

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Andreia Filipa Antunes Nunes

**ESTILOS PARENTAIS E FUNÇÕES EXECUTIVAS  
EM CRIANÇAS COM SINTOMAS DE  
HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica e  
da Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria João Seabra-  
Santos e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da  
Educação da Universidade de Coimbra**

Julho de 2023



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Andreia Filipa Antunes Nunes

**ESTILOS PARENTAIS E FUNÇÕES EXECUTIVAS  
EM CRIANÇAS COM SINTOMAS DE  
HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica e  
da Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria João Seabra-  
Santos e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da  
Educação da Universidade de Coimbra**

Julho de 2023

## Estilos Parentais e Funções Executivas em crianças com sintomas de Hiperatividade/Défice de Atenção

### Resumo

*Enquadramento:* A Perturbação da Hiperatividade e Déficit de Atenção (PH/DA) é uma perturbação neurodesenvolvimental associada a alterações comportamentais, comprometendo o desenvolvimento do sujeito ao nível das funções executivas (FE). Tem sido sugerido que os contextos envolventes (e.g., familiar, social) e as características das crianças podem afetar a qualidade da interação entre estas e os pais. Neste sentido, e considerando a importância da parentalidade para o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo da criança, é relevante estudar os estilos parentais (EP) nas famílias com crianças com sintomas de PH/DA. *Objetivos:* (i) Compreender qual o EP predominante em pais de crianças com sintomas de PH/DA e compará-los com de pais de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos; (ii) perceber se os EP de pais de crianças da amostra clínica diferem em função de características familiares ou clínicas; (iii) comparar as FE de crianças da amostra clínica com as da amostra de comparação, considerando a perspectiva dos pais e dos educadores de infância; (iv) perceber a relação entre as FE das crianças da amostra clínica e os EP adotados pelos pais. *Método:* Neste estudo, participaram 26 crianças com sintomas de PH/DA, entre os 3 e os 6 anos, e os seus pais. Os pais assinaram um consentimento informado e responderam a um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico e pelas versões portuguesas do Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP) e do *Behavior Rating Inventory of Executive Function*, versão pré-escolar (BRIEF-P). O BRIEF-P também foi preenchido pelas educadoras de infância. Os psicólogos que acompanham as crianças preencheram um questionário clínico. Este estudo inclui duas amostras de comparação, uma para o QDEP ( $N = 29$ ) e outra para o BRIEF-P ( $N = 25$ ). *Resultados:* O EP autoritativo revelou-se predominante na amostra clínica e superior à amostra de comparação. Não se verificou influência das variáveis sociodemográficas e clínicas estudadas nos EP. Contudo, os resultados revelam uma tendência (no limiar da significância estatística) para uma maior utilização do EP permissivo pelos pais que consideram que a condição clínica do filho influencia a dinâmica familiar. Quando comparadas quanto às FE, tanto na perspectiva dos pais como dos educadores de infância, a amostra de crianças com sintomas de PH/DA e a amostra de comparação revelaram diferenças estatisticamente significativas entre si, traduzindo um domínio mais pobre das FE por parte da primeira (tamanhos de efeito grandes). Na amostra clínica, as respostas dadas pelos pais e educadores de infância em relação às FE não revelaram diferenças entre si. Não se verificou qualquer relação entre o domínio das FE das crianças da amostra clínica e o EP adotado pelos pais. *Discussão e conclusões:* Este estudo contribuiu para uma melhor compreensão do domínio das FE em crianças com sintomas de PH/DA, bem como dos EP nestas famílias e a forma como variáveis familiares e clínicas influenciam a utilização dos mesmos. Assim, pode vir a ser útil em intervenções futuras com estas famílias.

*Palavras-chave:* PH/DA, pré-escolar, funções executivas, BRIEF-P, estilos parentais.

## Parenting Styles and Executive Functions in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms

### Abstract

*Background:* Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD) is a neurodevelopmental disorder associated with behavioral changes, compromising the individual's development in terms of executive functions (EF). It has been suggested that environmental contexts (e.g., family, social) and child characteristics can affect the quality of interaction between children and parents. In this sense, considering the importance of parenting for cognitive, social and emotional development of the child, it is relevant to study parenting styles (PS) in families with children exhibiting symptoms of AD/HD. *Objectives:* (i) Understand the predominant PS in parents of children exhibiting symptoms of AD/HD and compare them to parents of children without know developmental challenges; (ii) determine if the PS of parents in the clinical sample differs based on family or clinical characteristics; (iii) compare the ES of children in the clinical sample with those in the comparison sample, considering the perspectives of parents and early childhood educators; (iv) understand the relationship between the ES of children in the clinical sample and the PS adopted by parents. *Method:* In this study, 26 children exhibiting symptoms of AD/HD, aged between 3 and 6 years, and their parents participated. Parents provided informed consent and completed a protocol consisting of a sociodemographic questionnaire and the Portuguese versions of the Questionnaire of Dimensions and Parenting Styles (QDEP), and the Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschool Version (BRIEF-P). The BRIEF-P was also completed by the early childhood educators. The psychologists who worked with the children completed a clinical questionnaire. This study includes two comparison samples, one for the QDEP ( $N = 29$ ) and another for the BRIEF-P ( $N = 25$ ). *Results:* The authoritative PS was found to be predominant in the clinical sample and superior to the comparison sample. There was no influence of the sociodemographic and clinical variables studied on PS. However, the results revealed a trend (approaching statistical significance) towards a higher utilization of permissive PS by parents who perceived their child's clinical condition as influencing family dynamics. When comparing EF from the perspectives of both parents and early childhood educators, statistically significant differences were observed between the sample of children with symptoms of AD/HD and the comparison sample, indicating poorer EF in the former (large effect sizes). In the clinical sample, there were no differences in the responses given by parents and early childhood educators regarding EF. No relationship was found between the domain of EF in children from the clinical sample and the PS adopted by parents. *Discussion and conclusions:* This study has contributed to be a better understanding of the domain of EF in children with symptoms of AD/HD, as well as PS in these families and how family and clinical variables influence their use. Therefore, this study may prove to be useful in future interventions with these families.

*Key Words:* AD/HD, preschool, executive function, BRIEF-P, parenting styles.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Maria João Seabra-Santos pela sua orientação, apoio e disponibilidade ao longo de todo o processo de realização da presente dissertação. Agradeço também por todas as palavras de incentivo e confiança em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis.

A todos os pais, educadores de infância e psicólogos que se disponibilizaram para participar no estudo, sem os quais não teria sido possível realizar a presente investigação. Quero agradecer também a todas as psicólogas que foram sempre prestáveis no processo de recolha de dados, em especial à Dr.<sup>a</sup> Iolanda Campos Gil, à Dr.<sup>a</sup> Ana Carolina Carvalho Homem, à Dr.<sup>a</sup> Mariana Pimentel, à Dr.<sup>a</sup> Sara Leitão, à Dr.<sup>a</sup> Tatiana Carvalho Homem e à Dr.<sup>a</sup> Andreia F. Azevedo.

Às minhas amigas, com quem partilhei este percurso, e que estiveram sempre disponíveis para tardes de estudo, prontas a ouvir todos os meus problemas existenciais e a celebrar comigo as pequenas conquistas, dando-me forças para continuar e nunca desistir.

Ao meu namorado, por ter sempre conselhos para me dar e por me fazer ver que os momentos difíceis não duram para sempre.

Quero agradecer aos meus pais e ao meu irmão, por todo o apoio, carinho, paciência, por serem o meu suporte e por terem sempre acreditado em mim e nas minhas capacidades. A estes, agradeço do fundo do coração por estarem sempre presentes e disponíveis para me ajudar em todos os momentos.

## Índice

Introdução .....	1
I- Enquadramento Conceptual.....	3
1.1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	3
1.2. Funções executivas e PH/DA.....	5
1.3. Estilos Parentais .....	7
II- Objetivos.....	8
III- Metodologia.....	9
3.1. Procedimento de Recolha de Dados .....	9
3.2. Amostras.....	10
3.2.1. Seleção das Amostras.....	10
3.2.2. Caracterização das Amostras .....	10
3.3. Instrumentos .....	14
3.3.1. Questionário Sociodemográfico .....	14
3.3.2. Questionário Clínico.....	14
3.3.3. Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP).....	14
3.3.4. Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschool (BRIEF-P).....	14
3.4. Análise de Dados.....	15
IV- Resultados.....	16
4.1. Caracterização dos EP da amostra clínica e comparação entre amostras .....	16
4.2. Variáveis clínicas e sociodemográficas e resultados no QDEP.....	17
4.3. Comparação entre amostras quanto aos resultados no BRIEF-P.....	19
4.4. Coeficientes de correlação entre os resultados do QDEP e do BRIEF-P .....	21
V- Discussão .....	21
VI- Conclusões.....	24
Bibliografia .....	27
Anexos .....	33

## Introdução

A Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PH/DA) caracteriza-se por ser uma perturbação neurodesenvolvimental (American Psychiatric Association [APA], 2013/2014), considerada a patologia mais comum na infância (American Academy of Pediatrics [AAP], 2011), com uma prevalência de 2% nas crianças em idade pré-escolar (Lavigne et al., 1996). Por afetar o sistema nervoso central (Connor, 2002), provoca alterações comportamentais (AAP, 2011), tais como a excessiva atividade motora e curtos períodos de atenção na realização de tarefas, podendo associar-se à presença de comportamentos violentos, disruptivos e antissociais (DeWolfe et al., 2000) e comprometer o desenvolvimento destas crianças nos contextos familiar, escolar e social (AAP, 2011).

As dificuldades e problemas ao nível das interações sociais, do desenvolvimento emocional, cognitivo e escolar das crianças, em idade pré-escolar, com sintomas de PH/DA devem-se, em grande parte, ao comprometimento das suas funções executivas (FE) (Sonuga-Barke et al., 2002; Spira & Fischel, 2005). Nas FE destacam-se três processos que sustentam as operações cognitivas, nomeadamente a inibição, a memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva (Diamond, 2013; Sherman & Brooks, 2010). Estes processos interligam-se, originando FE mais complexas, como a capacidade de raciocínio, planificação, tomada de decisão e resolução de problemas (Diamond, 2013), permitindo que os sujeitos controlem os comportamentos, emoções e pensamentos (Dias & Seabra, 2013; Dias et al., 2022). A PH/DA constitui a patologia mais associada ao défice nas FE (Lindstrom et al., 2011), caracterizando-se pelas dificuldades acrescidas ao nível da regulação da atenção e concentração (APA 2013/2014), planificação de tarefas e inibição (Hughes et al., 1998), mais presentes em crianças com sintomas de PH/DA, quando comparadas com crianças sem este tipo de desafio desenvolvimental (Gioia et al., 2016).

As competências relacionadas com o funcionamento executivo são adquiridas ao longo da infância e até ao início da idade adulta, sendo que os contextos envolventes da criança são fundamentais para o seu desenvolvimento (*Center on the Developing Child*, 2011). Desta forma, considerando que as características temperamentais das crianças influenciam a qualidade da parentalidade (Cunningham, 2007) e das interações entre pais e filhos (Healey et al., 2011), é relevante investigar e compreender os estilos parentais (EP) dos pais de crianças com sintomas de PH/DA. De acordo com a tipologia de Baumrind (1966, 1971), os EP podem corresponder a três tipos: autoritativo ou democrático, autoritário e permissivo, definindo-se estes a partir do tipo e da qualidade das relações que os pais estabelecem com os seus filhos (Darling & Steinberg, 1993).

A investigação existente sobre os EP, de acordo com a tipologia de Baumrind, nos pais de crianças com sintomas de PH/DA é escassa. A presente dissertação de mestrado pretende contribuir com novas informações para colmatar esta lacuna na literatura. Neste sentido, pretendemos compreender se existe um EP mais característico dos pais de crianças com sintomas de PH/DA e perceber se o recurso aos vários EP difere dos de pais de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos. Propomo-nos analisar se variáveis sociodemográficas (e.g., posição na fratria, nível socioeconómico familiar) e clínicas (e.g., tratamento farmacológico, comorbilidades) estão relacionadas com os EP, em famílias de crianças com estas características. Pretende-se caracterizar as FE das crianças com sintomas de PH/DA, comparando-as com as de crianças sem desafios desenvolvimentais, considerando a perspetiva dos pais e dos educadores de infância. Para além disso, é nosso objetivo verificar se há diferenças na perceção das FE das crianças com sintomas de PH/DA, considerando a opinião dos pais e dos educadores de infância. Adicionalmente, pretende-se perceber se o domínio dessas mesmas funções, por parte das crianças com sintomas de PH/DA, se relaciona com os EP utilizados pelos pais. Finalmente, os dados recolhidos irão contribuir para a validação do BRIEF-P numa amostra com características especiais.

A presente dissertação está dividida em seis partes. Em primeiro lugar, é apresentado o enquadramento conceptual, através de uma revisão da literatura dos principais temas e conceitos

relevantes para o estudo, nomeadamente PH/DA, FE e EP. De seguida, são descritos os objetivos gerais e específicos do presente estudo. A terceira parte é constituída pela metodologia, incluindo a descrição do procedimento de recolha de dados, a seleção das amostras, a caracterização das mesmas, a descrição dos instrumentos utilizados para a recolha dos dados, bem como os procedimentos de análise de dados. Posteriormente, segue-se a descrição dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim, na sexta parte, são apresentadas as principais conclusões do presente estudo, as suas limitações e sugestões para investigações futuras.



## I- Enquadramento Conceptual

### 1.1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PH/DA) é uma perturbação neurodesenvolvimental (American Psychiatric Association [APA], 2013/2014), considerada a patologia mais comum na infância (American Academy of Pediatrics [AAP], 2011), tanto em Portugal como a nível mundial (Filipe, 2020). Trata-se de uma perturbação que afeta o sistema nervoso central (Connor, 2002) provocando alterações comportamentais e comprometendo o desenvolvimento intelectual dos sujeitos nos contextos familiar, escolar e social (AAP, 2011).

A definição de PH/DA tem vindo a sofrer alterações, ao longo dos anos, no sentido de torná-la mais objetiva e precisa. No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) são distinguidos e caracterizados os seguintes subtipos: desatento, hiperativo-impulsivo e misto (APA, 2013/2014). As crianças com diagnóstico de PH/DA tipo desatento caracterizam-se por serem impacientes e desconcentradas, perdendo frequentemente objetos pessoais e apresentando tarefas incompletas. Num diagnóstico de PH/DA tipo hiperativo-impulsivo, os sujeitos têm dificuldades nas competências de escuta-ativa e exibem comportamentos disruptivos (Barkley, 2006). Já o tipo misto combina características de desatenção e de hiperatividade/impulsividade e crianças com este diagnóstico revelam mais problemas sociais, quando comparadas com outros tipos (Spira & Fischel, 2005).

Estima-se que 5% das crianças em idade escolar preencham os critérios correspondentes à PH/DA (APA, 2013/2014). O sexo é um fator significativo na prevalência desta perturbação, sendo esta superior nas crianças do sexo masculino (ratio 2:1) (APA, 2013/2014; Erskine et al., 2013). A perturbação também se apresenta de modos diferentes em rapazes e raparigas, estando as características de hiperatividade mais presentes nos rapazes, que são irrequietos e impulsivos, enquanto nas raparigas predomina a desatenção (Biederman et al., 2002; Staller & Faraone, 2006).

No estudo da etiologia da PH/DA têm sido identificados diversos fatores, de entre os quais se destacam condições neurobiológicas, genéticas e ambientais. Assim, e relativamente às condições neurobiológicas, os estudos revelam, nomeadamente, que há uma redução de 3 a 5% da capacidade total do cérebro nos sujeitos com esta perturbação (Oliveira, Medeiros et al., 2017). No que diz respeito às condições genéticas, apesar de não estar ainda comprovado o modo como ocorre a transmissão genética, verifica-se que o risco de ter a perturbação é entre duas a oito vezes superior em filhos de pais biológicos com PH/DA, quando comparados com filhos de pais adotivos com a mesma patologia. A hereditariedade da PH/DA nas crianças apresenta um valor aproximado de 76%, sendo uma das mais elevadas de entre as perturbações psiquiátricas (Akutagava-Martins et al., 2016). Quanto às variáveis ambientais, destaca-se a importância, na etiologia da PH/DA, de diversos fatores de ordem biológica, sociocultural e familiar. De entre os fatores biológicos salienta-se a exposição a consumos de álcool ou tabaco durante a gravidez, a idade materna e a saúde dos cuidadores (Banerjee et al., 2007). Os fatores socioculturais, ligados às perceções e expectativas da família e da sociedade sobre o comportamento da criança, poderão ser essenciais na identificação, diagnóstico e forma de lidar com a perturbação (AAP, 2011). Por fim, evidenciam-se como importantes elementos a considerar na etiologia da PH/DA os fatores familiares, como a presença de distúrbios psiquiátricos, doenças genéticas e o contexto social da família (Cordinhã & Boavida, 2008).

No que diz respeito às comorbilidades, estima-se que cerca de 80% dos casos diagnosticados com PH/DA estejam associados a outras condições clínicas (Oliveira, Pereira et al., 2017), como défices comunicacionais e linguísticos (Posner et al., 2007). De entre as comorbilidades mais comuns destaca-se a Perturbação Desafiante de Oposição, a Perturbação do Comportamento (Campbell et al., 2000; Lavigne et al., 1996), a Perturbação Depressiva e a Perturbação da Ansiedade (Oliveira, Pereira et al., 2017).

A PH/DA tem sido frequentemente diagnosticada antes dos 5 anos (Azevedo et al., 2012), tendo

uma prevalência de 2% nas crianças em idade pré-escolar (Lavigne et al., 1996). Nesta fase do desenvolvimento é possível identificar os três subtipos existentes da PH/DA, embora, prevaleça o subtipo hiperativo-impulsivo sobre o subtipo desatento (Lahey et al., 2005), sendo este último mais difícil de diagnosticar nestas idades precoces (Wakschlag et al., 2007), visto que os sintomas apresentados são menos evidentes comparativamente com os outros tipos (Filipe, 2004). À semelhança do que acontece noutras idades, também as crianças em idade pré-escolar com diagnóstico de PH/DA têm comorbilidades com outras doenças, numa percentagem que se estima de 64%, tendo um maior risco de apresentar sinais de ansiedade, depressão e fobia social (Posner et al., 2009).

Embora as crianças com PH/DA apresentem dificuldades e comportamentos disruptivos que podem ser identificados tão precocemente como na idade pré-escolar (Spira & Fischel, 2005), a validade deste diagnóstico precoce tem sido questionada (Greenhill et al., 2008). Esta contestação está relacionada com a falta de diferenciação nos critérios, no DSM-5, entre crianças em idade pré-escolar e em idade escolar (Bussing et al., 2006; Posner et al., 2007), que pode dificultar a distinção entre aquilo que são comportamentos normativos, considerando o nível de desenvolvimento nesta faixa etária, e eventuais indícios patológicos de PH/DA (Bussing et al., 2006; Egger et al., 2006). Assim, adotando a perspetiva da psicopatologia do desenvolvimento (Sonuga-Barke & Halperin, 2010) alguns dos sintomas da PH/DA são vistos como expectáveis para as crianças em idade pré-escolar (Connor, 2002) pelo que a aplicação estrita dos critérios do DSM-5 pode resultar num sobre diagnóstico desta perturbação (Sonuga-Barke & Halperin, 2010).

A presença de comportamentos característicos da PH/DA, como padrões de desatenção, assim como algumas das dificuldades que frequentemente acompanham esta perturbação, como os problemas nas relações interpessoais, originam baixa autoestima e insegurança nas crianças (Taylor et al., 2004). O facto de apresentarem comportamentos marcados pela excessiva atividade motora e curtos períodos de atenção na realização das tarefas faz com que estas crianças em idade pré-escolar recebam, com maior frequência, chamadas de atenção, punições e críticas comparativamente com outras crianças sem este diagnóstico (DeWolfe et al., 2000). Por outro lado, a circunstância de exibirem comportamentos violentos, disruptivos e antissociais com mais frequência do que os seus pares (DeWolfe et al., 2000) pode comprometer o seu futuro nos domínios do bem-estar social, emocional e profissional (Spira & Fischel, 2005).

Por este motivo, têm sido propostos vários tipos de intervenção, sendo a utilização de fármacos em crianças pré-escolares, cada vez mais frequente. Por outro lado, as opções não farmacológicas, como os tratamentos psicossociais, têm sido desenvolvidos com o objetivo de diminuir os sintomas da perturbação e a consequente utilização de medicamentos (Sonuga-Barke et al., 2006). Estes tipos de intervenções nos diferentes contextos do quotidiano, com o auxílio dos cuidadores e dos professores, pretendem capacitar e autonomizar as crianças (Miranda & Martins, 2021) nas suas relações interpessoais e no controlo de impulsos evitando, assim, comportamentos de risco (Sonuga-Barke et al., 2005).

O recurso a intervenções psicossociais está intimamente ligado ao reconhecimento crescente, por parte da literatura, de que não só as características da criança, mas também as interações com o meio envolvente, vão condicionar a trajetória da perturbação (Campbell & von Stauffenberg, 2009; Sonuga-Barke et al., 2005). No que diz respeito às características das crianças com PH/DA, Sonuga-Barke e colaboradores (2005), mencionam a imaturidade neurodesenvolvimental, o excessivo nível de atividade, a instabilidade emocional, a reatividade elevada aos estímulos do meio e o funcionamento cognitivo de nível inferior ao esperado como indicadores precoces da trajetória da perturbação. Os défices cognitivos associam-se a outros, nomeadamente nos domínios da leitura e cálculo, desenvolvimento da linguagem e coordenação motora (Azevedo et al., 2012).

A qualidade da integração da criança com PH/DA no seu meio envolvente é fundamental para a progressão dos sintomas (Azevedo et al., 2012). Contudo, o temperamento da criança é um fator significativo para o aumento do *stress* no exercício da parentalidade, podendo originar práticas parentais

negativas e prejudicando assim o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar, com PH/DA (Healey et al., 2011). Neste contexto, Sonuga-Barke e colaboradores (2005) defendem que a descontinuidade e heterogeneidade desenvolvimentais são características do curso desta perturbação, e propõem uma taxonomia que diferencia quatro cursos possíveis da PH/DA, distintos entre si, quer pela idade de início e modo como os sintomas se apresentam nas primeiras fases da perturbação, quer pelas respostas ambientais, nomeadamente da família, face aos comportamentos das crianças, em idade pré-escolar. Dentro desta taxonomia, o Tipo I, “Oposição emergente”, caracteriza-se por sinais precoces de hiperatividade que, apesar do risco reduzido de evoluir para um quadro de PH/DA, apresenta risco para o desenvolvimento futuro de comportamentos de oposição. Nestes casos, a parentalidade negativa e coerciva surge como fator moderador na trajetória da perturbação. No Tipo II, “PH/DA de início tardio”, há um risco moderado para o desenvolvimento da PH/DA. Durante a idade pré-escolar os sintomas precoces mantêm-se subclínicos, agravando-se com a entrada para a escola e refletindo-se nas dificuldades escolares, sendo que a intervenção deve recair sobre os pais e a criança, sobretudo no momento da transição. O Tipo III, “PH/DA limitada ao período pré-escolar”, define-se pelo risco moderado a elevado de hiperatividade em idade pré-escolar e pelo aparecimento precoce dos sintomas de PH/DA. O curso desta perturbação pode ser interrompido pelas características protetoras do meio familiar e social onde a criança está inserida. Por fim, o Tipo IV, “PH/DA crónica de início precoce”, apresenta risco elevado de PH/DA e sintomas severos de hiperatividade em crianças em idade pré-escolar com características de temperamento explosivo. Os sintomas podem evoluir de forma crónica e em comorbilidade com comportamentos de oposição (Sonuga-Barke et al., 2005).

Assim, as variáveis familiares, com particular destaque para o EP praticado, podem determinar cursos diferentes relativamente ao desenvolvimento da PH/DA nas crianças em idade pré-escolar, revelando a importância do papel dos pais relativamente à continuidade ou descontinuidade das trajetórias da perturbação. Desta forma, as práticas parentais positivas exercidas pelos cuidadores promovem resiliência nas crianças, contribuindo para que superem as suas dificuldades. Pelo contrário, o exercício de uma parentalidade negativa e coerciva pode contribuir para que estas crianças evidenciem atrasos precoces relativamente ao funcionamento executivo (Sonuga-Barke et al., 2005).

## 1.2. Funções executivas e PH/DA

A investigação tem demonstrado amplamente que crianças em idade pré-escolar, com diagnóstico ou sintomas de PH/DA, apresentam dificuldades ao nível das FE suscetíveis de comprometer as suas interações sociais, o seu desenvolvimento emocional, cognitivo e escolar (Sonuga-Barke et al., 2002; Spira & Fischel, 2005).

Na definição das FE distinguem-se três processos principais que sustentam as operações cognitivas, nomeadamente a inibição ou controlo inibitório, a memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva (Diamond, 2013; Sherman & Brooks, 2010). Assim, a inibição corresponde à capacidade de o indivíduo prestar atenção, controlar o seu comportamento, pensamentos ou emoções, independentemente dos estímulos internos ou externos, manifestando uma atitude adequada à situação. A memória de trabalho caracteriza-se pela capacidade de reter e processar informação que foi recebida, durante um breve período de tempo. Por fim, a flexibilidade cognitiva equivale à capacidade neuronal de alternar entre diferentes perspetivas, tarefas e objetivos (Diamond, 2013). Para a realização da maioria das tarefas é necessário combinar diferentes habilidades das FE, sendo que estas se interligam de forma a garantir um bom funcionamento executivo (*Center on the Developing Child*, 2011) originando, assim, FE mais complexas como a capacidade de raciocínio, de planificação, de tomada de decisão e de resolução de problemas (Diamond, 2013).

Assim, as FE correspondem a processos *top-down* com uma ação reguladora sobre outros processos, sendo compostas por diversas aptidões cognitivas que permitem que os sujeitos controlem os seus comportamentos, emoções e pensamentos (Dias & Seabra, 2013; Dias et al., 2022). Contribuem para a capacidade de concentração/atenção, tomada de decisão, antecipação de consequências e menor

impulsividade na realização de tarefas (Diamond, 2013). Deste modo, as FE são essenciais para o quotidiano no que concerne ao sucesso escolar e à promoção da saúde mental (Coelho et al., 2019), garantindo um bom desenvolvimento cognitivo e social (Diamond, 2013).

As competências ao nível do funcionamento cognitivo, como a capacidade de reter informação, de concentração e controlo de impulsos desenvolvem-se desde muito cedo no ciclo vital das crianças (6 meses) e até à fase adulta (*Center on the Developing Child*, 2011; Pereira et al., 2018). Contudo, é entre os 3 e os 5 ½ anos que há um maior desenvolvimento das FE (Sonuga-Barke et al., 2002). A inibição é a primeira destas funções a surgir, por volta dos 6 meses de idade (*Center on the Developing Child*, 2011), apresentando um desenvolvimento mais acentuado entre os 3 e os 5 anos (Dias & Seabra, 2013). Assim, no final do primeiro ano a criança consegue já manter a atenção numa determinada tarefa, mesmo com algumas distrações (*Center on the Developing Child*, 2011), mas até aos 3 anos de idade os comportamentos caracterizam-se por serem maioritariamente espontâneos e de acordo com as reações ao meio envolvente (Dias & Seabra, 2013). É só entre os 4 e os 5 anos que as crianças adquirem competências de forma a inibirem os seus comportamentos, controlando as suas reações (*Center on the Developing Child*, 2011). A memória de trabalho desenvolve-se a partir dos 7 meses, idade em que as crianças adquirem a capacidade de se lembrar de que um objeto, apesar de não estar visível, ainda está lá (*Center on the Developing Child*, 2011). E é entre os 3 e os 5 anos de idade que desenvolvem a capacidade de criar imagens mentais dos objetos, necessitando cada vez menos da presença física dos mesmos para pensarem sobre eles (Dias & Seabra, 2013). A flexibilidade cognitiva é das últimas FE a desenvolver-se, uma vez que a capacidade de alternar entre diferentes perspetivas necessita da intervenção da inibição para desativar a perspetiva anterior e da memória de trabalho para que se ative uma diferente (Diamond, 2013). Desta forma, embora entre os 2 e os 5 anos de idade as crianças consigam já adaptar o seu comportamento de acordo com diferentes regras (*Center on the Developing Child*, 2011), é somente entre os 5 e os 7 anos que a flexibilidade cognitiva demonstra uma evolução significativa (Dias & Seabra, 2013).

O processo de desenvolvimento do cérebro, nomeadamente da região do córtex pré-frontal, é essencial para a aquisição de competências ao nível do funcionamento executivo, implicando o estabelecimento de conexões entre regiões cerebrais, durante o desenvolvimento (Knapp & Morton, 2017). As crianças com PH/DA apresentam uma redução no que diz respeito ao tamanho do cérebro, entre 3 a 8%, quando comparadas com outras da mesma idade sem esta perturbação (Mahone & Silverman, 2008). Assim, estas crianças apresentam uma evolução neurológica atípica, resultando numa atividade motora excessiva e numa fraca inibição do comportamento e dos impulsos inapropriados (Mahone & Silverman, 2008). Estas dificuldades relativamente à inibição de reações disruptivas prejudicam o poder de autocontrolo dos seus comportamentos (Barkley, 1997), o que pode originar problemas de aprendizagem durante os anos pré-escolares (Mahone & Silverman, 2008).

A PH/DA é, pois, a patologia mais associada ao défice nas FE (Lindstrom et al., 2011), ao caracterizar-se por dificuldades ao nível da regulação da atenção e concentração, numa atividade motora excessiva e em dificuldades do controlo de impulsos (APA, 2013/2014). Crianças em idade pré-escolar com hiperatividade apresentam dificuldades relativamente à planificação de tarefas e à inibição (Hughes et al., 1998), apresentando maior disfunção ao nível das FE quando comparadas com crianças sem desafios desenvolvimentais (Gioia et al., 2016). Desta forma, e por exibirem comportamentos disruptivos, como o não cumprimento de tarefas, estas crianças manifestam problemas ao nível das relações interpessoais e interação social com os pares (Whalen & Henker, 1992).

Sendo as competências relacionadas com o funcionamento executivo adquiridas ao longo da infância e até ao início da idade adulta, as relações sociais e familiares, as experiências e o meio envolvente das crianças, nomeadamente a escola, são fundamentais para o seu desenvolvimento. Assim, um contexto familiar onde a criança se sinta segura e tranquila e os adultos correspondam às suas necessidades, enquanto figuras de suporte, apoio, proteção e confiança, contribui para o desenvolvimento harmonioso das FE. Pelo contrário, quando as necessidades das crianças não são

correspondidas e as condições do meio são negativas, as suas capacidades executivas poderão ficar comprometidas (*Center on the Developing Child*, 2011). Estas considerações levam-nos ao ponto seguinte deste enquadramento, onde se destaca a importância dos estilos parentais (EP) para o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar com diagnóstico de PH/DA.

### 1.3. Estilos Parentais

A parentalidade baseia-se num conjunto de ações praticadas pelos progenitores/cuidadores a fim de promoverem o desenvolvimento das crianças a diferentes níveis, nomeadamente físico, psicológico e social (Barroso & Machado, 2010). Neste sentido a forma como os pais/cuidadores exercem a parentalidade vai ser fundamental para o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo da criança (Oliveira et al., 2002).

No estudo da parentalidade importa diferenciar dois conceitos, nomeadamente o de práticas parentais e o de EP. As práticas parentais são um conjunto de comportamentos dos pais que variam consoante as situações, com o objetivo de socializar a criança, promovendo o seu desempenho académico, a sua independência e cooperação com os pares (Darling & Steinberg, 1993). Neste contexto, define-se o conceito de EP a partir da relação emocional existente entre os pais e os filhos, dos comportamentos e práticas exibidas pelos pais/cuidadores e do sistema de crenças dos mesmos. Os EP caracterizam-se, então, por um conjunto de atitudes dos pais/cuidadores para com a criança, que definem a qualidade das interações existentes entre ambos (Darling & Steinberg, 1993).

Diana Baumrind (1966, 1971) distingue três EP que caracterizam o tipo de relações que os pais desenvolvem com os seus filhos, nomeadamente o EP autoritário, o autoritativo (ou democrático) e o permissivo. O EP autoritário refere-se a pais controladores e exigentes, que não promovem o diálogo e não permitem a autonomização dos filhos. Valorizam a obediência e recorrem à punição quando estes não apresentam os comportamentos esperados (Baumrind, 1966). Os pais que adotam este EP caracterizam-se pela baixa expressão de afeto para com os filhos, mas por um elevado controlo e restrição (Baumrind, 1966). Desta forma, as crianças cuja educação se baseia neste EP são mais submissas, menos orientadas para o sucesso, mas com níveis razoáveis de socialização (Baumrind, 1975).

Os pais que adotam um EP autoritativo caracterizam-se por ser afetuosos com os filhos, valorizando o diálogo, recorrendo ao mesmo para atingirem objetivos e negociarem regras e limites (Baumrind, 1966). Quando ocorrem divergências, apesar de serem firmes, não exageram nas restrições que aplicam, reconhecendo a autonomia da criança, bem como os seus interesses e características individuais (Baumrind, 1971). Todos estes fatores contribuem para que as crianças sejam competentes, confiantes, assertivas e socialmente responsáveis (Baumrind, 1975). O EP autoritativo é considerado como o mais eficaz, no que diz respeito à educação (Baumrind, 1966), uma vez que, com o apoio constante dos pais e recorrendo a uma disciplina indutiva, sem sanções punitivas (Maccoby & Martin, 1983), as crianças aceitam melhor as regras impostas (Shucksmith et al., 1995). Neste sentido este EP contribui para o desenvolvimento das crianças (Maccoby & Martin, 1983), apresentando estas níveis elevados de sucesso académico (Steinberg et al., 1989), adaptação escolar e competências psicossociais (Steinberg et al., 1994), assim como níveis baixos de *stress* psicológico (Shucksmith et al., 1995).

O EP permissivo caracteriza os pais que são afetuosos, mas definem poucas exigências e regras para com os filhos. Não punem as crianças por comportamentos ou ações desadequadas e têm tendência a satisfazer todos os pedidos delas (Baumrind, 1971). Apresentam uma postura passiva fazendo com que a criança associe a figura parental a um recurso que corresponde aos seus pedidos e não a alguém responsável a quem tem de obedecer (Baumrind, 1971). Estas crianças caracterizam-se por serem passivas e reservadas, com níveis baixos de independência e responsabilidade (Baumrind, 1975).

Posteriormente, Maccoby e Martin (1983) subdividiram o EP permissivo em negligente e indulgente, diferenciando estes dois subtipos pelo nível de envolvimento parental. Neste sentido, o EP indulgente é caracterizado por um maior envolvimento por parte dos pais/cuidadores, quando

comparado com o EP negligente (Oliveira et al., 2002). Maccoby e Martin (1983) apresentaram também duas categorias para caracterizar os diferentes EP propostos por Baumrind (1966, 1971) de acordo com o nível de exigência e de responsividade no exercício da parentalidade. De acordo com este referencial, no EP autoritário os pais são exigentes, mas não são responsivos, no EP autoritativo os pais caracterizam-se por serem exigentes e responsivos, no EP permissivo os pais indulgentes são responsivos, mas não são exigentes, enquanto os pais negligentes não são exigentes nem responsivos (Maccoby & Martin, 1983).

Baumrind (1971) relacionou os comportamentos evidenciados pelas crianças com os EP adotados pelos pais. Neste contexto, outros autores têm destacado que crianças educadas de acordo com um EP autoritativo tendem a evidenciar níveis superiores de competências cognitivas e sociais, comparativamente com as outras (Cruz, 2005). Crianças cujos pais recorrem a práticas parentais negativas (e.g., punição física) tendem a apresentar menos competências sociais (Shields et al., 2001) e nível baixo de autocontrolo (Cruz, 1999), revelando mais problemas comportamentais (Lansford et al., 2005).

Como foi dito anteriormente o exercício da parentalidade é determinado por diversos fatores que influenciam diretamente a relação/interação entre os pais e os filhos. Dentro destes fatores destacam-se as características dos pais (e.g., personalidade, psicopatologia, história de vida), o contexto sociocultural (e.g., relação entre os cônjuges, profissão, rede de suporte social) e as características individuais das crianças (e.g., características temperamentais) (Belsky & Jafee, 2006). O impacto da PH/DA em pais de crianças em idade pré-escolar com esta patologia tem sido alvo de investigação, destacando-se que as características temperamentais destas crianças influenciam a qualidade da parentalidade (Cunningham, 2007).

Neste domínio, a literatura tem sublinhado que os pais/cuidadores de crianças com PH/DA em idade pré-escolar se caracterizam como sendo menos competentes no exercício da parentalidade, recorrendo a práticas parentais mais restritivas como consequência do comportamento desafiante dos seus filhos (DeWolfe et al., 2000), o que resulta, igualmente, numa menor satisfação com a parentalidade (Keown, 2011). Assim, as características da criança podem provocar *stress* parental, que por sua vez influencia o EP dos pais (Healey et al., 2011), desencadeando respostas negativas nos mesmos, com a aplicação de práticas parentais excessivamente reativas (Keown, 2011), caracterizadas pelo recurso frequente à punição corporal e verbal (Burbach et al., 2004). Apesar de o *stress* poder estar presente em todas as formas de exercício da parentalidade, é mais evidente nos EP mais punitivos, inconsistentes e conseqüentemente menos positivos (Healey et al., 2011). Neste sentido, a gravidade dos sintomas da PH/DA e as características de crianças com esta patologia (e.g., o seu temperamento), influenciam a interação entre pais e filhos (Healey et al., 2011), podendo o EP autoritário surgir como resultado do comportamento desafiante das crianças (Woolfson & Grant, 2006). Desta forma, estes pais/cuidadores, caracterizam-se por serem mais controladores e menos sociáveis, sobretudo as mães (Johnston & Mash, 2001), com níveis elevados de *stress* (Healey et al., 2011) e depressão comparativamente a pais com filhos sem este diagnóstico (DeWolfe et al., 2000). Por sua vez, e como foi mencionado, a adoção de um EP caracterizado pelo controlo parental negativo pode ser associado a trajetórias mais adversas da perturbação nas crianças em idade pré-escolar (Campbell et al., 2000).

Devido à lacuna existente na literatura/investigação relativamente à ligação entre os EP, segundo a tipologia de Baumrind, e a PH/DA, a presente dissertação pretende contribuir com novas informações sobre os EP em pais de crianças portuguesas com sintomas de PH/DA, especificamente na idade pré-escolar.

## II- Objetivos

O presente estudo pretende contribuir para colmatar a lacuna existente na literatura quanto à caracterização de EP em pais de crianças em idade pré-escolar com sintomas de PH/DA. Este estudo pretende, igualmente, recolher dados para a validação da escala *Behavior Rating Inventory of Executive*

*Function – Preschool Version (BRIEF-P)*, nomeadamente através da avaliação da sua utilidade na diferenciação de crianças com PH/DA. Estes objetivos subdividem-se em vários objetivos específicos, nomeadamente:

- i. perceber se existe um EP mais característico no exercício da parentalidade, de acordo com a tipologia de Baumrind (1966, 1971), por parte dos pais/cuidadores de crianças, em idade pré-escolar, com sintomas de PH/DA;
- ii. compreender se existem diferenças nos EP dos pais de crianças com sintomas de PH/DA quando confrontados com uma amostra de comparação, constituída por pais de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos, na mesma faixa etária;
- iii. perceber de que forma certas características familiares (e.g., nível socioeconómico familiar, o facto de ter ou não irmãos, idade dos pais) e características clínicas da criança (e.g., tratamento farmacológico, comorbilidades) se relacionam com o EP adotado;
- iv. comparar as FE de crianças com sintomas de PH/DA com as FE de um grupo de comparação, na perspetiva de pais e de educadores de infância;
- v. compreender se há diferenças quanto à perceção das FE das crianças com sintomas de PH/DA, entre pais e educadores de infância;
- vi. perceber se os EP se relacionam com o domínio das FE pelas crianças.

### III- Metodologia

#### 3.1. Procedimento de Recolha de Dados

O projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética e Deontologia da Investigação da FPCEUC (CEDI), à Comissão de Ética do Hospital de São Teotónio, em Viseu e à Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Após aprovação das comissões iniciou-se a recolha de dados, em janeiro de 2023.

Os dados foram recolhidos em vários contextos clínicos aos quais a equipa de investigação teve facilidade de acesso (amostra por conveniência), designadamente o Serviço de Pediatria do Hospital de São Teotónio, em Viseu, o Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian, em Lisboa, o Serviço de Pedopsiquiatria e Psicologia na consulta externa do Hospital Pediátrico, de Coimbra e vários consultórios de Psicologia privados de Coimbra. Nos diversos contextos houve uma reunião prévia entre a equipa de investigação e as psicólogas responsáveis pelas respetivas consultas, com o intuito de informar sobre os procedimentos necessários à recolha de dados para a presente investigação e de entregar os seguintes materiais: i) carta explicativa acerca do estudo e documento de consentimento informado a ser assinado pelos pais que aceitassem participar no estudo (cf. Anexo I); ii) questionário sociodemográfico; iii) questionário clínico; iv) Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP); e v) Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas: versão pré-escolar (BRIEF-P). O consentimento informado dos pais incluía dois tópicos: a participação dos próprios no estudo e a autorização para que os educadores de infância das crianças participassem também. Caso os pais autorizassem a participação dos educadores, era-lhes, igualmente, solicitado que entregassem a estes um envelope contendo uma carta explicativa do estudo (cf. Anexo II), na qual lhes era solicitado que preenchessem um exemplar do inventário BRIEF-P, igualmente incluído dentro do envelope.

Os questionários foram entregues aos pais presencialmente, antes ou após uma consulta, sendo-lhes prestada a ajuda necessária para o preenchimento. Nos casos em que não se revelou possível o preenchimento presencial, os pais levaram os questionários para casa e devolveram-nos na consulta seguinte ou enviaram pelo correio. Relativamente aos inventários respondidos pelos educadores de infância, a devolução foi feita por duas vias alternativas: ou através dos pais, utilizando o mesmo envelope em que foram entregues, mas fechado, no sentido de manter a confidencialidade dos dados; ou remetido pelos educadores por correio (visto que os envelopes foram entregues já preenchidos e selados). O acesso a informações contidas nos processos das crianças, no sentido de permitir uma

caracterização clínica mais fina das amostras (e.g., elementos relativos ao diagnóstico de PH/DA, Cf. Anexo III), foi sempre mediado por profissionais que acompanhavam as crianças ou os pais em consulta.

Para a recolha de dados da amostra de comparação para o QDEP, composta por crianças sem desafios desenvolvimentais particulares, foram entregues a pais de crianças em idade pré-escolar, por um processo de bola-de-neve (amostra por conveniência), uma carta explicativa do estudo e um consentimento informado (cf. Anexo IV), bem como um questionário sociodemográfico e um exemplar do QDEP. A recolha destes dados, iniciada em 2022, foi feita, nalguns casos presencialmente e noutros *online*.

A amostra de comparação dos resultados do BRIEF-P foi recolhida pelo método dos pares idênticos, recorrendo à amostra normativa deste questionário, à qual se teve acesso através da orientadora da presente dissertação, igualmente responsável pelo estudo de aferição do BRIEF-P, para a população portuguesa.

## **3.2. Amostras**

### **3.2.1. Seleção das Amostras**

Para a realização deste estudo foram seleccionadas três amostras. Uma, que designaremos de amostra clínica, é composta por crianças com sintomas de PH/DA, pelos respetivos pais/mães ou cuidadores e seus educadores de infância. As outras duas são amostras de comparação para o QDEP e para o BRIEF-P.

A amostra clínica teve como critérios de inclusão: i) a criança ter idade pré-escolar (isto é, compreendida entre os 3 e os 6 anos); e ii) apresentar comportamentos característicos de PH/DA (e.g., agitação motora e/ou défice de atenção), não sendo necessário ter um diagnóstico formal. Excluíram-se pais/cuidadores que não dominassem bem a língua portuguesa, uma vez que tal iria dificultar o preenchimento dos questionários.

Foram contactadas 29 famílias, das quais 26 entregaram os questionários preenchidos. Assim a taxa de resposta foi de 89.7%. Destas, 25 consentiram o preenchimento do questionário BRIEF-P por parte dos educadores de infância das crianças, mas apenas 14 destes devolveram os questionários preenchidos.

Para a amostra de comparação do QDEP foram seleccionadas 29 crianças também em idade pré-escolar, mas sem qualquer desafio desenvolvimental e os respetivos pais. A amostra de comparação do BRIEF-P, composta por 26 crianças pertencentes à amostra normativa do estudo de aferição deste inventário para a população portuguesa, foi seleccionada pelo método dos pares idênticos tendo em conta as variáveis idade e sexo da criança, nível socioeconómico familiar e existir resposta ao BRIEF-P, quer de pais, quer de educadores de infância.

### **3.2.2. Caracterização das Amostras**

Na Tabela 1 é possível constatar que a amostra clínica, com sintomas de PH/DA, é composta por 26 crianças, maioritariamente do sexo masculino (61.5%). No que diz respeito à idade a amostra inclui crianças em idade pré-escolar, tendo a maioria 5 anos (50%). Quanto ao número de irmãos verifica-se que a maior parte das crianças são filhos únicos (46.2%) ou tem um irmão (38.5%). Observa-se também que muitas destas crianças beneficiam de medidas ao abrigo do DL 54/2018 de educação inclusiva (26.9% do número total), sendo que o número de dados omissos nesta variável foi de 50%, respostas deixadas em branco provavelmente por as crianças não beneficiarem deste tipo de apoio, embora tal não seja possível de garantir. Todas as crianças frequentam o jardim-de-infância e são residentes nos distritos de Coimbra, Viseu, Lisboa ou Aveiro.



Tabela 1

**Caracterização sociodemográfica das crianças com sintomas de PH/DA (N=26)**

	N	%
Sexo		
Feminino	10	38.5
Masculino	16	61.5
Idade		
3 anos	4	15.4
4 anos	4	15.4
5 anos	13	50.0
6 anos	5	19.2
<i>M</i> = 4.73; <i>DP</i> = 0.96 Min: 3; Máx: 6		
Número de irmãos		
0	12	46.2
1	10	38.5
2	4	15.4
Posição na fratria		
Filho único	12	46.2
Primeira	5	19.2
Segunda	6	23.1
Terceira	3	11.5
Beneficia de medidas ao abrigo do DL 54/2018 de educação inclusiva		
Sim	7	26.9
Não	6	23.1

Por sua vez, a amostra de comparação para o QDEP é constituída por 29 crianças, sendo a maior parte do sexo feminino (58.6%) com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos ( $M = 4.73$ ,  $DP = 0.96$ ). Estas crianças frequentam o jardim-de-infância e residem nas zonas de Coimbra, Lisboa, Alentejo, Ferreira do Zêzere e Tomar. A maioria tem apenas um irmão (51.7%) e ocupa a segunda posição na fratria (37.9%). Quando comparada esta amostra com a amostra clínica, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, nem ao nível do sexo,  $\chi^2 = .02$ ,  $p = .89$ , nem da idade,  $t(53) = .63$ ,  $p = .53$ , permitindo-nos concluir que estas amostras são equivalentes no que diz respeito a estas variáveis.

A amostra de comparação para o BRIEF-P, tendo sido constituída pelo método dos pares idênticos, é precisamente equivalente à amostra clínica no que diz respeito às variáveis consideradas no emparelhamento, acima mencionadas. É composta por 26 crianças que frequentam o jardim-de-infância e residem nos concelhos de Coimbra, Figueira da Foz, Penacova, Viseu, Carregal do Sal, Sátão e Lisboa.

Através da Tabela 2, é possível observar as características sociodemográficas das famílias das crianças com sintomas de PH/DA ( $N = 26$ ). Verifica-se que as idades das mães estão compreendidas entre os 27 e os 47 anos ( $M = 38.04$ ,  $DP = 5.06$ ) e a idade dos pais entre os 32 e os 54 anos ( $M = 40.15$ ,  $DP = 6.11$ ). O estado civil predominante de ambos os progenitores é casado/união de facto (84.6%). Relativamente às habilitações académicas é possível observar que grande parte das mães (50.0%) e dos pais (42.3%) têm formação de nível superior. No que diz respeito ao nível socioeconómico familiar (NSE), caracterizado com base na classificação adaptada de Almeida (1988)<sup>1</sup> e calculando a média da

<sup>1</sup> A classificação de Almeida (1988) ajustada em 2013, baseia-se na profissão e habilitações escolares e desta forma considera três níveis socioeconómicos:

mãe e do pai, verifica-se que grande parte destas famílias se encontram num nível baixo (38.5%) ou médio (34.6%).

**Tabela 2**

**Caracterização sociodemográfica das famílias das crianças com sintomas de PH/DA (N= 26)**

	N	%
<b>Idade Mãe</b>		
≤ 36	8	30.8
[37 – 42]	13	50.0
≥ 43	5	19.2
<i>M = 38.04; DP = 5.06 Min: 27; Máx: 47</i>		
<b>Estado Civil Mãe</b>		
Casada/União de Facto	22	84.6
Solteira	1	3.8
Divorciada/Separada	3	11.5
<b>Habilitações Académicas Mãe</b>		
Básico	2	7.7
Secundário	11	42.3
Superior	13	50.0
<b>Idade Pai</b>		
≤ 36	9	34.6
[37 – 42]	7	26.9
≥ 43	10	38.5
<i>M = 40.15; DP = 6.11; Min: 32; Máx: 54</i>		
<b>Estado Civil Pai</b>		
Casado/União de Facto	22	84.6
Solteiro	1	3.8
Divorciado/Separado	3	11.5
<b>Habilitações Académicas Pai</b>		
Básico	6	23.1
Secundário	9	34.6
Superior	11	42.3
<b>Nível Socioeconómico Familiar</b>		
Baixo	10	38.5
Médio	9	34.6
Alto	7	26.9

Nível socioeconómico baixo: trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa; empregados de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, eletricitistas), motoristas; até ao 12º ano de escolaridade obrigatória. Domésticas e desempregados (qualquer escolaridade).

Nível socioeconómico médio: profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino primário e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios, superiores ou pós-graduações/mestrados.

Nível socioeconómico elevado: grandes proprietários de empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitetos, engenheiros, economistas, psicólogos, professores do ensino superior); artistas, oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos de aviação; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura (mestrado ou doutoramento).

As famílias da amostra de comparação do QDEP ( $N = 29$ ) são constituídas por mães com idades compreendidas entre os 30 e os 47 anos ( $M = 37.76$ ,  $DP = 3.81$ ) e por pais com idades compreendidas entre os 30 e os 55 anos ( $M = 39.97$ ,  $DP = 5.12$ ). Relativamente às habilitações literárias as mães têm maioritariamente o ensino superior (55.2%), o que as distingue dos pais, que apresentam maior percentagem no nível básico (37.9%). No NSE familiar observa-se maior frequência no nível médio (41.4%). Contudo, comparando esta amostra com a clínica quanto ao NSE não se verifica diferença estatisticamente significativa,  $\chi^2 = 1.56$ ,  $p = .46$ , o que significa que não há uma associação entre o tipo de amostra e o NSE familiar.

Nas famílias da amostra de comparação do BRIEF-P ( $N = 26$ ), no que diz respeito às habilitações literárias grande parte das mães tem o ensino superior (46.2%) e nos pais predomina o ensino secundário (38.5%). No que diz respeito ao NSE familiar esta amostra é absolutamente idêntica à amostra clínica, uma vez que na constituição dos pares idênticos esta foi uma das variáveis consideradas. Não dispomos de dados quanto à idade das mães/pais.

A Tabela 3 apresenta as características clínicas da amostra de crianças com sintomas de PH/DA. Verifica-se que o início da problemática das crianças em muitos casos ocorreu aos 2 anos (30.8%, havendo um caso em que este dado não foi disponibilizado) e que a maioria (88.5%) não recebe qualquer tipo de tratamento farmacológico. Observa-se também que, de acordo com a opinião dos pais, a condição clínica das crianças influencia o funcionamento familiar (65.4%). Verifica-se que os sintomas de PH/DA, como as características de atividade motora e/ou hiperatividade, tanto surgem como queixa principal (77%), como enquanto queixa secundária, sendo uma comorbilidade de outros problemas (23.1%). Por sua vez, quando constituem a queixa central, estes sintomas têm também associadas outras comorbilidades (e.g., perturbação da fala, dificuldades na comunicação e interação/relação social) em 60% dos casos.

**Tabela 3**

***Caracterização clínica das crianças com sintomas de PH/DA (N= 26)***

	N	%
<b>Idade Início da Problemática</b>		
< 1 ano	4	16.0
1 ano	4	16.0
2 anos	8	30.8
3 anos	6	23.1
4 anos	3	11.5
$M = 3.00$ ; $DP = 1.26$		
<b>Tratamento Farmacológico</b>		
Sim	3	11.5
Não	23	88.5
<b>Tipo de Tratamento Farmacológico</b>		
Monoterapia	2	7.7
Politerapia	1	3.8
<b>Comorbilidades</b>		
Sim	18	69.2
Não	8	30.8
<b>Sintomas de PH/DA</b>		
Queixa principal com comorbilidades	12	46.2
Queixa principal sem comorbilidades	8	30.8
Queixa secundária	6	23.1
<b>Condição Clínica influencia o funcionamento familiar?</b>		
Sim	17	65.4
Não	9	34.6

### 3.3. Instrumentos

#### 3.3.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico permitiu recolher informação relativa à criança (e.g., data de nascimento, idade, sexo, se frequentava alguma creche/jardim de infância), aos pais (e.g., idade, nível de escolaridade, profissão, estado civil) e à família (e.g., número e idades dos irmãos, elementos do agregado familiar). Algumas destas informações foram também recolhidas através do preenchimento do cabeçalho do Questionário BRIEF-P. Os pais pertencentes à amostra clínica foram ainda questionados sobre se consideravam que a condição clínica da criança influenciava ou alguma vez tinha influenciado a forma como lidavam com ela. Em caso afirmativo, podiam, ainda, explicar de que forma isso acontecia, respondendo a uma questão aberta.

#### 3.3.2. Questionário Clínico

O Questionário Clínico foi elaborado com o objetivo de obter informação relativa à condição clínica da criança avaliada (e.g., comorbilidades associadas, idade de início dos sintomas, se existe tratamento farmacológico e, em caso afirmativo, qual). Neste sentido, estes questionários foram preenchidos por profissionais de saúde (e.g., psicólogos, médicos) com conhecimento das situações.

#### 3.3.3. Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP)

O Questionário de Dimensões e Estilos Parentais originalmente denominado de *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire* (PSDQ) foi desenvolvido por Robinson e colaboradores em 2001, tendo sido traduzido e validado em 2008 para a população portuguesa, por Pedro e colaboradores. Este instrumento de autorrelato é constituído por 32 itens relativos ao modo como os pais se relacionam com os seus filhos (e.g., “Elogio o meu filho quando ele se comporta bem”, “Permito que o meu filho dê a sua opinião sobre as regras familiares”), cotados com o auxílio de uma escala de Likert de 1 a 5, sendo o 1 correspondente à resposta “Nunca” e o 5 correspondente a “Sempre” (Pedro et al., 2015). Este questionário é composto por três escalas que avaliam os diferentes EP de acordo com a tipologia de Baumrind (1966, 1971) nomeadamente autoritativo, autoritário e permissivo. A escala para o EP autoritativo, constituída por 15 itens, subdivide-se em três subescalas, nomeadamente Ligação, Regulação e Autonomia, cada uma com cinco itens. Já a escala relativa ao EP autoritário é composta por 12 itens subdivididos também em três subescalas, com quatro itens cada: Coerção Física, Hostilidade Verbal e Punição. Finalmente, a escala que avalia o EP permissivo é constituída por cinco itens (Pedro et al., 2015).

De acordo com Pedro e colaboradores (2015), na sua versão portuguesa este instrumento é caracterizado por apresentar valores adequados quanto à validade convergente e discriminante, bem como valores igualmente adequados de consistência interna nas escalas que avaliam os estilos autoritativo ( $\alpha = .88$ ) e autoritário ( $\alpha = .73$ ), enquanto a escala referente ao estilo permissivo apresenta um valor inferior ( $\alpha = .62$ ). Estes níveis de consistência interna são próximos dos obtidos com a versão original (autoritativos:  $\alpha = .91$ ; autoritário:  $\alpha = .86$ ; permissivo:  $\alpha = .75$ ) (Robinson et al., 1995), o que leva as autoras dos estudos portugueses a considerar que o QDEP é um instrumento fiável e válido, com qualidades psicométricas adequadas para fins de investigação (Pedro et al., 2015). No presente estudo foram recolhidas 25 respostas a este questionário na amostra clínica e 29 na amostra de comparação. Assim, os valores de alfa obtidos para o conjunto das duas amostras foram iguais a: .88 para a escala Autoritativo e .62, .79 e .80, respetivamente para as subescalas de Ligação, Regulação e Autonomia; .80 para a escala Autoritário, nomeadamente .80, .65 e .50 para as subescalas de Coerção Física, Hostilidade verbal e Punição; e .53 para a escala Permissivo.

#### 3.3.4. Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschool (BRIEF-P)

O *Behavior Rating Inventory of Executive Function* ou Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas, versão pré-escolar (BRIEF-P), foi desenvolvido por Gioia e

colaboradores em 2003 e, posteriormente, traduzido para português por Seabra-Santos e colaboradores, em 2019. O questionário pode ser preenchido por pais e educadores de infância de crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos (3 a 6 anos na versão portuguesa), permitindo avaliar os comportamentos associados às FE das crianças do pré-escolar (Gioia et al., 2000; Greene et al., 2019).

O BRIEF-P é constituído por 63 itens, que descrevem a frequência nos últimos 6 meses de comportamentos da criança relacionados com as FE, recorrendo a uma escala de Likert com três pontos, onde 1 corresponde a “Nunca”, o 2 a “Às vezes” e o 3 a “Muitas vezes”. Neste inventário um resultado mais elevado é indicador de mais dificuldades ao nível das FE. Os itens estão distribuídos por cinco escalas, nomeadamente: Inibição (16 itens), Alternância (10 itens), Controlo Emocional (10 itens), Memória de Trabalho (17 itens) e Planificação/Organização (10 itens). Estas organizam-se em três índices gerais: Índice de Autocontrolo Inibitório, constituído pela escala de Inibição e Controlo Emocional (26 itens), Índice de Flexibilidade, composto pelas escalas de Alternância e Controlo Emocional (20 itens), e Índice de Metacognição Emergente, com as escalas de Memória de Trabalho e de Planificação/Organização (27 itens). Por fim, o Compósito Executivo Global compreende as respostas à totalidade dos itens (63 itens) (Greene et al., 2019; Sherman & Brooks, 2010).

Este instrumento apresenta, na sua versão original, valores adequados de validade convergente e discriminante e uma elevada consistência interna, quer na versão para pais (com valores de  $\alpha$  entre .80 e .95), quer na versão para educadores de infância ( $\alpha$  entre .90 e .97) (Gioia et al., 2003). Os valores da consistência interna obtidos nos estudos de aferição do BRIEF-P para a população portuguesa oscilam entre .82 e .95 na versão para pais e .88 e .97 na versão para educadores de infância (Gaudêncio et al., 2023, março).

Os valores de alfa obtidos para o conjunto das amostras clínica e de comparação do presente estudo, relativamente às respostas dadas pelos pais e educadores de infância, correspondem, respetivamente a: .90 e .95 (Inibição), .88 e .87 (Controlo Emocional), .94 e .73 (Alternância), .97 e .95 (Memória de Trabalho), .94 e .85 (Planificação/Organização), .94 e .96 (Índice de Autocontrolo Inibitório), .95 e .87 (Índice de Flexibilidade), .98 e .96 (Índice de Metacognição Emergente) e por fim, .98 e .97 (Compósito Executivo Global).

Este instrumento também apresenta, na sua versão original, escalas de Inconsistência e de Negatividade, para que seja possível aferir a validade das respostas obtidas no questionário (Gioia et al., 2003). A primeira consiste em 10 pares de itens com proximidade semântica e, por conseguinte, remetendo para a mesma resposta: respostas diferentes podem apontar no sentido de invalidade. A escala de Negatividade é composta por 10 itens que raramente são respondidos com “Muitas Vezes”: neste caso é o facto de esta resposta surgir com uma frequência elevada que pode constituir motivo de interrogação quanto à validade. Para ambas as escalas existem pontos de corte disponíveis para a população americana (pais e educadores), ainda não validados para a população portuguesa.

### 3.4. Análise de Dados

Para o tratamento estatístico dos dados do presente estudo recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 27.0. Desta forma, estimou-se a consistência interna dos questionários (QDEP e BRIEF-P) através do coeficiente alfa de Cronbach. Realizaram-se análises de estatísticas descritiva (média, desvio-padrão e frequências) para a caracterização das amostras clínica e de comparação, assim como para caracterizar os resultados obtidos no QDEP e no BRIEF-P. Foi necessário realizar, para alguns itens de ambos os instrumentos, imputações quer na amostra clínica quer nas de comparação. Assim, no caso do BRIEF-P e seguindo as indicações do manual original (Gioia et al., 2003), em caso de omissão de respostas num máximo de dois itens da mesma escala, estes receberiam a cotação de 1 (nunca). Já para o QDEP, colocando como limite máximo do número de itens deixados por responder os 10% do total (o que nunca se verificou), as imputações foram feitas atribuindo aos itens omissos a média dos itens da respetiva subescala respondidos pelo sujeito ou, no caso da Permissividade, a média dos itens da escala respondidos.

Para comparar a amostra clínica com as duas de comparação recorreu-se, no caso de variáveis contínuas (e.g., idade), ao teste *t* de Student e para as variáveis categoriais (e.g., sexo e nível socioeconómico familiar) ao teste Qui-quadrado. Previamente, foi feita a recodificação de algumas variáveis (nomeadamente o NSE familiar e a posição na fratria), para que fosse possível obter uma maior uniformidade numérica na distribuição por categorias. Foram realizadas análises estatísticas paramétricas, através dos testes *t* de Student para amostras independentes e ANOVA unidirecional, para comparar os resultados da amostra clínica com os das amostras de comparação, quanto aos EP e às FE. O teste *t* de Student para amostras emparelhadas foi usado para comparar as perspetivas dos pais com as dos educadores de infância quanto ao domínio das FE por parte das crianças. Todas as análises foram repetidas recorrendo aos testes não-paramétricos equivalentes, nomeadamente o teste *U* de Mann-Whitney, o teste de Kruskal-Wallis e o teste Wilcoxon, tendo conduzido a resultados idênticos. Neste sentido e uma vez que a maior parte das variáveis em estudo seguem uma distribuição que se aproxima da curva normal, optámos por apresentar os resultados obtidos através de estatísticas paramétricas. Por fim, para o estudo das relações entre os resultados obtidos no QDEP e os resultados obtidos no BRIEF-P (pais e educadores de infância), calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson (teste paramétrico) e o coeficiente de correlação de Spearman (teste não paramétrico), que conduziram, igualmente, a interpretações equivalentes.

#### IV- Resultados

A apresentação dos resultados será feita seguindo a ordem dos objetivos da presente dissertação. Assim, primeiramente serão apresentadas as análises descritivas relativas ao QDEP e a comparação entre os resultados obtidos neste mesmo questionário pela amostra clínica e de comparação. De seguida é analisado o impacto de algumas variáveis (clínicas e sociodemográficas) nos resultados obtidos no QDEP pela amostra clínica. Posteriormente, segue-se a comparação entre a amostra clínica e a de comparação relativamente aos resultados do BRIEF-P, tanto na perspetiva dos pais como dos educadores de infância. Por fim, é feita uma análise da relação entre o domínio das FE por parte das crianças com sintomas de PH/DA, com base no Compósito Executivo Global do BRIEF-P, e os EP dos seus pais.

##### 4.1. Caracterização dos EP da amostra clínica e comparação entre amostras

Na Tabela 4 encontram-se as estatísticas descritivas dos resultados do QDEP, considerando as três escalas, correspondentes aos três EP (autoritário, autoritativo e permissivo), e as respetivas subescalas. Desta forma, é possível verificar que o valor médio da subescala correspondente ao estilo Autoritativo é o mais elevado, tanto na amostra clínica ( $M = 4.54$ ;  $DP = .38$ ), como na amostra de comparação ( $M = 4.26$ ;  $DP = .53$ ).

Tabela 4

##### Caracterização dos EP da amostra clínica e comparação entre amostras (QDEP)

	Amostra Clínica		Amostra de Comparação		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Autoritativo	4.54	.38	4.26	.53	2.22	.03	.60
Subescala Ligação	4.82	.26	4.61	.45	2.07	.04	.56
Subescala Regulação	4.54	.39	4.25	.64	2.01	.05	.54
Subescala Autonomia	4.25	.67	3.91	.73	1.76	.08	.48
Autoritário	1.80	.49	1.89	.47	-0.69	.49	-.19
Subescala Coerção Física	1.48	.64	1.57	.48	-0.58	.56	-.16
Subescala Hostilidade Verbal	2.24	.64	2.44	.74	-1.05	.30	-.28
Subescala Punição	1.69	.60	1.67	.48	0.12	.91	.03
Permissivo	2.43	.68	2.21	.55	1.30	.20	.35

Quando comparadas as médias dos resultados obtidos na amostra clínica e na de comparação no QDEP não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas quanto ao estilo Autoritário,  $t(52) = -.69$ ,  $p = .49$ , e respectivas subescalas, nem quanto ao estilo Permissivo,  $t(52) = 1.30$ ,  $p = .20$ . Contudo, os resultados demonstram uma diferença estatisticamente significativa no EP Autoritativo,  $t(52) = 2.22$ ,  $p = .03$ , nomeadamente na subescala de Ligação,  $t(52) = 2.07$ ,  $p = .04$ , encontrando-se diferenças no limiar do estatisticamente significativo para as subescalas de Regulação,  $t(52) = 2.01$ ,  $p = .05$ , e Autonomia,  $t(52) = 1.76$ ,  $p = .08$  (este último valor passa a ser significativo quando recorremos a um teste não-paramétrico,  $U = 246,50$ ,  $z = -2.03$ ,  $p = .04$ ). Estes resultados revelam que os pais de crianças com sintomas de PH/DA têm maior tendência para a utilização deste EP do que os pais da amostra de comparação. Os tamanhos dos efeitos associados às diferenças encontradas são médios, situando-se entre .48 e .60.

#### 4.2. Variáveis clínicas e sociodemográficas e resultados no QDEP

Na Tabela 5 é possível observar que a escala correspondente ao estilo Autoritativo é a que apresenta um valor médio mais elevado, independentemente de o NSE familiar ser baixo ( $M = 4.60$ ;  $DP = .39$ ) ou médio/alto ( $M = 4.50$ ;  $DP = .38$ ). Relativamente à relação entre o EP e a variável “nível socioeconómico familiar”, não se verificam diferenças estatisticamente significativas para nenhum EP, nesta amostra clínica. Desta forma é possível concluir que o nível socioeconómico não influencia significativamente o EP utilizado.

**Tabela 5**

**Nível socioeconómico familiar e resultados no QDEP (N = 25)**

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoritativo				.63	.54	.25
Baixo	9	4.60	.39			
Médio/ Alto	16	4.50	.38			
Autoritário				.94	.36	.38
Baixo	9	1.93	.65			
Médio/ Alto	16	1.73	.38			
Permissivo				-.78	.44	-.31
Baixo	9	2.29	.79			
Médio/ Alto	16	2.51	.62			

Como se pode observar na Tabela 6, o EP Autoritativo é aquele que apresenta um valor médio mais elevado, sendo o predominante, independentemente de a criança ser filho único ( $M = 4.61$ ;  $DP = .38$ ) ou ter irmãos ( $M = 4.47$ ;  $DP = .37$ ). Considerando a relação entre os EP e a variável “ter ou não irmãos” não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre filhos únicos e crianças com irmãos, para nenhum dos EP.

**Tabela 6**

**Ter ou não irmãos e resultados no QDEP (N = 25)**

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoritativo				.88	.39	.34
Filho único	12	4.61	.38			
Primeiro, segundo ou terceiro filho	13	4.47	.37			
Autoritário				-1.53	.14	-.59
Filho único	12	1.65	.29			
Primeiro, segundo ou terceiro filho	13	1.94	.59			
Permissivo				.36	.73	.14
Filho único	12	2.48	.76			
Primeiro, segundo ou terceiro filho	13	2.38	.62			

A Tabela 7 apresenta as comparações em função do modo como os pais percebem que a condição clínica da criança influencia ou não o funcionamento familiar. Observa-se também que o estilo Autoritativo apresenta um valor médio superior aos restantes, quer os pais considerem que a condição influencia ( $M = 4.58$ ;  $DP = .34$ ) ou não ( $M = 4.47$ ;  $DP = .44$ ) o funcionamento familiar. Assim, no que diz respeito à relação entre o EP e a “perceção da influência da condição clínica no funcionamento familiar”, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, sendo possível concluir que esta perceção não afeta o EP utilizado. Porém, no EP Permissivo a comparação entre as médias demonstra uma diferença no limiar do estatisticamente significativo associada a um tamanho de efeito grande ( $d = .81$ ), revelando que pais que consideram que a condição clínica da criança influencia o funcionamento familiar tendem a recorrer mais a este EP ( $M = 2.63$ ;  $DP = .66$ ) do que aqueles que não reportam essa influência ( $M = 2.09$ ;  $DP = .60$ ),  $t(23) = 2.00$ ,  $p = .06$ . Em resposta à questão aberta sobre o modo como os pais percebem que a condição clínica da criança influencia o funcionamento familiar foi reportada a necessidade que sentem de ser mais atentos, cuidadosos, compreensivos, assertivos e pacientes para com os seus filhos.

**Tabela 7**

***Perceção da influência da condição clínica no funcionamento familiar e resultados no QDEP (N = 25)***

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoritativo				.68	.50	.28
Influencia	16	4.58	.34			
Não influencia	9	4.47	.44			
Autoritário				.47	.64	.19
Influencia	16	1.84	.54			
Não influencia	9	1.74	.39			
Permissivo				2.00	.06	.81
Influencia	16	2.63	.66			
Não influencia	9	2.09	.60			

Na Tabela 8 apresentam-se os resultados tendo em conta a variável “tratamento farmacológico”. Tal como se pode verificar, o EP Autoritativo é o que apresenta um valor médio mais elevado, quer as crianças estejam a receber tratamento farmacológico ( $M = 4.56$ ;  $DP = .48$ ), ou não ( $M = 4.53$ ;  $DP = .37$ ), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto aos EP. Assim, é possível concluir que o facto de as crianças receberem ou não tratamento farmacológico não afeta o EP a que os pais recorrem.

**Tabela 8**

***Tratamento farmacológico e resultados no QDEP (N = 25)***

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoritativo				-.09	.93	-.06
Com tratamento	3	4.56	.48			
Sem tratamento	22	4.53	.37			
Autoritário				-.11	.91	-.07
Com tratamento	3	1.83	.14			
Sem tratamento	22	1.80	.52			
Permissivo				.62	.54	.37
Com tratamento	3	2.20	.20			
Sem tratamento	22	2.46	.72			



A Tabela 9 apresenta os resultados tendo em conta a variável recodificada “sintomas de PH/DA como queixa principal/secundária, com/sem comorbilidades”. Desta forma, e como se pode verificar, o EP Autoritativo é aquele que apresenta um valor médio mais elevado para as crianças em que os sintomas de PH/DA surgem como queixa principal, quer tenham comorbilidades ( $M = 4.64$ ;  $DP = .36$ ), quer não ( $M = 4.61$ ;  $DP = .23$ ), quer também para as que apresentam sintomas de PH/DA como queixa secundária ( $M = 4.24$ ;  $DP = .45$ ). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos quanto aos EP, revelando que o facto de a criança apresentar sintomas de PH/DA como queixa principal, com ou sem comorbilidades, ou como queixa secundária não influencia significativamente o EP a que os pais recorrem.

**Tabela 9**

**Sintomas de PH/DA como queixa principal/secundária, com/sem comorbilidades e resultados no QDEP (N = 25)**

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (2, 22)	<i>p</i>
Autoritativo				2.73	.09
Queixa Principal Com comorbilidades	11	4.64	.36		
Queixa Principal Sem comorbilidades	8	4.61	.23		
Queixa Secundária	6	4.24	.45		
Autoritário				.55	.59
Queixa Principal Com comorbilidades	11	1.89	.63		
Queixa Principal Sem comorbilidades	8	1.66	.32		
Queixa Secundária	6	1.83	.37		
Permissivo				3.05	.07
Queixa Principal Com comorbilidades	11	2.78	.60		
Queixa Principal Sem comorbilidades	8	2.13	.55		
Queixa Secundária	6	2.20	.77		

#### 4.3. Comparação entre amostras quanto aos resultados no BRIEF-P

Na análise dos resultados do BRIEF-P foram tidas em consideração as escalas de validade, Inconsistência e Negatividade, nas suas versões originais (Gioia, 2003). Enquanto na Escala de Inconsistência todos os casos apresentaram valores abaixo do ponto de corte, na Escala de Negatividade três questionários apresentaram valores elevados, acima do ponto de corte de acordo com os dados americanos, tanto na versão dos pais como dos educadores de infância.

Na Tabela 10 é possível observar a comparação dos resultados entre a amostra clínica e a amostra de comparação relativamente às respostas dadas pelos pais no BRIEF-P. Neste sentido podemos compreender que, quer nas cinco escalas do questionário, quer nos três índices e no Compósito Executivo Global de FE se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as amostras, associadas a tamanhos de efeito grandes, entre 0.92 e 1.35. Assim, é possível concluir que, na perspetiva dos pais, as crianças com sintomas de PH/DA apresentam menos competências executivas do que as crianças sem desafios desenvolvimentais.

Tabela 10

**Comparação entre amostra clínica e amostra de comparação quanto aos resultados no BRIEF-P respondidos por pais (N = 52)**

	Amostra Clínica		Amostra de Comparação		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Inibição	2.02	.39	1.55	.35	4.58	<.001	1.25
Alternância	1.76	.53	1.37	.25	3.38	.002	0.92
Controlo Emocional	1.91	.45	1.39	.33	4.69	<.001	1.28
Memória de Trabalho	1.82	.49	1.39	.33	3.69	<.001	1.01
Planificação/Organização	1.83	.47	1.43	.32	3.59	<.001	0.98
Índice de Autocontrolo Inibitório	1.98	.39	1.49	.32	4.95	<.001	1.35
Índice de Flexibilidade	1.83	.45	1.38	.23	5.59	<.001	1.25
Índice de Metacognição Emergente	1.82	.47	1.40	.31	3.82	<.001	1.04
Compósito Executivo Global	1.88	.40	1.43	.26	4.74	<.001	1.29

A Tabela 11 apresenta a comparação dos resultados entre a amostra clínica e a amostra de comparação, relativamente às respostas dos educadores de infância no BRIEF-P. Desta forma vemos que existem diferenças estatisticamente significativas entre as amostras, quer nas cinco escalas que compõem o questionário, quer nos três índices e no Compósito Executivo Global, com tamanhos de efeito grandes, apresentando valores entre 1.60 e 2.07. Com estes resultados é possível concluir que o desempenho no BRIEF-P difere entre as duas amostras, também na perspetiva dos educadores de infância.

Tabela 11

**Comparação entre amostra clínica e amostra de comparação quanto aos resultados no BRIEF-P dos educadores de infância (N = 40)**

	Amostra Clínica		Amostra de Comparação		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Inibição	2.22	.45	1.33	.52	5.34	<.001	1.74
Alternância	1.90	.54	1.19	.30	5.33	<.001	1.73
Controlo Emocional	1.93	.49	1.20	.30	5.87	<.001	1.91
Memória de Trabalho	1.94	.54	1.23	.37	4.92	<.001	1.60
Planificação/Organização	1.95	.53	1.20	.29	5.80	<.001	1.88
Índice de Autocontrolo Inibitório	2.11	.44	1.28	.42	5.80	<.001	1.88
Índice de Flexibilidade	1.91	.47	1.19	.28	6.12	<.001	1.99
Índice de Metacognição Emergente	1.94	.52	1.22	.33	5.35	<.001	1.74
Compósito Executivo Global	2.00	.43	1.24	.32	6.37	<.001	2.07

Na Tabela 12 é possível observar a comparação entre as pontuações atribuídas pelos pais e pelos educadores de infância no BRIEF-P, na amostra clínica. Assim, vemos que não existe nenhuma diferença que seja estatisticamente significativa entre as respostas dadas pelos pais e pelos educadores de infância relativamente ao desempenho das FE nas crianças com sintomas de PH/DA no BRIEF-P.

Tabela 12

**Comparação entre as respostas dos pais e educadores de infância da amostra clínica no BRIEF-P (N = 14)**

	Pais		Educadores de Infância		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Inibição	2.08	.38	2.22	.45	-1.38	.19	-.36
Alternância	1.95	.54	1.90	.54	.50	.63	.13
Controlo Emocional	1.94	.42	1.93	.49	.10	.92	.03
Memória de Trabalho	1.83	.54	1.94	.54	-1.63	.13	-.42
Planificação/Organização	1.89	.51	1.95	.53	-.82	.43	-.21
Índice de Autocontrolo Inibitório	2.03	.37	2.11	.44	-.71	.49	-.18
Índice de Flexibilidade	1.95	.45	1.91	.47	.28	.78	.07
Índice de Metacognição Emergente	1.85	.51	1.94	.52	-1.50	.16	-.39
Compósito Executivo Global	1.94	.40	2.00	.43	-.78	.45	-.20

#### 4.4. Coeficientes de correlação entre os resultados do QDEP e do BRIEF-P

Como se pode verificar na Tabela 13, as correlações entre o Compósito de FE obtido no BRIEF-P e os EP não são estatisticamente significativas. Assim, é possível concluir que não existe nenhuma relação entre as FE e os EP, na amostra clínica que serviu de base a este estudo.

Tabela 13

**Coefficiente de correlação de Pearson entre os resultados do QDEP e do BRIEF-P (N = 25)**

	Compósito F. Executivas	
	Coefficiente de Pearson	<i>p</i>
Autoritativo	-.02	.93
Autoritário	.18	.39
Permissivo	.32	.11

## V- Discussão

A presente dissertação teve como principal objetivo compreender qual o EP predominante em pais de crianças, em idade pré-escolar, com sintomas de PH/DA, bem como perceber se este se diferencia do adotado por pais de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos. Além disso, pretendeu-se analisar as características familiares e clínicas das crianças e a sua relação com os EP. Também nos propusemos explorar as FE de crianças com sintomas de PH/DA em comparação com crianças sem desafios desenvolvimentais, considerando a perspetiva dos pais e dos educadores de infância. Adicionalmente, procurámos comparar as perceções de pais e de educadores de infância sobre as FE das crianças do grupo clínico. Constituiu, ainda, objetivo deste estudo caracterizar a relação entre os EP e o domínio das FE de crianças com sintomas de PH/DA. Finalmente, ao descrever as FE de crianças com características de PH/DA com recurso ao BRIEF-P, esta investigação procurou contribuir para a validação deste inventário para a população portuguesa.

Os dados foram recolhidos através do *Questionário de Dimensões e Estilos Parentais* – versão portuguesa (QDEP), que demonstrou ter uma boa consistência interna, para a nossa amostra clínica e de comparação, nas escalas correspondentes ao estilo Autoritativo ( $\alpha = .88$ ) e Autoritário ( $\alpha = .80$ ), mas revelou uma consistência interna baixa na escala relativa ao estilo Permissivo ( $\alpha = .53$ ). Este resultado pode estar relacionado com o número reduzido de itens na escala, uma vez que o valor do alfa de

Cronbach tende a ser tanto mais baixo quanto menor o número de itens, nomeadamente em escalas com menos de 10 itens (Pallant, 2001), sendo a escala do estilo Permissivo composta por cinco itens.

Focando-nos no primeiro objetivo, os resultados da presente investigação permitiram destacar o EP autoritativo como predominante entre os pais de crianças com sintomas de PH/DA. Estes resultados são inconsistentes com a escassa literatura existente sobre os EP utilizados pelos pais de crianças com estas características, que indica que eles recorrem mais a práticas parentais restritivas (DeWolfe et al., 2000) e reativas (Keown, 2011), caracterizadas pela punição corporal e verbal (Burbach et al., 2004), como resposta ao comportamento desafiante dos filhos.

Ao compararmos as respostas dos pais no QDEP das amostras clínica e de comparação, conclui-se que os EP Autoritário e Permissivo são utilizados de forma semelhante. No entanto, os resultados demonstram que os pais das crianças da amostra clínica utilizam mais o EP Autoritativo na educação dos filhos, comparativamente aos pais da amostra de comparação, tendo sido encontrada uma diferença estatisticamente significativa. Estes resultados são discordantes em relação à literatura existente, que refere que os sintomas da PH/DA e as características das crianças com esta patologia, por influenciarem a interação entre pais e filhos (Healey et al., 2011), podem levar à aplicação dum EP autoritário na educação destas crianças (Woolfson & Grant, 2006). Assim, com os resultados obtidos, é possível verificar que o EP autoritativo é utilizado independentemente de a criança apresentar ou não sintomas de PH/DA, existindo, mesmo, um maior recurso a este EP por parte dos pais de crianças da amostra clínica, o que demonstra que estes pais conseguem apresentar níveis elevados de responsividade e expressão de afetos, valorizando o diálogo e a independência dos filhos (Baumrind, 1966, 1971). Estes resultados também contrastam com a literatura existente relativa aos pais de crianças com doenças crónicas em geral, uma vez que esta aponta para o recurso frequente a uma parentalidade predominantemente autoritária em vez de autoritativa, em comparação com pais de crianças sem doenças crónicas (Pinquart, 2013).

Um aspeto que pode ter contribuído para estes resultados está relacionado com o efeito da desajustabilidade social, que pode levar a respostas enviesadas, uma vez que as pessoas tendem a responder ao questionário de acordo com o que consideram socialmente aceitável, rejeitando comportamentos ou atitudes consideradas indesejáveis (Almiro, 2017). Durante todo o processo de recolha de dados, procurámos garantir as condições necessárias para preservar a confidencialidade, tanto dos pais como dos educadores de infância (e.g., devolução dos questionários preenchidos em envelopes fechados). No entanto, não podemos assegurar que os pais se tenham sentido completamente à vontade para serem sinceros nas suas respostas, devido ao receio da interpretação por parte dos técnicos/investigadores. Importa salientar que a prevalência do EP autoritativo na amostra clínica e o maior recurso a este EP nesta amostra podem resultar do facto de todas as crianças serem acompanhadas em contexto hospitalar ou clínico por equipas multidisciplinares (e.g., psicólogos, médicos de família, pedopsiquiatras). Assim, estes pais têm acesso a todas as informações relativas à condição dos filhos, bem como aos apoios necessários para lidar com as necessidades das crianças, evitando a adoção de comportamentos e práticas parentais menos adequados. Desta forma, apesar de reconhecerem que a condição clínica dos filhos influencia a dinâmica familiar, conseguem adaptar os seus comportamentos para corresponder às necessidades deles (Cordinhã & Boavida, 2008).

Porém, uma diferença no limiar do estatisticamente significativo indica uma tendência para um maior recurso ao estilo permissivo por parte destes pais, quando reconhecem que a condição do filho influencia a dinâmica familiar. De acordo com a literatura, os pais de crianças com sintomas de PH/DA tendem a utilizar mais o estilo permissivo, devido aos problemas de regulação do comportamento das crianças (Hutchison et al., 2016), o que origina maiores níveis de *stress* nos pais (Healey et al., 2011). Desta forma, estes resultados podem indicar que, apesar de os pais continuarem a ser afetuosos com os filhos, apresentam poucas exigências e regras, não punindo os mesmos pelos seus comportamentos ou ações (Baumrind, 1971).

No que diz respeito às características familiares e à análise da relação entre o NSE familiar e os EP adotados pelos pais, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas. Este resultado revela que, independentemente do NSE familiar, os EP são utilizados de forma semelhante. Não foi encontrada literatura que relacionasse os NSE com os EP utilizados pelos pais das crianças com sintomas de PH/DA, pelo que não foi possível comparar os nossos resultados com os de estudos anteriores. No entanto para a população no geral a literatura revela que pais com NSE familiar alto tendem a recorrer mais ao estilo autoritativo e permissivo enquanto os pais com NSE familiar baixo optam predominantemente pelo estilo autoritário (Shaffer, 1988 citado por Cruz, 2005).

Ainda em relação às variáveis sociodemográficas, os resultados não identificaram influência significativa entre o facto de a criança ter ou não irmãos e o EP, revelando que os mesmos são utilizados independentemente de a criança ser filha única ou não. Não foi encontrada literatura relacionada com a influência da posição da fratria no exercício da parentalidade por parte dos pais, especificamente para crianças com sintomas de PH/DA. Contudo, em relação à população em geral existem estudos que demonstram diferenças na forma como os pais interagem com os primeiros e com os restantes filhos, havendo na primeira situação um maior controlo e exigência no cumprimento das regras (Ng et al., 2014; Hotz & Pantano, 2015). Dado o número reduzido de casos na nossa amostra clínica não foi possível proceder a análises mais finas sobre esta variável, nomeadamente comparando a parentalidade de primeiros filhos e de filhos subsequentes.

Já em relação às características clínicas, apesar de constituir um objetivo inicial a comparação de EP em função de a criança estar ou não a receber tratamento farmacológico, não foi possível realizar esta análise devido ao reduzido número de crianças na primeira condição ( $n = 3$ ). Também na literatura não encontramos investigações que relacionassem o tratamento farmacológico com a utilização dos EP nas crianças com sintomas de PH/DA. No entanto, alguns estudos comprovam que o uso de psicofármacos para o tratamento da PH/DA tem vindo a aumentar (Monteiro & Martins, 2022; Sonuga-Barke et al., 2006). Apesar dos efeitos secundários que estes medicamentos podem causar nas crianças, muitos pais consideram que esse tipo de tratamento é eficaz para lidar com os comportamentos mais problemáticos dos filhos (Monteiro & Martins, 2022). Todavia, têm sido desenvolvidas alternativas não farmacológicas, como os tratamentos psicossociais, com o objetivo de reduzir o uso de medicamentos (Sonuga-Barke, 2006), promover as relações interpessoais das crianças e o controlo de impulsos, evitando comportamentos de risco (Sonuga-Barke et al., 2005).

Também os sintomas de PH/DA, como queixa principal/secundária, com/sem comorbilidades, não revelaram ter influência no EP dos pais de crianças com sintomas de PH/DA. No entanto, os resultados encontram-se no limiar do estatisticamente significativo para os estilos autoritativo e permissivo, indicando que os pais de crianças com sintomas de PH/DA tendem a recorrer mais a estes estilos quando os sintomas de PH/DA surgem como queixa principal com comorbilidades. Estes resultados, embora fortemente limitados pelo tamanho da amostra, são relevantes na medida em que os estudos mostram que a maioria das crianças em idade pré-escolar com sintomas de PH/DA apresentam comorbilidades com outras patologias (Oliveira, Pereira et al., 2017), especialmente com défices de comunicação e linguagem (Posner et al., 2007). Estes podem comprometer a qualidade das relações interpessoais, o desenvolvimento emocional, cognitivo e escolar destas crianças (Sonuga-Barke, 2002; Spira & Fischel, 2005). Não foi encontrada literatura que relacionasse diretamente os sintomas de PH/DA, como queixa principal/secundária, com/sem comorbilidades e os EP. Contudo, como já foi previamente referido, a literatura existente sobre a qualidade da interação entre estes pais e as crianças com sintomas é contraditória. Embora a parentalidade possa ser exigente e estes pais surjam nalguns estudos como menos competentes no exercício da parentalidade em comparação com outros (DeWolfe et al., 2000), na nossa amostra foi possível apurar que eles conseguem adotar EP que não sejam punitivos e que promovam o bem-estar da criança (Baumrind, 1966; 1971). Mais uma vez, a aliança terapêutica entre os pais, professores, psicólogos e médicos, devido ao acompanhamento destas crianças

em contexto hospitalar e clínico, permite que os pais esclareçam dúvidas e adotem comportamentos adequados às necessidades dos filhos (Cordinhã & Boavida, 2008).

Os dados obtidos através do questionário BRIEF-P, para analisar as FE da população em estudo, revelam níveis de consistência interna moderados a elevados, com base nas respostas dos pais e dos professores. Estes valores encontram-se muito próximos dos coeficientes alfa obtidos na versão portuguesa (Gaudêncio et al., 2023, março). Os questionários da amostra clínica apresentam valores aceitáveis para a Escala de Inconsistência, quer na versão dos pais, quer na de educadores de infância. Já para a Escala da Negatividade alguns casos apresentaram valores elevados, contudo considerados expectáveis tratando-se de casos clínicos, em que as crianças apresentam dificuldades ao nível das FE (APA, 2013/2014; Lindstrom et al., 2011).

Nesse sentido, ao comparar os resultados obtidos no BRIEF-P pelas amostras clínica e de comparação, tanto na perspectiva dos pais como dos educadores, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as escalas, índices e no Compósito Executivo Global. Tal indica que os pais de crianças com sintomas de PH/DA, bem como os respetivos educadores de infância, relatam um menor domínio das FE por parte das crianças da amostra clínica, comparativamente à amostra de comparação. Estes dados estão de acordo com a literatura, que realça que crianças com sintomas de PH/DA, em idade pré-escolar apresentam maior disfunção executiva, quando comparadas com crianças sem desafios desenvolvimentais (Gioia et al., 2016). Estas crianças apresentam dificuldades na regulação, atenção, concentração, controlo dos impulsos e atividade motora excessiva (APA, 2013/2014), planificação de tarefas e inibição (Hughes et al., 1998). Tal como referido na literatura, devido aos comportamentos marcados pela atividade motora excessiva e períodos curtos de atenção na realização de tarefas, tendem a receber mais chamadas de atenção e punições comparativamente a crianças da população em geral (DeWolfe et al., 2000). Estes comportamentos disruptivos podem dificultar as relações interpessoais e a interação social destas crianças com os pares (Whalen & Hanker, 1992), resultando numa baixa autoestima e insegurança (Taylor et al., 2004).

Ainda em relação ao domínio das FE por parte do grupo clínico, é possível verificar que, ao comparar as opiniões dos pais e dos educadores de infância, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Isso indica que tanto os pais como os educadores de infância relatam um domínio executivo semelhante por parte das crianças com sintomas de PH/DA, revelando que estas apresentam um défice executivo semelhante, independentemente do contexto em que se encontram (casa ou escola).

Por fim, na presente investigação, os resultados não revelaram a existência de correlação entre os EP utilizados pelos pais e as FE das crianças. Neste sentido, independentemente do maior ou menor domínio das FE por parte das crianças com sintomas de PH/DA, o EP não será influenciado. Estes resultados não confirmam a literatura de acordo com a qual a gravidade dos sintomas de PH/DA e as características da criança influenciam a interação entre pais e filhos (Healey et al., 2011) e a qualidade da parentalidade (Cunningham, 2007), podendo resultar numa maior frequência do recurso a uma parentalidade baseada no EP autoritário (Woolfson & Grant, 2006). Este resultado pode ser explicado pelas características da amostra utilizada nesta análise a qual, sendo composta unicamente por crianças com sintomas de PH/DA, é pouco heterogénea quanto ao funcionamento executivo.

## **VI- Conclusões**

O exercício da parentalidade desempenha um papel fundamental no desenvolvimento cognitivo, social e afetivo das crianças (Oliveira et al., 2002). Nesse sentido, é relevante compreender como é praticada em famílias com crianças com desafios desenvolvimentais, nomeadamente crianças com sintomas de PH/DA que, devido às suas características, podem acrescentar mais dificuldades à parentalidade. Este ponto é relevante uma vez que, tanto quanto é do nosso conhecimento, a literatura existente não aborda especificamente quais os EP adotados por estes pais, de acordo com a tipologia de Baumrind (1966, 1971), mencionando apenas que, em resposta aos comportamentos disruptivos dos filhos, recorrem a práticas parentais mais restritivas (DeWolfe et al., 2000) e reativas (Keown, 2011).

O presente estudo permitiu evidenciar alguns resultados interessantes que contrariam a literatura existente. Nomeadamente, destaca-se a predominância do EP autoritativo por parte dos pais de crianças com sintomas de PH/DA, quando comparados com pais de crianças sem desafios desenvolvimentais. Contudo, este estilo não é utilizado de igual forma nalguns subgrupos da amostra clínica, uma vez que algumas famílias que consideram que a condição clínica do filho/a influencia o funcionamento familiar e quando os sintomas de PH/DA surgem como queixa principal com comorbilidades, optam pelo estilo permissivo (valores próximos do limiar do estatisticamente significativo). Estes resultados permitem orientar intervenções futuras, realçando a importância do apoio e aconselhamento por parte dos profissionais de saúde, em particular os de saúde mental, junto da população clínica. O facto de a rede de suporte destes pais ser constituída não só por professores, mas também por médicos e psicólogos, devido ao acompanhamento regular destas crianças em contexto hospitalar e clínico, é fundamental, pois permite que esclareçam dúvidas e adquiram ferramentas para lidar com as necessidades dos filhos/filhas (Cordinhã & Boavida, 2008). Para além disso, o encaminhamento destas famílias para grupos que visem o treino de competências parentais permite promover comportamentos mais adequados às necessidades das crianças, melhorar a qualidade das interações entre pais e crianças (Homem et al., 2014) e contribuir para um aumento do sentimento de autoeficácia no exercício da parentalidade (Seabra-Santos et al., 2016).

Este estudo apresenta algumas limitações, e dessa forma, deve ser considerado como exploratório e servir de base para investigações futuras que possam contribuir para corrigir essas limitações. A primeira está relacionada com o tamanho reduzido da amostra. Assim, estudos futuros, com amostras mais numerosas e heterogéneas, que incluam crianças com e sem sintomas de PH/DA, poderiam revelar resultados mais significativos, validando também aqueles que já são evidentes mesmo com um número reduzido de crianças. Além disso, essas investigações poderiam esclarecer os resultados que se encontram no limiar do estatisticamente significativo. Por outro lado, no presente estudo não foi possível usar uma amostra heterogénea no estudo das relações entre EP e FE, uma vez que não se obtiveram respostas aos dois questionários (QDEP e BRIEF-P) por parte de uma amostra não clínica. Estudos posteriores poderão contribuir para colmatar esta lacuna, recorrendo a uma amostra mista.

Para além disso, a nossa investigação revela limitações relacionadas com os instrumentos utilizados e o seu preenchimento. Tanto o QDEP como o BRIEF-P, por serem instrumentos de autorresposta, apresentam uma limitação para a investigação devido ao efeito da desejabilidade social. As pessoas tendem a responder de acordo com o que consideram socialmente aceitável, rejeitando comportamentos ou atitudes consideradas indesejáveis (Almiro, 2017). Portanto, este é um fator a ter em consideração na leitura dos resultados, uma vez que pode levar ao enviesamento destes (Almiro, 2017). Foi feito um esforço no sentido de prevenir este efeito, permitindo que os pais preenchessem os questionários sem a presença da equipa de investigação, mas tal pode, em contrapartida, ter levado a uma falta de esclarecimento de eventuais dúvidas na interpretação dos mesmos. Por sua vez, tentou-se combater esta limitação através da disponibilização por parte dos investigadores para eventuais esclarecimentos, nomeadamente através da cedência de contacto telefónico.

Outros fatores que constituem limitações significativas desta investigação são o facto de o questionário QDEP não apresentar uma escala de validade, o que impossibilita a verificação da validade das respostas dadas pelos pais. No caso do BRIEF-P, também não existem normas para a população portuguesa, nomeadamente para as Escalas de Inconsistência e de Negatividade, tendo sido utilizadas as normas americanas do estudo original, limitando a interpretação dos resultados obtidos no presente estudo. Em futuras investigações, destaca-se a importância de se recorrer a referenciais representativos da população portuguesa nesta faixa etária, para uma interpretação mais válida dos resultados obtidos.

Em suma, apesar das limitações mencionadas anteriormente, esta dissertação contribui para caracterizar os EP de pais com crianças com sintomas de PH/DA, bem como a sua relação com variáveis familiares e clínicas. Contribui também para uma melhor compreensão das FE dessas crianças, quando

comparadas com crianças sem desafios desenvolvimentais, considerando a perspectiva dos pais e dos educadores de infância, apoiando a validação do instrumento em Portugal. Salienta-se a importância deste estudo e de investigações futuras nesta área, por contribuírem para uma melhor compreensão de famílias com estas características, garantindo que as intervenções implementadas pelos profissionais de saúde mental correspondam cada vez mais às suas necessidades e expectativas específicas.



## Bibliografia

- Akutagava-Martins, G. C., Rohde, L. A., & Hutz, M. H. (2016). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An update. *Expert Review Neurotherapeutics*, *16*(2), 145–156. <https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1130626>
- Almeida, L. S. (1988). *O raciocínio diferencial dos jovens: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação*. Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica*, *16*(3), 253–386. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- American Academy of Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, *128*(5), 1007–1022. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2654>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.<sup>a</sup> Ed.). Climepsi Editores. (Original publicado em 2013)
- Azevedo, A. F., Santos, M. J. S., Gaspar, M. F., & Homem, T. C. (2012). A perturbação de hiperatividade/défi ce de atenção em idade pré-escolar: Especificidades e desafios ao diagnóstico e intervenção. *Análise Psicológica*, *30*(4), 387–403. <https://doi.org/10.14417/ap.600>
- Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, *96*(9), 1269–1274. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00430.x>
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121*(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3<sup>rd</sup> ed.). The Guildford Press.
- Barroso, R. G., Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, *52*(1), 211–229. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_52-1\\_10](https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10)
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, *37*(4), 887–907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, *4*(1, Pt. 2), 1–103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Baumrind, D. (1975). The contributions of the family to the development of competence in children. *Schizophrenia Bulletin*, *1*(14), 12–37. <https://doi.org/10.1093/schbul/1.14.12>
- Belsky, J., & Jaffee, S. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2<sup>a</sup> ed., pp. 38–77). Wiley.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T., Frazier, E., & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, *159*(1), 36–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>
- Burbach, A. D., Fox, R. A., & Nicholson, B. C. (2004). Challenging behaviors in young children: The father's role. *The Journal of Genetic Psychology*, *165*(2), 169–183. <https://doi.org/10.3200/GNTP.165.2.169-189>
- Bussing, R., Lehninger, F., & Eyberg, S. (2006). Difficult child temperament and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in preschool children. *Infants & Young Children*, *19*(2), 123–131. <https://doi.org/10.1097/00001163-200604000-00005>
- Campbell, S. B., & von Stauffenberg, C. (2009). Delay and inhibition as early predictors of ADHD symptoms in third grade. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9270-4>
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers

- and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12(3), 467–488. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003114>
- Center on the Developing Child at Harvard University (2011). *Building the brain's "air traffic control" system: How early experiences shape the development of executive function. Working Paper, 11.* <http://www.developingchild.harvard.edu>
- Coelho, C. V. G., Ribeiro, F., & Lopes, A. F. (2019). Assessment of the executive functions of moderate preterm children in preschool age. *Applied Neuropsychology: Child*, 10(4), 308–318. <https://doi.org/10.1080/21622965.2019.1699095>
- Connor, D. F. (2002). Preschool Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology and stimulant treatment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(1S), S1–S9. <https://doi.org/10.1097/00004703-200202001-00002>
- Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: Diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa da Medicina Geral e Familiar*, 24(5), 577–589. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i5.10548>
- Cruz, O. (1999). O auto-controlo em crianças de cinco anos: Implicações educativas das vivências familiares. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 4(1), 109–130.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Quarteto.
- Cunningham, C. E. (2007). A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 676–694. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm021>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- DeWolfe, N. A., Byrne, J. M., & Bawden, H. N. (2000). ADHD in preschool children: Parent-rated psychosocial correlates. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42(12), 825–830. <https://doi.org/10.1017/s0012162200001523>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dias, N. M., & Seabra, A. G. (2013). Funções executivas: Desenvolvimento e intervenção. *Temas sobre Desenvolvimento*, 19(107), 206–212. <https://www.researchgate.net/publication/281177320>
- Dias, N. M., Pereira, A. P. P., & Seabra, A. G. (2022). Executive functions in the prediction of academic performance in elementary education. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 38. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e382114>
- Egger, H. E., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B., & Angold, A. (2006). Test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment (PAPA). *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(5), 538–549. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000205705.71194.b8>
- Erskine, H., Ferrari, A., Nelson, P., Polanczyk, G., Flaxman, A., Vos, T., Whiteford, H., & Scott, J. (2013). Research review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 54(12), 1263–1274. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12144>
- Filipe, A. M. (2020). Situating attention deficit and hyperactivity in Portugal: Social, historical, and ethical dimensions of an emerging global health issue. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(12), 1–14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056420>
- Filipe, C. (2004). A perturbação de hiperactividade com défice de atenção no adulto. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20(6), 733–737. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v20i6.10098>
- Gaudêncio, A. M., Moura, O., Seabra-Santos, M. J., Albuquerque, C. P., Pereira, M., Major, S., Lopes, A. F., Vilar, M., & Simões, M. R. (2023, março). *BRIEF-P, Behavior Rating Inventory of Executive Function, Preschool Version: Psychometric Properties*. Comunicação apresentada no

- IV International Congress of the Research Center for Neuropsychology and Cognitive Behavioral Intervention (CINEICC), Coimbra, Portugal.
- Gioia, G. A., Espy, K. A., & Isquith, P. K. (2003). *BRIEF-P. Behaviour Rating Inventory of Executive Function, Preschool Version*. Psychological Assessment Resources.
- Gioia, G. A., Espy, K. A., & Isquith, P. K. (2016). *BRIEF-P. Evaluación conductual de la función ejecutiva – Versión infantil*. (Adaptado por E. Bausela & T. Luque). TEA Ediciones.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). Test review behavior rating inventory of executive function. *Child Neuropsychology*, 6(3), 235–238. <https://doi.org/10.1076/chin.6.3.235.3152>
- Greene, J. A., Trujillo, S., Isquith, P. K., Gioia, G. A., & Espy, K. A. (2019). Enhanced interpretation of the Behavior Rating Inventory of Executive Function–Preschool version (BRIEF-P). *PAR*.
- Greenhill, L. L., Posner, K., Vaughan, B. S., & Kratochvil, C. J. (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 347–366. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2007.11.004>
- Healey, D. M., Flory, J. D., Miller, C. J., & Halperin, J. M. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in Hyperactive/Inattentive preschool children. *Infant and Child Development* 20(2), 148–161. <https://doi.org/10.1002/icd.682>
- Homem, T. C., Gaspar, M. F., Santos, M. J. S., Azevedo, A. F., & Canavarro, M. C. (2014). Incredible Years parent training: Does it improve positive relationships in Portuguese families of preschoolers with Oppositional/Defiant symptoms? *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 1861–1875. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9988-2>
- Hotz, V. J., & Pantano, J. (2015). Strategic parenting, birth order and school performance. *Journal of Population Economics*, 28(4), 911–936. <https://doi.org/10.1007/s00148-015-0542-3>
- Hughes, C., Dunn, J., & White, A. (1998). Trick or treat?: Uneven understanding of mind and emotion and executive dysfunction in “hard-to-manage” preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(7), 981–994. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00401>
- Hutchison, L., Feder, M., Abar, B., & Winsler, A. (2016). Relations between parenting stress, parenting style, and child executive functioning for children with ADHD or autism. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3644–3656. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0518-2>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207. <https://doi.org/10.1023/a:1017592030434>
- Keown, L. J. (2011). Fathering and mothering of preschool boys with hyperactivity. *International Journal of Behavioral Development*, 35(2), 161–168. <https://doi.org/10.1177/0165025410380982>
- Knapp, K., & Morton, J. B. (2017). Executive functioning: A developmental cognitive neuroscience perspective. In M. J. Hoskyn, G. Iarocci, & A. R. Young (Eds.), *Executive functions in children's everyday lives: A handbook for professionals in applied psychology* (pp. 9–17). Oxford University Press.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 896–902. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.896>
- Lansford, J. E., Chang, L., Dodge, K. A., Malone, P. S., Oburu, P., Palméus, K., Bacchini, D., Pastorelli, C., Bombi, A. S., Zelli, A., Tapanya, S., Chaudhary, N., Deater-Deckard, K., Manke, B., & Quinn, N. (2005). Physical discipline and children's adjustment: Cultural normativeness as a moderator. *Child Development*, 76(6), 1234–1246. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00847.x>
- Lavigne, J.V., Gibbons, R.D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., Dawson, N., Sobel, H., & Isaacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among

- preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(2), 204–214. <https://doi.org/10.1097/00004583-199602000-00014>
- Lindstrom, K., Lindblad, F., & Hjern, A. (2011). Preterm birth and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in schoolchildren. *Pediatrics*, 127(5), 858–865. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1279>
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen, & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development* (pp. 1-101). Wiley.
- Mahone, E. M., & Silverman, W. (2008). ADHD and executive functions: Lessons learned from research. *The Exceptional Parent*, 38(8), 48–51.
- Miranda, J. M., & Martins, P. C. (2021). A intervenção farmacológica e não farmacológica na PHDA: A perspetiva dos profissionais de saúde. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 35(2), 71–94. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v35i2.1752>
- Monteiro, A. L., Martins, P. C. (2022). PHDA na infância: Experiências e perspetivas dos pais acerca da medicação dos filhos. *Revista Contexto & Saúde*, 22(46), 1–8. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.46.13528>
- Ng, W. L., Mofrad, S., & Uba, I. (2014). Effect of birth order on the differential parental treatment of children. *Asian Social Science*, 10(14), 132–137. <https://doi.org/10.5539/ass.v10n14p132>
- Oliveira, E. A., Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravello, T., & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 1- 11. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100002>
- Oliveira, L., Medeiros, M., & Serrano, A. (2017). PHDA: Afinal, qual a sua origem? Uma revisão dos fatores etiológicos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 51(1), 43–61. [https://doi.org/10.14195/1647-8614\\_51-1\\_3](https://doi.org/10.14195/1647-8614_51-1_3)
- Oliveira, L., Pereira, M., Serrano, A., & Medeiros, T. (2017). PHDA em contexto escolar: Comorbilidades e problemas de desempenho associados. *Revista E-Psi*, 7(1), 77–100.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Versions 10 and 11)*. Open University Press.
- Pedro, M. F., Carapito, E., & Ribeiro, T. (2015). Parenting styles and dimensions questionnaire – Versão portuguesa de autorrelato. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(2), 302–312. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528210>
- Pereira, A. P. P., Dias, N. M., Araújo, A. M., & Seabra, A. G. (2018). Funções executivas na infância: Avaliação e dados normativos preliminares para crianças portuguesas em idade pré-escolar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación- e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 49(4), 171–188. <https://doi.org/10.21865/RIDEP49.4.14>
- Pinquart, M. (2013). Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(7), 708–721. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst020>
- Posner, K., Melvin, G. A., Murray, D. W., Gugga, S. S., Fisher, P., Skrobala, A., Cunningham, C., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Ghuman, J. K., Kollins, S., Wigal, S. B., Wigal, T., McCracken, J. T., McGough, J. J., Kastelic, E., Boorady, R., Davies, M., Chuang, S. Z., ... & Greenhill, L. L. (2007). Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder treatment study (PATS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(5), 547–562. <https://doi.org/10.1089/cap.2007.0075>
- Posner, K., Pressman, A. W., & Greenhill, L. L. (2009). ADHD in preschool children. In T. E. Brown (Ed.), *ADHD comorbidities: ADHD complications in children and adults* (pp. 37–55). American Psychiatric Publishing.



- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77(3), 819–830. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.77.3.819>
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A. F., Homem, T. C., Guerra, J., Martins, V., Leitão, S., Pimentel, M., Almeida, M., & Moura-Ramos, M. (2016). Incredible Years parent training: What changes, for whom, how, for how long? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 44, 93–104. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.04.004>
- Sherman, E. M. S., & Brooks, B. L. (2010). Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschool version (BRIEF-P): Test review and clinical guidelines for use. *Child Neuropsychology*, 16(5), 503–519. <https://doi.org/10.1080/09297041003679344>
- Shields, A., Ryan, R. M., & Cicchetti, D. (2001). Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology*, 37(3), 321–337. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.3.321>
- Shucksmith, J., Hendry, L. B., & Glendinning, A. (1995). Models of parenting: Implications for adolescent well-being within different types of family contexts. *Journal of Adolescence*, 18(3), 253–270. <https://doi.org/10.1006/jado.1995.1018>
- Sonuga-Barke, E. J. S., Dalen, L., Daley, D., & Remington, B. (2002). Are planning, working memory, and inhibition associated with individual differences in preschool ADHD symptoms? *Developmental Neuropsychology*, 21(3), 255–272. [https://doi.org/10.1207/S15326942DN2103\\_3](https://doi.org/10.1207/S15326942DN2103_3)
- Sonuga-Barke, E. J. S., Thompson, M., Abikoff, H., & Brotman, L. M. (2006). Nonpharmacological intervention for preschoolers with ADHD: The case for specialized parent training. *Infants & Young Children*, 19(2), 142–153. <https://doi.org/10.1097/00001163-200604000-00007>
- Sonuga-Barke, E., & Halperin, J. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention/hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 368–389. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02195.x>
- Sonuga-Barke, E., Auerbach, J., Campbell, S. B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways from risk to disorder. *Development Science*, 8(2), 141–150. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2005.00401.x>
- Spira, E. G., & Fischel, J. E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 755–773. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01466.x>
- Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in girls: Epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20, 107–123. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00003>
- Steinberg, L., Elmen, J. D., & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60(6), 1424–1436. <https://doi.org/10.2307/1130932>
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754–770. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00781.x>
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H. C., & Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – First upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(1), 7–30. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-1002-x>
- Wakschlag, L., Leventhal, B., & Thomas, J. M. (2007). Disruptive behavior disorders & ADHD in preschool children: Characterizing heterotypic continuities for a developmentally-informed nosology for DSM V. In W. E. Narrow, M. B. First, P. Sirovatka, & D. A. Regier (Eds.), *Age*

- and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 243–257). American Psychiatric Publishing.
- Whalen, C. K., & Henker, B. (1992). The social profile of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Five fundamental facets. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1(2), 395–410. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(18\)30595-9](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(18)30595-9)
- Woolfson, L., & Grant, E. (2006). Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Child: Care, Health & Development*, 32(2), 177–184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00603.x>.

**Anexos**

**Anexo I – Carta explicativa do estudo e Consentimento informado para os pais de crianças com sintomas de PH/DA**

**Anexo II – Carta explicativa do estudo para os educadores de infância de crianças com sintomas de PH/DA**

**Anexo III – Questionário Clínico a preencher pelos profissionais de saúde**

**Anexo IV – Carta explicativa do estudo e Consentimento informado para os pais da amostra de comparação (QDEP)**

## Anexo I – Carta explicativa do estudo e Consentimento informado para os pais de crianças com sintomas de PH/DA



Exmos. Pais:

Encontra-se a decorrer no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC), um projeto de investigação que visa validar para a população portuguesa um conjunto de versões de um Inventário de Funções Executivas, o BRIEF (*Behavior Rating Inventory of Executive Function* ou Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas). As funções executivas, que têm um papel importante no desempenho académico e no funcionamento social e emocional de crianças e jovens, englobam um conjunto diversificado de competências, tais como: selecionar as tarefas adequadas para alcançar um objetivo e/ou para tomar decisões; planejar, organizar e alternar as estratégias para a resolução de um problema; ou autorregular comportamentos. Simultaneamente, pretendemos compreender se as funções executivas destas crianças se relacionam ou não com o modo como os pais lidam com elas, no seu dia-a-dia.

Para a concretização deste estudo vimos solicitar a sua participação, através do preenchimento de dois breves questionários: o BRIEF-P (versão pré-escolar do BRIEF) e o Questionário de Dimensões e Estilos Parentais, o que tomará no máximo 20 minutos. Solicitamos, igualmente, que autorize o educador de infância do seu filho/a a responder também ao questionário BRIEF-P.

Os dados recolhidos são confidenciais e tratados de forma a manter o anonimato da criança e apenas a equipa de investigação deste projeto terá acesso à informação recolhida. A participação é totalmente voluntária. Os dados recolhidos serão tratados unicamente no âmbito do projeto, de forma global, e serão guardados durante 5 anos, salvaguardando as devidas condições de segurança.

Se pretender obter qualquer esclarecimento adicional poderá contactar a investigadora Alexandra Gaudêncio através do email: [gaudencio.a@gmail.com](mailto:gaudencio.a@gmail.com)

Informação mais detalhada sobre este projeto encontra-se disponível em:

[https://staff.fpce.uc.pt/calbuquerque/Projeto\\_BRIEF\\_Informacao\\_Participantes.pdf](https://staff.fpce.uc.pt/calbuquerque/Projeto_BRIEF_Informacao_Participantes.pdf)

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

Pela Equipa de Investigação

Assinado por: **ALEXANDRA MARIA MOURÃO**

**GAUDÊNCIO**

Num. de Identificação: 08076018

Data: 2022.12.14 20:01:15+00'00'

Assinado por: **MARIA JOÃO RAMA SEABRA**

**SANTOS**

Num. de Identificação: 04361829

Alexandra Gaudêncio

Maria João Seabra-Santos



**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, abaixo-assinado/a \_\_\_\_\_,  
estou de acordo que o/a meu/minha filho/a ou educando/a \_\_\_\_\_,  
participe no estudo que está a ser desenvolvido pelo CINEICC da Universidade de Coimbra, com  
o título *Inventários de Funções Executivas: Estudos de validação e normalização com o BRIEF*.

Nesse sentido (por favor assinale uma ou ambas as opções):

- Concordo em colaborar, respondendo a dois breves questionários
- Autorizo que o/a educador/a de infância do meu filha/a preencha e devolva o questionário  
BRIEF-P

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a  
possibilidade de colocar questões e clarificar todos os aspetos que me parecerem pertinentes.  
Foi-me garantido que a identidade do/a meu/minha filho/a não será divulgada e que os dados  
permanecerão confidenciais. Concordo que os dados sejam analisados pelos investigadores  
envolvidos no estudo, sob a autoridade delegada pela Coordenadora do Projeto.

A Mãe/ O Pai

\_\_\_\_\_

## Anexo II – Carta explicativa do estudo para os educadores de infância de crianças com sintomas de PH/DA



Exmo/a. Sr./Sra. Educador/a de Infância:

Encontra-se a decorrer no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC), um projeto de investigação que visa validar para a população portuguesa um conjunto de versões de um Inventário de Funções Executivas, o BRIEF (*Behavior Rating Inventory of Executive Function* ou Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas).

As funções executivas, que têm um papel importante no desempenho académico e no funcionamento social e emocional de crianças e jovens, englobam um conjunto diversificado de competências, tais como: selecionar as tarefas adequadas para alcançar um objetivo e/ou para tomar decisões; planejar, organizar e alternar as estratégias para a resolução de um problema; ou autorregular comportamentos.

As versões do inventário BRIEF constituem meios eficazes de avaliação das funções executivas, mas não se encontram validadas para as crianças e jovens portugueses, sendo essa validação o objetivo do presente projeto. Para a concretização deste estudo, solicitámos previamente a autorização dos pais/encarregados de educação em relação à participação dos próprios, bem como autorização para que o educador/a de infância pudesse colaborar. Tendo obtido essa autorização, pedimos-lhe que responda ao questionário BRIEF-P (versão pré-escolar do BRIEF), o que prevemos não tomar mais de 10 minutos. Após o preenchimento agradecemos que nos devolva o questionário através do envelope selado.

Os dados recolhidos são confidenciais e tratados de forma a manter o anonimato da criança e apenas a equipa de investigação deste projeto terá acesso à informação recolhida. A participação é totalmente voluntária. Os dados recolhidos serão tratados unicamente no âmbito do projeto, de forma global, e serão guardados durante 5 anos, salvaguardando as devidas condições de segurança.

Se pretender obter qualquer esclarecimento adicional poderá contactar a investigadora Alexandra Gaudêncio através do email: [gaudencio.a@gmail.com](mailto:gaudencio.a@gmail.com)

Informação mais detalhada sobre este projeto encontra-se disponível em:

[https://staff.fpce.uc.pt/calbuquerque/Projeto\\_BRIEF\\_Informacao\\_Participantes.pdf](https://staff.fpce.uc.pt/calbuquerque/Projeto_BRIEF_Informacao_Participantes.pdf)

Pela Equipa de Investigação

Assinado por: **ALEXANDRA MARIA MOURÃO GAUDÊNCIO**

Num. de Identificação: 08076018  
Data: 2022.12.14 20:04:02+00'00'

Assinado por: **MARIA JOÃO RAMA SEABRA SANTOS**

Num. de Identificação: 04361829

Alexandra Gaudêncio  
Maria João Seabra-Santos

### Anexo III – Questionário Clínico a preencher pelos profissionais de saúde

#### Questionário Clínico

Código .....

#### Elementos a recolher junto do profissional (psicólogo/médico) que acompanha a criança

1. Problemática da Criança/Jovem: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Idade de início da Problemática: \_\_\_\_\_

3. Tratamento farmacológico: Sem medicação   
 Monoterapia   
 Politerapia

3.1 Se toma medicação, qual(quais) o(s) fármaco(s)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Comorbilidades associadas: Sim  Não

4.1 Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. Outros dados relevantes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Anexo IV – Carta explicativa do estudo e Consentimento informado para os pais da amostra de comparação (QDEP)



Exmos. Pais:

No âmbito da realização de dissertações de Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica e da Saúde, a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, pretendemos compreender o modo como as mães e os pais de crianças com desafios desenvolvimentais particulares (por exemplo, crianças com epilepsia ou crianças nascidas pré-termo) lidam com os seus filhos, no seu dia-a-dia. Para tal, necessitamos de um grupo de comparação, constituído por mães/pais de crianças do mesmo leque etário (3 a 6 anos) mas sem desafios particulares. É nesse sentido que pedimos a sua colaboração, através do preenchimento do Questionário de Dimensões e Estilos Parentais, o que tomará cerca de 10 minutos.

Os dados recolhidos são confidenciais e tratados de forma a manter o anonimato. A sua identidade ou a do seu filho/a não são solicitadas e apenas a equipa de investigação deste projeto terá acesso à informação recolhida. A participação é totalmente voluntária. Os dados recolhidos serão tratados unicamente no âmbito do projeto, de forma global, e serão guardados durante 5 anos, salvaguardando as devidas condições de segurança.

Se pretender obter qualquer esclarecimento adicional poderá contactar a orientadora, Maria João Seabra Santos, através do email: [seabramj@fpce.uc.pt](mailto:seabramj@fpce.uc.pt)  
Se concordar em participar, por favor, assine e devolva a folha seguinte.

Assinado por: **MARIA JOÃO RAMA SEABRA SANTOS**  
Num. de Identificação: 04361829

(Profª Associada da FPCEUC)

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado/a, estou de acordo em participar no estudo que está a ser desenvolvido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sobre dimensões e estilos parentais em mães/pais de crianças com desafios desenvolvimentais. Nesse sentido, concordo em colaborar, respondendo a um breve questionário.

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

Foi-me garantido que a minha identidade e a do/a meu/minha filho/a não são solicitadas e que os dados permanecerão confidenciais. Concordo que os dados sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo.

A Mãe/ O Pai

---