40.8 - Criar um filho(a) é mais difícil do que eu esperava.	8	15,4%	21	40,4%	14	26,9%	6	11,5%	3	5,8%
40.9 - Deixá-lo(a) ao cuidado de outra pessoa, mesmo sendo conhecida, é um problema.	7	13,5%	12	23,1%	12	23,1%	12	23,1%	9	17,3%
40.10 - Quando estou a cuidar dele(a) ou de coisas para ele(a) sinto-me à vontade e realizada como pessoa.	17	32,7%	17	32,7%	10	19,2%	6	11,5%	2	3,8%
40.11 - Faz coisas que eu não suporto.	2	3,8%	15	28,8%	23	44,2%	7	13,5%	5	9,6%
40.12 - Parece mais difícil de cuidar do que a maioria das crianças/jovens.	7	13,5%	24	46,2%	12	23,1%	5	9,6%	4	7,7%
40.13 - Tenho de fazer de mãe/pai.	5	9,6%	9	17,3%	15	28,8%	9	17,3%	14	26,9%
40.14 - Tenho de me controlar para não lhe estar sempre a bater e/ou castigar.	5	9,6%	13	25,0%	16	30,8%	11	21,2%	7	13,5%
40.15 - Os pais demoram muito tempo até conseguirem sentir verdadeiramente amor pelos filhos.	0	0,0%	3	5,8%	8	15,4%	14	26,9%	27	51,9%
40.16 - Para poder responder às necessidades dos meus filhos acabo por privar-me de ter a minha própria vida.	4	7,7%	18	34,6%	9	17,3%	15	28,8%	6	11,5%
40.17 - Geralmente quando vou a uma festa não espero divertir-me.	2	3,8%	8	15,4%	9	17,3%	19	36,5%	14	26,9%
40.18 - É fácil de convencer quando lhe negamos alguma coisa.	3	5,8%	9	17,3%	22	42,3%	12	23,1%	6	11,5%
40.19 - É mais mexido(a) do que eu esperava.	16	30,8%	15	28,8%	15	28,8%	2	3,8%	4	7,7%

4. Discussão dos resultados

Com este trabalho de investigação pretendemos aferir quais as implicações da PHDA na vida das mães com filhos(as) com esta perturbação, compreender se lidam bem com os filhos com PHDA e se estes têm o acompanhamento necessário ao seu desenvolvimento biopsicossocial.

“A falta de informação e conhecimento sobre a PHDA por parte das pessoas que convivem com a criança assim diagnosticada, pode resultar em uma visão de criança fracassada, condenada a um futuro sem sucesso, o que não colabora absolutamente nada para o crescimento e

desenvolvimento desta criança.” (Silva, 2009, p. 20). Considerando o objetivo 1, as tabelas seguintes: tabela 5-anexo 2 e tabela 6-anexo 2, são deveras importantes, para perceber se as mães têm algum conhecimento sobre a problemática, pois só assim poderão entender e ajudar o seu filho(a).

Neste âmbito, e em consonância com a informação recolhida na tabela 5-anexo 2, constatamos que 88,5% das mães já leu um livro sobre o tema, 48,1% efetuou formação e 76% frequentou ações de formação, considerando bons (50%) os seus conhecimentos sobre a problemática. Todavia, verificamos que 51,9% das mães não fez formação na área, indo também de encontro à hipótese 3.

Já de acordo com o observado na tabela 6-anexo 2, conseguimos apurar que as mães identificam algumas das características da PHDA, relatando como principais, a desorganização (78,8%); a falta de atenção (73,1%); a dificuldade em esperar pela sua vez (67,3%); o esquecimento e distração (65,4%) e o não cumprimento de tarefas (65,1%). Assim, podemos constatar que estas mães sentiram necessidade de se informar sobre a PHDA para melhor ajudar o(a) seu(sua) filho(a), o que representa uma mais valia na forma como entendem e encontram estratégias de superação de algumas dificuldades diárias. Resta perceber se este conhecimento se vai refletir nas respostas dadas no inquérito.

Não nos podemos esquecer que “Educar uma criança é uma jornada exaustiva e emocional que abarca sentimentos de culpabilização, desesperança e frustração nas diferentes fases deste processo”, (Fonseca, 2017, p. 11). Para estas mães não foi, com certeza, fácil saber o diagnóstico do(a) filho(a), e ao analisarmos a tabela 7 – anexo 2, verificamos que 26,9% das mães ainda tem dificuldade em lidar com a situação, enquanto que, a maioria, 32,7% refere que nem lidou bem, nem mal com a situação. De acordo com o objetivo 1 e na sequência de tal facto, podemos deduzir que nestas mães verifica-se um sentimento de indiferença, talvez porque ainda não aceitaram o diagnóstico tal corrobora a hipótese um, desta investigação. No entanto, no seu papel de mãe, 32,7% mostram concordância (sempre/muitas vezes) ao afirmarem que se sentem realizadas como pessoas quando estão a cuidar do(a) filho(a) ou de coisas para ele(a) (tabela 32 – questão 40.10), assim como salientam que nunca (51,9%) os pais demoram muito tempo até conseguirem sentir verdadeiramente amor pelos filhos (tabela 32 – questão 40.15). É certo que estas mães podem ainda mostrar alguma relutância quanto ao diagnóstico do(a) filho(a), estando a pouco e pouco a lidar com a situação; contudo, gostam dos(as) filhos(os) e sentem-se realizadas no seu papel de mãe, corroborando a hipótese 2.

Indo de encontro ao objetivo 2, é também de vital importância para estas mães uma “rede de apoio”, que muitas vezes é comprometida pelo comportamento dos(as) seus(suas) filhos(as) com PHDA, “They experienced minimal practical support from family, friends or community services. People were reluctant to babysit or involve these women’s children social activities, and this was attributed to the child’s challenging behaviours” (Peters & Jackson, 2008, p. 65). Assim, e pela leitura da tabela 8–questão 16, podemos concluir que estas mães contam sempre com mais apoio da família materna (avós maternos (26,9%); tios maternos (7,7%)); já com a família paterna nunca podem contar (avós maternos (36,5%); tios paternos (1,9%)); assim como contam mais com os amigos do que com os vizinhos. Indo encontro à hipótese 2, verificamos que, dispõem sempre de qualquer tipo de apoio, vindo corroborar as autoras anteriormente mencionadas e atestando a hipótese 2.

Ainda concluímos que se a mãe precisar de sair (tabela 11–questão 19) deixa o(a) filho(a) com o pai ou então com os avós, nunca os deixando com os irmãos (44,2%), amigas (38,5%) ou tios (36,5%). Quanto há hipótese de deixar os(as) filhos(as) com os vizinhos é um facto absolutamente fora de questão (65,4%), nunca o faz; no entanto, têm sempre alguém com quem deixar o(a) seu(sua) filho(a). Refira-se que os dados obtidos anteriormente, são dados que estão em consonância com a tabela 8–questão 16, que vai de encontro à resposta das mães (40,9 da tabela-32) em que afirmam que muitas vezes, algumas vezes e raramente (23,1%) é um problema deixar o(a) filho(a) com alguém mesmo sendo conhecido, vindo atestar a afirmação de Peters & Jackson, de acordo com o objetivo 2 e corroborando assim hipótese 2.

Devido ao facto de as mães só poderem contar com a família materna, e com o pai, faz com que o convívio social com a família e amigos seja de alguma forma afetado, como diz Peters e Jackson (2008, p.65) “They were often restricted in their social activities⁵”. De acordo com o objetivo 3, podemos constatar, essa situação pela análise da tabela 9–questão 17, onde verificamos que é mais frequente as mães saírem para jantar ou almoçar fora com o(a) seu(sua) filho(a) e com o seu marido/companheiro (46,2%), seguindo-se esses momentos, algumas vezes, com os avós (40,4%) e raramente o fazem com as amigas (55,8%), com a família mais alargada (40,4%) e com as amigas e seus filhos (32,7%). Também se verifica que nunca saem para almoçar ou jantar fora somente com o(a) filho(a), nem o fazem sem ele(a). Indo de encontro à hipótese 2, o convívio social da mãe limita-se à sua família mais direta, enquanto que com a família mais alargada e com os amigos é mais afetado, pois fica mais limitado.

⁵ Elas eram frequentemente restritas em suas atividades sociais

De acordo com o objetivo 3, leva-nos a crer que devido ao comportamento destas crianças e jovens é difícil para a mãe arranjar alguém que fique com o filho, mesmo que seja esporadicamente, fazendo muitas vezes com que a mãe tenha de abdicar de fazer algumas coisas que são do seu agrado. Como podemos ver na tabela 19-questão 27, as mães dizem que, algumas vezes, já deixaram de ir ao café com as amigas (28,8%); ir ao ginásio (25%); ir às compras para casa (34,6%) e deixaram de realizar atividades que lhes dão prazer (34,6%) por causa do(a) seu(sua) filho(a); enquanto que 28,8% dizem que, muitas vezes, abdicaram de ir às compras para si. Já no que concerne a abdicar de uma ida ao cabeleireiro as opiniões dividem-se entre o algumas vezes e raramente (26,9%); já 34,6% refere que raramente abdicou de ir ao cinema com as amigas; mesmo assim 38,5% das mães exprimem que nunca deixaram de fazer nada por causa do(a) filho(a), no entanto, o mesmo número de mães diz não ter tempo para si por causa do(a) filho(a). They were often restricted in their social activities and rarely had time to themselves⁶” (Peters & Jackson, 2008, p. 65). Podemos assim constatar que embora estas mães condicionem a sua vida em função do(a) seu(sua) filho(a), 34,6% afirmam que muitas vezes se privam de ter vida própria para poder responder às necessidades do(a) mesmo(a), o que está mais ou menos em consonância com os dados anteriores, verificando-se que numa situação de lazer, como por exemplo, uma festa, estas mães raramente esperam não se divertirem (36,5%), indo encontro à hipótese 2.

“A PHDA manifesta-se frequentemente como fator desestabilizador da harmonia familiar com a vida quotidiana (...) condiciona nos pais um stress superior em comparação a pais de crianças com patologias médicas crónicas e défices do desenvolvimento” (Fonseca, 2017, p. 11) , de acordo com o objetivo 3, pode-se observar por exemplo numa saída a dois, entre mãe e filho(a), como podemos verificar na tabela 10-questão18, as mães programam, muitas vezes, saídas com o(a) seu(sua) filho(a) ao parque infantil (44,2%), ao café (36,5%), às compras (46,2%), para realizar atividades do interesse do(a) filho(a) (51,9%) e algumas vezes para ir ao cinema (44,2%), à praia (42,3%) ou para realizar atividades do meu interesse (mãe) (40,4%). Mas se por um lado, as mães conseguem planear momentos de convívio e lazer com os seus filhos, por outro lado observamos que na tabela 12-questão 20, estes raramente são momentos que transmitem às mães serenidade (44,2%), transmitindo algumas vezes stress (46,2%), alegria (42,3%), preocupação (40,4%), angústia e ansiedade (32,7%), o que corrobora a afirmação anterior e a hipótese 1.

⁶O comportamento difícil exibido pelos seus filhos tem um impacto negativo em muitos aspetos da vida dessas mulheres, elas são frequentemente restringidas nas suas atividades sociais e raramente têm tempo para si mesmas

Este nível de stress vivenciado pelas mães deve-se ao comportamento evidenciado pelos(as) filhos(as) como se pode comprovar na tabela 32, nas questões 40.2 e 40.19, que atestam, que as mães dizem que muitas vezes (38,5%) o(a) filho(a) é tão irrequieto(a) que a esgota e que é, sempre, (30,8%) mais mexido(a) do que ela esperava, contribuindo assim para o nível de stress evidenciado por estas mães, nas saídas com o(a) seu(sua) filho(a), corroborando a hipótese 1 e indo de encontro ao objetivo 1.

Com esta investigação e de acordo com o objetivo 1, podemos concluir (tabela 32-questão 40.6) que estas mães reconhecem que o(a) filho(a) raramente faz coisas que a deixam contente (32,7%); que é, muitas vezes, mais desobediente do que as outras crianças (30,8%) (questão 40.7); que algumas vezes faz coisas que ela não suporta (44,2%) (questão 44.11); que algumas vezes tem de se controlar para não lhe estar sempre a bater e/ou castigar (30,8%). E apesar dos resultados obtidos anteriormente, verifica-se que as mães consideram como muito bom o relacionamento afetivo com o(a) seu(sua) filho(a) (34,6%) (tabela 17-questão 25); o que apesar das contrariedades, é um bom indicador, pois como já vimos é com a mãe que este passa mais tempo, atestando a hipótese 2.

Ora, “mais contato gera mais conflito, podendo tornar-se um processo exaustivo, na medida em que as respostas dos(as) filhos(as), são na sua maioria, negativas em relação ao comportamento esperado pelos pais como satisfatório” (Barkley R. , 2002). De acordo com o objetivo 1, e tal como observado na tabela 32, na questão 40.1, quando ele(a) quer alguma coisa, não desiste até conseguir (30,8%) as mães respondem que é uma situação que ocorre muitas vezes; assim como, respondem na questão 40.18, que algumas vezes é fácil de convencer quando se lhe nega alguma coisa (42,3%). Estas atitudes são potenciadoras de conflito e que se refletem ao nível emocional, não só nas mães, mas também nos pais, de acordo com a hipótese 2.

Ainda de acordo com o objetivo 1, e de acordo com a tabela 13-questão 21, verifica-se que este envolvimento dos pais com filhos com PHDA, despoleta, muitas vezes, nestes pais stress (42,3%); embora nunca reajam com indiferença (38,5%); algumas vezes reagem com preocupação (48,1%), com serenidade (46,2%), com angústia, ansiedade (30,8%) e com alegria (38,5%). As mães ainda referem que o pai na metade das vezes está presente.

Tal como nos mostra a literatura e dadas as especificidades de uma criança/jovem com PHDA, verificamos que as mães afirmam que, muitas vezes, criar um filho é mais difícil do que esperavam (40,4%) e que algumas vezes têm de fazer de pai e de mãe em (28,8%) (tabela 32-questão 40.8), corroborando a hipótese 2.

Como já referimos os “maiores cuidados e responsabilidades na educação dos filhos estarem relacionados com a figura feminina, é uma condição cultural, que ainda se encontra presente nos dias de hoje” (Silva, 2009, p. 17). Indo de encontro do objetivo 1, é importante sabermos que tipo de atividades a criança ou jovem com PHDA faz em casa com a sua mãe (tabela 15-questão 23), concluindo que algumas vezes vêm televisão (55,8%), participam nas atividades domésticas (38,5%); raramente estão juntos no computador (46,2%) e, curiosamente, as mães referem que sempre, muitas vezes e algumas vezes (30,8%) ajudam o filho a fazer os TPC, corroborando assim a hipótese 2.

Para passar o tempo livre, tabela 20-questão 28, gostam algumas vezes de ver televisão (50%), sair com os amigos e praticar desporto (36,5%), raramente estudam ou leem um livro ou uma revista (40,4%), ou seja, têm sempre algo para fazer (63,5%). Segundo, as mães, algumas vezes, conseguem entreter-se sozinhos com as suas coisas (48,1%) (tabela 32-questão 4.4).

Mais uma vez reiteramos que “a criança com PHDA acaba tornando-se um desafio e muitas vezes, um transtorno para toda a família por causa do seu comportamento irrequieto e acelerado” (Silva, 2009, p. 17), o que vai dificultar o estabelecimento e fortalecimento de laços de amizade e afetivos com aqueles que a rodeiam, corroborando a hipótese 2. Tal como observado na tabela 16-questão 24, percebemos que a criança/jovem com PHDA se dá muitas vezes melhor com os avós maternos (40,4%) do que com os irmãos e com os avós paternos (34,6%). Em relação aos tios dá-se, muitas vezes, com os tios maternos (38,5%) e com os tios paternos (34,6%); já entre os amigos e os vizinhos dá-se muitas vezes melhor com os amigos (46,2%) do que com os vizinhos (30,8%). As mães ainda salientam que o(a) filho(a) tem sempre amigos (61,5%) e que o relacionamento entre os progenitores é, muitas vezes, melhor com o pai (53,8%) do que com a mãe (48,1%); talvez por isso a mãe sinta, algumas vezes, (25%) que o(a) filho(a) não gosta de estar com ela (tabela 32-questão 40.5).

Outra questão que também é importante avaliar é a autonomia destas crianças ou jovens, pelo que pela observação da tabela 18-questão 26, tentámos perceber precisamente o que é que eles são capazes de fazer sozinhos; tendo-se chegado á conclusão que são capazes de tratar sempre da sua higiene sozinhos(as) (32,7%), muitas vezes fazem uma refeição completa sentados(as) com a família (26,9%), vestem-se sozinhos(as) (38,5%) e algumas vezes conseguem fazer os TPC sozinhos(as) (32,7%; assim como, receber os amigos em casa (28,8%) e fazer as tarefas domésticas que lhe estão destinadas sozinho(a) (46,2%). Para concluir tão razoáveis resultados, as mães salientam que precisam sempre de supervisão e orientação constante para executar

qualquer tarefa (34,6%); o que corrobora a afirmação seguinte: “porque os filhos não são autônomos, não se organizam no tempo, não se conseguem responsabilizar por vestir/despir, tomar banho, comer” (Antunes, 2011, p. 146). Estas crianças/jovens até são capazes de fazer coisas simples da sua rotina, mas precisam de supervisão e orientação constante por parte do adulto, o que torna a tarefa de cuidar deste(a) filho(a) muitas vezes (46,2%) mais difícil do que a maioria das crianças e jovens, assim, o atestam as mães na tabela 32-questão 40.12, indo de encontro à hipótese 1.

Saliente-se que, frequentemente, é à entrada da escola, para o 1.º ciclo que são notados os primeiros sinais e sintomas em contexto de sala de aula, e que chamam a atenção dos pais e professores (53,8%) (Fonseca, 2017); embora, por vezes, já a educadora os tenha alertado (3,8%), mas só nesse momento é que pedem ajuda (Antunes, 2018). Neste sentido, e tendo em conta o objetivo 2, é importante conhecer quais os sinais/sintomas que estas crianças e jovens apresentam, sendo que as mães inquiridas identificaram alguns comportamentos da PHDA (tabela 21-questão 19) como acontecendo muitas vezes, nomeadamente, não prestar atenção (53,8%); esquecido e distraído (48,1%), não cumprir tarefas e ser desorganizado; perder coisas (46,2%); desassossegado (40,4%); interromper os outros (36,5%); falar antes de pensar, irrequieto (34,6%) e dificuldade em esperar pela sua vez (28,8%). No entanto, acrescentam que também, algumas vezes, se verificam comportamentos como não conseguir ficar sentado (40,1%); porta-se bem (34,6%) e falar muito (28,8%). Já o estar sempre em movimento verifica-se tanto raramente como muitas vezes (30,8%) e responder mal verifica-se muitas vezes, algumas vezes e raramente (21,2%). As mães reconhecem também, que o(a) seu(sua) filho(a) tem sempre (48,1%) mais dificuldade em se concentrar e prestar atenção comparativamente com outras crianças/jovens (tabela 32-questão 40.3), atestando a hipótese 1.

Corroborando a hipótese anterior, e dada a frequência com que estes comportamentos acontecem, levam a que possam acontecer situações de conflito na sala de aula, o que faz com que “na maior parte das vezes temos os pais desanimados, crentes de que não podem fazer mais nada, e sem qualquer motivação para irem à escola, pois sabem que vão ser sempre confrontados com o mau comportamento do filho” (Antunes, 2018, pp. 134,135). Assim, quando questionadas com que frequência recebem recados na caderneta, 28,8% diz que algumas vezes recebe e 26,9% raramente recebe; nunca receberam telefonemas da escola por causa do comportamento do seu filho(a) (44,2%); nunca foram convocadas para reuniões que não sejam para entrega de avaliação (30,8%); enquanto que (28,8%) raramente foram e (26,9%) foram algumas vezes convocados. Já 46,2% dizem que nunca receberam queixas nem recados (tabela

22-questão 30). Estes resultados indicam-nos, que os(as) filhos(as) destas mães não evidenciam grandes problemas de comportamento, até porque quando vão à escola as mães, algumas vezes sentem alegria (44,2%); serenidade (40,4%); angústia (36,5%), preocupação (32,7%) e, muitas vezes, sentem ansiedade (26,9%) (tabela 23-questão 31), em concordância com a hipótese 3.

Em relação aos alunos com PHDA, “a tendência natural para o aluno que não consegue atingir os objetivos propostos é ser excluído e, também, desvalorizado, o que compromete o seu estado emocional” (Silva, 2009, p. 24). Em relação ao estado emocional dos(as) seus (suas) filhos(as) com PHDA, as mães referiram que estes quando vão para a escola, algumas vezes sentem alegria (42,3%); serenidade (40,4%); preocupação (38,5%); stress (34,6%); angústia (32,7%) e ansiedade (28,8%). Contudo, verifica-se que a maioria destes alunos com PHDA gosta de ir para a escola (tabela 24-questão 32).

Acredita-se que “Os amigos, muitas vezes, evitam brincar com essa criança”. (Silva, 2009, p. 24). Os amigos que se fazem na escola são parte importante para a integração das crianças/jovens; ora estas relações entre pares podem ser afetadas devido à PHDA, desta forma tentou-se perceber, pela observação da tabela 25-questão 33, como era a realidade destas crianças/jovens com PHDA na escola com os amigos, indo de acordo com o objetivo2, apurou-se que algumas vezes gostam de brincar sozinhos (40,4%) e brincar com um grupo de amigos (36,5%); raramente faz amigos com facilidade (37,7%), mas tem sempre amigos, o que contraria a afirmação de Silva (2009), citada no início do parágrafo e a opinião das mães que também consideram que os(as) filhos(as) se relacionam bem (43,8%) com os amigos (tabela26-questão 34), indo de encontro à hipótese 1.

Pela observação das tabelas seguintes e indo de encontro ao objeto 1 e à hipótese 3, entrámos num campo controverso, a medicação, esta é necessária para controlar alguns dos comportamentos destas crianças/jovens com PHDA, por vezes, é necessário o recurso a medicação; no entanto, “Apesar destes ganhos, o uso de psicoestimulantes continua a ser controverso” (Fonseca, 2017, p. 6). Mas neste estudo, na tabela 27, verifica-se que (34,6%) de filhos(as) não faz medicação para a PHDA, porque, as mães dizem que estes não precisam (50%) ou que enquanto mães não concordam (50%). Contudo, as restantes 65,4% referem que o(a) filho(a) faz medicação, (76,5%) de manhã, e (55,8%) toma em casa (tabela 28). Segundo Antunes (2018), o recurso a medicação deve ser uma opção refletida entre a família e com aconselhamento médico, como podemos comprovar na tabela 29-questão 37, onde compreendemos que 51,9% dos casos partiu do médico a necessidade de recorrer a medicação.

Seja de notar que o recurso a medicação não é congruente de acordo com os dados apurados, isto é, se inicialmente o número de filhos(as) que não fazem medicação era de 34,6% (tabela 27), agora esse número decaiu para 28,8%.

Ainda no que concerne à toma de medicação para a PHDA, a literatura também nos diz que esta pode ser interrompida ao fim de semana e nas férias (Antunes, 2018) o que podemos atestar pela leitura da tabela 30-questão 38, na qual as mães dizem que ao fim de semana (34,6%) interrompem sempre/nunca interrompem e nas férias (38,5%). No entanto, depois referem que nunca interrompem a medicação (59,6), notando-se, novamente, discrepância nas respostas.

“Um dos aspetos que distingue a PHDA de todas as outras, é a existência duma abordagem terapêutica farmacológica com elevada eficácia” (Boavida & Estrada, 2019), daí advém saber se as mães concordam com a medicação, (38,5%) diz que muitas vezes concorda, (5,8%) raramente concorda e (3,8%) nunca concorda. (tabela 31-questão39).

Em suma, a PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento que deve ser entendida e reajustadas estratégias para que estas crianças e jovens com PHDA se sintam incluídas na sociedade e tenham oportunidade de serem bem-sucedidas ao nível social, académico e familiar.

As opiniões aferidas são muito pessoais, mas, por vezes, mesmo dadas sob anonimato, as respostas não refletem a realidade.

5. Conclusão

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é a perturbação do neurodesenvolvimento da criança mais estudada na atualidade, mais frequente nos rapazes, tal como aferimos nesta investigação (65,4%), e que afeta negativamente a vida destas crianças e jovens ao nível social e académico/ocupacional, podendo prolongar-se até à vida adulta (Association, 2014).

A tríade de sintomas de desatenção (capacidade de se manter em tarefa), hiperatividade (agitação motora) e impulsividade (agir sem pensar) formam, de acordo com o pesquisador Russell Barkley, a “santíssima trindade” da perturbação (Lima, 2005). Podemos mesmo dizer, que esta tríade de sinais representam alertas à entrada da escola, em contexto de sala de aula, e que chamam a atenção dos pais e professores (Fonseca, 2017); embora, por vezes, já a educadora os tenha alertado, mas só nesse momento é que pedem ajuda (Antunes, 2018), pois vêm-se confrontados com níveis elevados de desatenção e uma atividade motora e vocal substancialmente superior à média, comparando com outras crianças da mesma faixa etária

(Lopes, 2004), o que vai afetar negativamente a sua aprendizagem e as suas relações interpessoais com os professores e pares.

A família é a principal responsável pela transmissão de normas, valores e crenças (Bronfenbrenner, 1996), é nela que a criança estabelece as primeiras interações interpessoais e sociais, adquire regras e valores, que a vão ajudar a formar-se enquanto pessoa. A família torna-se, assim, a primeira a sofrer com o impacto da PHDA destas crianças e jovens; todavia, mais especificamente, a primeira pessoa a sentir este impacto é a mãe, porque é a pessoa que cuida, que ajuda nos TPC, que é responsável na educação do filho(a) e que passa mais tempo com ele/ela; é uma condição cultural (Silva, 2009).

De certa forma a vida destas mães foi afetada, primeiro porque se nota que ainda não aceitaram bem o diagnóstico do filho, revelando alguma indiferença, quando dizem que aceitaram nem bem nem mal, podemos pensar “pronto é um diagnóstico, mas não sei bem o que fazer com ele”, até porque também houve um grupo de mães que afirmou isso mesmo “Tenho dificuldade em lidar com a situação”.

A figura da mãe é culturalmente aceite como a cuidadora e a responsável pela educação, mais ela assume esse papel, porque os(as) filhos(as) precisam de supervisão constante para executar qualquer tarefa, apesar de revelarem alguma autonomia, principalmente no que toca a fazer os TPC, é uma tarefa que a mãe faz com o(a) seu(sua) filho(a).

Contudo, é frequente estas mães já terem deixaram de fazer algo de que gostavam, como por exemplo ir ao café com as amigas ou ir às compras para si.

Curiosamente uma saída a dois com o(a) seu(sua) filho(a) provoca na mãe mais stress, menos alegria, menos angústia, mais preocupação, mais ansiedade, do que quando tem de se deslocar à escola, talvez porque reconheça que o filho faz coisas que raramente a deixam feliz, que se mostra mais desobediente do que as outras crianças e faz coisas que ela não suporta e que tem de se controlar para não lhe estar sempre a bater. Ao nível da vida familiar também há alterações, a mãe tem apoio sempre que precisa, mas este vem do seu lado familiar, ou do seu marido/companheiro. As saídas para um almoço ou jantar convívio ficam restritas à família mais próxima (avós) e ao seu marido/companheiro.

Saliente-se que o pai também reage com preocupação às situações de stress criadas pelo(a) filho(a), mas a sua intervenção é condicionada, se estão em casa, intervém algumas vezes, se estão fora de casa por vezes nem intervém.

O facto de a maioria das mães ter formação superior, contribui para que profissionalmente façam formação para se manterem atualizadas. Em sequência de terem um(a) filho (a) com PHDA levou-as a que procurassem formação sobre o tema (leram livros e participaram em ações de formação, seminários e workshops), o que lhes proporcionou um leque de estratégias para saberem como lidar com o(a) filho(a). Ainda concluímos com esta investigação que para além da informação obtida, efetuam um acompanhamento médico, responsável pela prescrição de medicação.

Realmente, a toma de medicação por criança/jovens com PHDA, é um tópico controverso, porque depois de analisados os dados, ficamos com a sensação de que houve mães que não foram totalmente honestas em relação à administração da mesma, pois referiram que não davam, mas se questionadas noutra questão mais à frente, os números alteravam-se; nem pelo o facto do inquérito ser anónimo, as mães sentiram-se à vontade para evidenciar o que se passa no seu sio familiar no que concerne apo (à) seu(sua) filho(a) com PHDA.

Só assim (recurso a medicação), se consegue explicar que estas crianças/jovens, estejam bem integradas na escola, relacionam-se bem com os amigos, diminuindo os recados recebidos na caderneta e aumentam a motivação pela escola e a sua proficiência.

Este estudo, dada a amostra reduzida, não é possível de tirar conclusões muito abrangentes, mas fica-se com a ideia de que há muito para estudar neste tema. Especificamente, não é fácil encontrar bibliografia que fale no tema especialmente direcionado para as mães, muito menos estudos recentes e os que os há debruçam-se muito no treino parental, que também é uma ferramenta muito importante ao desenvolvimento de cada sujeito.

6. Bibliografia

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Antunes, N. L. (2011). *Mal-entendidos*. Lisboa: Verso da Kapa.
- Antunes, N. L. (2018). *Sentidos*. Alfragide: Lua de Papel.
- Association, A. P. (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5ª ed*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barbosa, A. (1995). *Transtornos hipercinéticos*. Infanto.
- Barkley, R. (2002). *Transtorno de Defice de Atenção/Hiperatividade - TDAH*. São Paulo: ArtMed Editora.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention Deficit Hiperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015 a). History of ADHD. Em R. A. Barkley, *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis & treatment* (pp. pp. 3-50). New York, NY: The Guilford Press.
- Batista, M. d. (2010). *PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR: ESTUDO EXPLORATÓRIO DAS PERCEPÇÕES DOS PROFESSORES SOBRE O IMPACTO COMPORTAMENTAL DE CRIANÇAS COM PHDA EM ESCOLAS DO 1º CICLO*. Lisboa: FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA.
- Bell, J. (2010). *Como realizar um projeto de investigação*. Ed. Gradiva.
- Boavida, J., & Estrada, M. M. (29 de 7 de 2019). *Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: quando a ignorância faz vítimas inocentes*. Obtido de Observador: <https://observador.pt/opiniao/perturbacao-de-hiperatividade-e-defice-de-atencao-quando-a-ignorancia-faz-vitimas-inocentes/>
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Brasil: ArtMed.
- COLL, C., MARCHESI, Á., PALACIOS, J. (., MARCHESI, Á., & PALACIOS, J. (. (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva. 2. ed., vol.1*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Rev Port Clin Geral*, 24, 577-589.
- Correia, L. d. (2018). *Educação Inclusiva & Necessidades Especiais* (Vol. 1). Braga: Flora Editora.
- Fonseca, C. R. (21 de 07 de 2017). *Influência de fatores sociofamiliares no desenvolvimento da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção - Dissertação (Mestrado*

- Integrado em Medicina*). Obtido de Repositório aberto da Universidade do Porto - ICBAS Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar:
<https://hdl.handle.net/10216/110177>
- Lacão, J. (2019). Resolução da Assembleia da Republica n.º114/2019. *Diário da Republica* 1.^a série, 3.
- Lima, R. C. (2005). *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumarã.
- Lopes, J. A. (2004). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto .
- Matos, T. M. (2013). *Identificação dos comportamentos de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: Perceção dos Professores*. Viseu: Universidade Católica Portuguesa.
- Mattar, F. (1996). *Pesquisa de Marketing*, p.128. São Paulo: Atlas.
- Nobre, C. M. (2006/2007). *Programa De Atividades Motoras Em Crianças Com Distúrbio Hiperatividade e Défice De Atenção*. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
- Peters, K., & Jackson, D. (27 de Agosto de 2008). Mother's experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 62 - 71.
- Quivy, R., & Campenhoudet, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 4^a ed. Lisboa: Gradiva.
- Rappley, M. D. (2005). Clinical practice: Attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 352 (2), 165-73.
- Silva, D. T. (2009). *Reflexões sobre a criança hiperativa: família e escola - Relatório apresentado como requisito à disciplina de Trabalho de conclusão de Curso de Pedagogia* . Obtido de Centro Universitário Municipal de São José:
<https://usj.edu.br/wp-content/uploads/2015/08/TCC-Dai-PDF.pdf>
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., & Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder-first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl1, 7-30.
- Topczewski, A. (1999). *Hiperatividade: como lidar?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Weikard, M. A. (1775). Drittes Hauptstück Mangel der Aufmerksamkeit Attentio Volubilis. Em M. A. Weikard, *Der Philosophische Arzt* (pp. pp.114-119). Frankfurt, Germany: Zmeter Band.

ANEXOS

ANEXOS 1 - Questionário

Questionário às mães

Parte I – Dados Pessoais e Profissionais

Assinale com um X as suas opções.

1. Idade:

☐ 20 - 29 anos ☐ 30 - 39 anos ☐ 40 - 49 anos ☐ ≥ 50 anos

2. Sexo:

☐ Feminino ☐ Masculino

3. Estado civil:

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)

☐ União de facto

☐ Divorciado(a)

☐ Viúvo(a)

4. Habilitações Académicas:

☐ 1.º ciclo do ensino básico

☐ 2.º ciclo do ensino básico

☐ 3.º ciclo do ensino básico

☐ Ensino secundário

☐ Ensino Profissional

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Pós-Graduação

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

5. Situação Profissional

- ☐ Trabalhador por conta própria
- ☐ Trabalhador por conta de outrem
- ☐ Desempregada

6. Área de residência:

☐	Aveiro	☐	Lisboa
☐	Beja	☐	Portalegre
☐	Braga	☐	Porto
☐	Bragança	☐	Santarém
☐	Castelo Branco	☐	Setúbal
☐	Coimbra	☐	Viana do Castelo
☐	Évora	☐	Vila Real
☐	Faro	☐	Viseu
☐	Guarda	☐	Açores
☐	Leiria	☐	Madeira

Parte II – Situação familiar

7. Quantos filhos(as) tem?

- ☐ 1 filho(a)
- ☐ 2 filhos(as)
- ☐ 3 filhos(as)
- ☐ 4 ou mais filhos(as)
- ☐

8. Quantos filhos(as) tem com PHDA?

- ☐ 1 filho
- ☐ 2 filhos
- _____

☐ 3 filhos

☐ 4 ou mais filhos

8.1. Qual o género do(s) seu(s) filho(s) com PHDA?

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Masculino e feminino

9. Qual o nível de ensino do seu(a) filho(a) com PHDA?

☐ Pré-escolar

☐ 1.º ciclo do ensino básico

☐ 2.º ciclo do ensino básico

☐ 3.º ciclo do ensino básico

☐ Ensino secundário

☐ Ensino Profissional

☐ Licenciatura

10. Idade do seu(a) filho(a) com PHDA:

Assinale com um X as suas opções.

☐ até 5 anos

☐ 6-10 anos

☐ 11-15 anos

☐ 16-20 anos

☐ 21-25 anos

☐ ≥ 26 anos

Parte III - CONHECIMENTO SOBRE A PHDA

11. Já leu algum livro ou artigo sobre PHDA?

Sim			Não	
-----	--	--	-----	--

12. Já fez formação sobre PHDA?

Sim			Não
-----	--	--	-----

12.1. Se respondeu Sim, indique que tipo de formação:

Seminário	
Workshop	
Ação de formação	
Outra	

13. Neste momento como considera os seus conhecimentos ao nível da problemática?

☐ Insuficiente

☐ Suficiente

☐ Bom

☐ Muito Bom

14. Assinale aquelas que para si, são as características fundamentais para o diagnóstico da PHDA?

Desassossegados	
Falam muito	
Irrequietos	
Não conseguem ficar sentados	

Sempre em movimento	
Dificuldade em esperar pela sua vez	
Interrompem os outros	
Respondem mal	
Falam antes de pensar	
Não prestam atenção	
Esquecidos e distraídos	
Perdem coisas	
Não cumprem tarefas	
Desorganizados	

15. Como lidou com o diagnóstico do seu/sua filho(a)?

Muito bem	
Bem	
Nem bem nem mal	
Mal	
Muito mal	
Ainda não aceitei o diagnóstico	
Tenho dificuldade em lidar com a situação	

Parte IV - IMPACTO NA VIDA FAMILIAR

16. Conta com o apoio de...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Avós maternos					

Avós paternos					
Tios paternos					
Tios maternos					
Amigos					
Vizinhos					
Não tenho apoio					

17. Com que frequência sai para almoçar/jantar fora com o seu/sua filho e...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Com o seu marido/companheiro					
Com a sua família mais próxima (avós)					
Com a sua família mais alargada (tios...)					
Com as suas amigas					
Com as suas amigas e seus filhos					
Não saio para almoçar ou jantar fora com o meu/minha filho/filha					
Só saio para almoçar e jantar fora sem o meu/minha filho/filha					

18. Com que frequência sai sozinha com o seu/sua filho(a)...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Ao cinema					
Ao parque infantil					
Ao café					
À praia					
Às compras					
Para realizar atividades do seu interesse					

Para realizar atividades do meu interesse					
Não saio sozinha com o meu/minha filho/filha					

19. Se precisar de sair tem com quem deixar o seu/sua filho(a)...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Pai					
Irmãos					
Avós					
Tios					
Amiga					
Vizinha					
Não tenho com quem deixar o meu/minha filho/filha					

20. Uma saída ou um programa com o seu/sua filho(a), causa-lhe...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Stress					
Alegria					
Angústia					
Serenidade					
Preocupação					
Ansiedade					

21. Como reage o seu cônjuge/companheiro às situações de stress causadas pelo seu/sua filho(a)...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Stress					
Alegria					
Angústia					
Serenidade					
Preocupação					
Ansiedade					
Indiferença					
O pai não está presente					

22. O seu cônjuge/companheiro intervém/ajuda-a nessas situações...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Quando estamos em casa					
Quando estamos fora de casa					
Quando não estou presente					
Só se for uma situação que se passou na escola					
Nunca intervém, tenho de resolver a situação sozinha					

23. Quais as atividades que faz com o seu/sua filho(a) em casa...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Ver televisão					
Estar no computador					

Ajuda-o(a) a fazer os TPC's					
Participa nas atividades domésticas					
Não faço nada com o meu/minha filho/filha					
Não tenho tempo para o meu/minha filho/filha em casa					

24. O seu/sua Filho(a) dá-se bem/relaciona-se bem com...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Mãe					
Pai					
Irmão(ãos)					
Avós maternos					
Avós paternos					
Tios paternos					
Tios maternos					
Amigos					
Vizinhos					
Não tem amigos					
Não tem irmãos					

25. Enquanto mãe como classifica o seu relacionamento afetivo com o seu filho...

Excelente	Muito bom	Bom	Razoável	Fraco
-----------	-----------	-----	----------	-------

--	--	--	--	--

26. O seu/sua Filho(a) é capaz de...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Fazer os TPC's sozinho					
Fazer uma refeição completa, sentado com a família					
Vestir-se sozinho					
Tratar da sua higiene sozinho					
Receber os seus amigos em casa					
Fazer as tarefas domésticas que lhe estão destinadas sozinho					
Precisa de supervisão e orientação constante para executar qualquer tarefa					

Parte V - IMPACTO NA VIDA SOCIAL

27. Já abdicou de fazer alguma coisa por causa do seu/sua filho(a)...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Ir ao café com as suas amigas					
Ir ao cinema com as suas amigas					
Ir ao ginásio					
Ir às compras para a casa					
Ir às compras para si					
Ir ao cabeleiro					
Realizar atividades que lhe dão prazer					
Nunca deixei de fazer nada por causa do meu/minha filho/filha					
Não tenho tempo para mim por causa do meu/minha filho/filha					

28. Como é que o seu/sua filho(a) passa o tempo livre...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Ver televisão					
No computador					
A estudar					
Ler um livro/revista					
Sai com os amigos					
Pratica desporto					

Não faz nada					
--------------	--	--	--	--	--

Parte VI - IMPACTO NA VIDA ESCOLAR

29. Como é que o comportamento do seu/sua filho(a) na sala de aula...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Desassossegado					
Fala muito					
Irrequieto					
Não consegue ficar sentado					
Sempre em movimento					
Dificuldade em esperar pela sua vez					
Interrompe os outros					
Responde mal					
Fala antes de pensar					
Não presta atenção					
Esquecido e distraído					
Perde coisas					
Não cumpre tarefas					
Desorganizado					
Porta-se bem					

30. Com que frequência recebe...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Recados na caderneta					
Telefonemas da escola por causa do comportamento					
É convocada para reuniões, que não sejam para entrega de avaliação					
Não recebo recados nem queixas					

31. Sempre que vai à escola sente...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Stress					
Alegria					
Angústia					
Serenidade					
Preocupação					
Ansiedade					

32. O seu/sua filho(a) na escola sente...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Stress					
Alegria					
Angústia					
Serenidade					
Preocupação					

Ansiedade					
Gosta de ir para a escola					
Não gosta de ir para a escola					

33. O seu/sua filho(a) na escola...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Faz amigos com facilidade					
Brinca com um grupo de amigos					
Gosta de brincar sozinho					
Não tem amigos					

34. Como considera que o seu/sua filho(a) se relaciona com os amigos?

☐	Muito mal
☐	Mal
☐	Nem bem nem mal
☐	Bem
☐	Muito bem

Parte VI – MEDICAÇÃO

35. O seu/sua filho(a) toma medicação para a PHDA?

Sim			Não	
-----	--	--	-----	--

Se respondeu sim, vá para a pergunta 35.2

Se respondeu Não, vá para a pergunta 35.1

35.1 . O seu/sua filho(a) não faz medicação porque...

☐ Não precisa

☐ Enquanto mãe não concordo

☐ Falta de recursos financeiros

35.2. Se respondeu afirmativamente, quantas vezes ao dia?

☐ Manhã

☐ Meio-dia

☐ Noite

☐ Antes de algumas atividades

☐ Manhã e meio-dia

☐ Manhã e noite

☐ Manhã, meio-dia e noite

36. A necessidade de recorrer a medição partiu ...

Da escola	
Do médico	
De si	
Do seu filho(a)	

37. O seu/sua filho(a) toma a medicação na...

Na escola	
Em casa	
Em casa e faz reforço na escola	
Não faz medicação	

38. O seu/sua filho(a) interrompe a medicação...

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
--	--------	-----------------	------------------	-----------	-------

Aos fins de semana					
Nas férias					
Não interrompe a medicação					
Não faz medicação					

39. Concorda com medicação para a PHDA.

Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca

40. Responda às seguintes afirmações.

		Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
40.1	Quando ele(a) quer alguma coisa, não desiste até conseguir.					
40.2	É tão irrequieto(a) que até me esgota.					
40.3	Comparando-o(a) com outras crianças/jovens, acho que tem mais dificuldade do que elas em se concentrar e prestar atenção.					
40.4	Entretém-se sozinho(a) com as suas coisas.					
40.5	Por vezes sinto que não gosta mim e que					

	não gosta de estar comigo.					
40.6	Raramente faz coisas que me deixem contente.					
40.7	É mais desobediente do que as outras crianças.					
40.8	Criar um filho(a) é mais difícil do que eu esperava.					
40.9	Deixá-lo(a) ao cuidado de outra pessoa, mesmo sendo conhecida, é um problema.					
40.10	Quando estou a cuidar dele(a) ou de coisas para ele(a) sinto-me à vontade e realizada como pessoa.					
40.11	Faz coisas que eu não suporto.					
40.12	Parece mais difícil de cuidar do que a maioria das crianças/jovens.					
40.13	Tenho de fazer de mãe/pai.					

40.14	Tenho de me controlar para não lhe estar sempre a bater e/ou castigar.				
40.15	Os pais demoram muito tempo até conseguirem sentir verdadeiramente amor pelos filhos.				
40.16	Para poder responder às necessidades dos meus filhos acabo por privar-me de ter a minha própria vida.				
40.17	Geralmente quando vou a uma festa não espero divertir-me.				
40.18	É fácil de convencer quando lhe negamos alguma coisa.				
40.19	É mais mexido(a) do que eu esperava.				

Adaptado de Índice de Stress Parental

ANEXOS 2 – Quadros

Tabela 4 – Caracterização dos(as) filhos(as) com PHDA

Característica	Categoria	Amostra: (n=52)	
		n	%
8.1. Género	Masculino	34	65,4%
	Feminino	18	34,6%
9. Qual o nível de ensino	Pré-escolar	2	3,8%
	1.º ciclo do ensino básico	22	42,3%
	2.º ciclo do ensino básico	17	32,7%
	3.º ciclo do ensino básico	7	13,5%
	Ensino secundário	5	9,6%
	Ensino Profissional	3	5,8%
	Ensino Superior	0	0%
10. Idade	até 5 anos	1	1,9%
	6-10 anos	28	53,8%
	11-15 anos	18	34,6%
	16-20 anos	6	34,6%
	21-25 anos	1	1,9%
	≥ 26 anos	1	1,9%

Tabela 5 – Conhecimento sobre PHDA

		Amostra: (n=52)	
		n	%
11. Já leu algum livro ou artigo sobre PHDA?	Sim	46	88,5%
	Não	6	11,5%
12. Já fez formação sobre PHDA?	Sim	25	48,1%
	Não	27	51,9%
12.1 Se respondeu Sim, indique que tipo de formação:	Seminário	11	44%
	Workshop	13	52%
	Ação de formação	19	76%
13. Neste momento como considera os seus conhecimentos ao nível da problemática?	Insuficiente	7	7,7%
	Suficiente	16	30,8%
	Bom	26	50%
	Muito bom	6	11,5%

Tabela 6 – Questão 14

Assinale aquelas que para si, são as características fundamentais para o diagnóstico da PHDA?		Amostra: (n=52)	
		n	%
Desassossegados		19	36,5%
Falam muito		13	25%
Irrequietos		28	53,8%
Não conseguem ficar sentados		29	55,8%
Sempre em movimento		25	48,1%
Dificuldade em esperar pela sua vez		35	67,3%
Interrompem os outros		29	55,8%
Respondem mal		8	15,4%
Falam antes de pensar		31	59,6%
Não prestam atenção		38	73,1%
Esquecidos e distraídos		34	65,4%
Perdem coisas		24	46,2%
Não cumprem tarefas		32	61,5%
Desorganizados		41	78,8%

Tabela 7 – Questão 15

Como lidou com o diagnóstico do seu/sua filho(a)?		Amostra: (n=52)	
		n	%
Muito bem		6	11,5%
Bem		13	25%
Nem bem nem mal		17	32,7%
Mal		2	3,8%
Muito mal		0	0%
Ainda não aceitei o diagnóstico		0	0%
Tenho dificuldade em lidar com a situação		14	26,9%
Ainda não aceitei o diagnóstico e tenho dificuldade em lidar com a situação		0	0%

