



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE D  
**COIMBRA**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

DELVIN TEOMÁRIO CHANTRE DIAS RODRIGUES

***Padrões do Sono em Idade Pré-escolar e PHDA***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL

Trabalho realizado sob a orientação:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA

DOUTORA SARA FILIPA GONÇALVES FERNANDES

Abril de 2023



## **PADRÕES DO SONO EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E PHDA**

Delvin Rodrigues<sup>1</sup>; Inês Rosendo<sup>2</sup>; Sara Fernandes<sup>3</sup>;

1 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

2 – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

3 – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Portugal

## ÍNDICE

ABREVIATURAS E SIGLAS.....	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUÇÃO.....	8
MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	16
DISCUSSÃO.....	22
CONCLUSÃO.....	25
AGREDECIMENTOS.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXO 1 - Consentimento Informado.....	30
ANEXO 2 - Autorização Da Comissão Nacional De Proteção De Dados.....	32
ANEXO 3 - Parecer Da Comissão De Ética Da ARS Centro.....	35
ANEXO 4 - Questionário PHDA.....	36
ANEXO 5 - Questionário Sono (CSHQ-PT).....	37
ANEXO 6 - Questionário SDQ-Por.....	40
ANEXO 7 - Questionário AARS.....	41
ANEXO 8 - Questionário QEDP.....	42

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AARS: Escala de Avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em Adultos;

ARS: Administração Regional de Saúde;

CSHQ-PT: Questionário de Hábitos de Sono das Crianças, versão Portuguesa;

PHDA: Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção;

QEDP: Questionário de Estilos e de Dimensões Parentais, Versão Reduzida;

SDQ-Por: Questionário de Capacidades e Dificuldades, Versão para pais;

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;

USF: Unidade de Saúde Familiar;

## RESUMO

**Introdução:** A Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção (PHDA) é uma patologia muito comum e com impacto menos favorável em diversos aspetos da vida dos indivíduos afetados e o meio onde estão inseridos. Atualmente alguns fatores são apresentados como relacionados com a PHDA, porém a tentativa de explicação da casualidade da PHDA, torna-se um processo complexo, dado o forte caráter hereditário. Não obstante a evidência da existência de hereditariedade na patogénese da PHDA, esse fato não exclui que os padrões do sono, ambiente familiar ou outras exposições possam estar relacionados com o aparecimento desta entidade. Dito isto, o objetivo deste estudo foi procurar uma relação entre exposições a diferentes fatores e o aparecimento de sintomas mais sugestivos de PHDA.

**Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório observacional longitudinal, do tipo coorte prospetivo, que decorreu em duas fases. A primeira em 2018 com recrutamento de 31 crianças com idades de 3-4 anos e a segunda fase em 2023 com 2 dessas crianças já com idade de 7 anos, com uma perda em *follow up* de 93,5%. Contou-se com a colaboração de médicos de família pertencentes Unidades de Saúde Familiar da Administração Regional da Saúde do Centro. Nas duas fases foram aplicados questionários, que foram preenchidos pelos pais das crianças e que incluíam questões sociodemográficas, sobre o consumo materno durante a gravidez de álcool e tabaco, o tempo médio diário de exposição a ecrã das crianças, as características de sono das crianças, as dificuldades comportamentais das crianças, a presença de sintomas de PHDA nos pais e a tipologia parental preponderante. Foi feita uma análise estatística descritiva exploratória.

**Resultados:** Verificou-se que a criança que tinha maiores níveis de distúrbios do sono em idade mais precoce, traduziu-se em maiores níveis de hiperatividade e de problemas comportamentais numa fase mais tardia. E ainda, que os pais que apresentaram mais sinais e sintomas de PHDA e estilos parentais autoritário e democrático mais fortes associou-se ao filho com maiores níveis de hiperatividade e de problemas comportamentais.

**Discussão e Conclusão:** Apesar do tamanho reduzido da amostra, que limitou o poder estatístico do estudo, parece levantar a possibilidade de relação entre distúrbios do sono e hiperatividade, assim como de estilos parentais e pais com sinais de PHDA com filhos com maiores níveis de hiperatividade. Há então necessidade de mais estudos para aprofundar o tema, com meios de mais fidedignos de avaliação e desenhos de estudo que permitam limitar os fatores confundidores.

**Palavras-chave:** PHDA, álcool, tabaco, ecrãs, estilos parentais, problemas do sono.

## **Abstract**

**Introduction:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a very common pathology with a unfavorable impact on various aspects of the lives of affected individuals and the environment in which they live. Currently some factors are presented as being related to ADHD, despite the fact that any attempt to explain the causality of ADHD is a complex process, given its strong hereditary component. Despite the evidence of the existence of heredity in the pathogenesis of ADHD, this fact does not exclude that sleep patterns, family environment or other exposures may be related to the appearance of this entity. That said, the aim of this study was to look for a relationship between exposures to different factors and the appearance of symptoms more suggestive of ADHD.

**Methods:** This is a longitudinal observational exploratory study, of the prospective cohort type, which was realized in two phases. The first in 2018 with recruitment of 31 children aged 3-4 years and the second phase in 2023 with 2 of these children already aged 7 years, with a follow-up loss of 93.5%. Family physicians belonging to the Family Health Units of the Central Regional Health Administration collaborated. In both phases, questionnaires were applied, which were filled out by the children's parents and which included sociodemographic questions, on maternal consumption of alcohol and tobacco during pregnancy, the average daily screen exposure time of children, the characteristics of children's sleep, the children's behavioral difficulties, the presence of ADHD symptoms in the parents and the predominant parental typology. An exploratory descriptive statistical analysis was performed.

**Results:** It was verified that the child who had higher levels of sleep disorders at an earlier age translated into higher levels of hyperactivity and behavioral problems at a later stage. And yet, those parents who had more signs and symptoms of ADHD and stronger authoritarian and democratic parenting styles were associated with children with higher levels of hyperactivity and behavioral problems.

**Discussion and Conclusion:** Despite the reduced sample size, which limited the statistical power of the study, it seems to raise the possibility of a relationship between sleep disorders and hyperactivity, as well as parenting styles and parents with signs of ADHD with children with higher levels of hyperactivity. There is therefore a need for future studies to further analyze this theme, with more reliable means of evaluation and study designs that allow limiting the confounding factors.

**Key Words:** ADHD, alcohol, tobacco, screens, parenting styles, sleep problems.

## INTRODUÇÃO

Com uma prevalência mundial estimada em cerca de 5% (1)(2), a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), apresenta-se como um dos distúrbios do neurodesenvolvimento mais frequentemente diagnosticados em pedopsiquiatria. Sendo que a avaliação e o tratamento continuam a ser um desafio para os médicos. (1)

Embora as bases neurobiológicas e genéticas na PHDA sejam inegáveis, ainda carecem de biomarcadores fidedignos ou outros critérios objetivos, que possam possibilitar a automatização do diagnóstico do distúrbio na prática clínica. (1)

A PHDA é uma patologia muito heterogênea, que assume diferentes formas, e que na sua grande maioria apresenta-se associada a comorbidades frequentes e variáveis e com sobreposição com outros transtornos (1), tais como transtornos de humor, depressão, ansiedade, conduta, aprendizado e abuso de substâncias. (2)

O diagnóstico é clínico. A avaliação no caso das crianças, deve basear-se em entrevistas com os pais, professores e outros familiares, incluindo a história detalhada da criança, antecedentes médicos e psiquiátricos, informações sobre do agregado familiar, relacionamentos com colegas e histórico escolar. (1) Estudos longitudinais mostram que dois terços dos jovens com este diagnóstico continuarão a ter sintomas na idade adulta. (2)

Em relação à etiologia da PHDA, embora seja bem aceite que seja um distúrbio altamente hereditário e multifatorial (3), sendo que a maioria das estimativas varia entre 70-80% (2)(4), nem todo o risco é genético, estimando-se que entre 10-40% da variação associada à PHDA seja explicada por fatores ambientais (5), e os fatores pré-natais e perinatais têm sido apresentados como de risco, mas as relações causais definitivas permanecem desconhecidas. (3)

Crianças com PHDA apresentam-se frequentemente com distúrbios do sono, sendo que a prevalência pode variar de 25-55% (6). Têm um sono significativamente deficitário em relação aos seus pares saudáveis na maioria dos domínios do sono, tais como: resistência a ir dormir, no início do sono, despertares noturnos, sonolência diurna entre outros. (7)

Embora haja interesse de longa data no estudo da coexistência das duas entidades (PHDA e distúrbios do sono) a investigação atual existente, que se intensificou nos últimos anos, já nos permite observar que ambas estão intrinsecamente interligadas, porém o conhecimento ainda permanece obscuro. (6)(7)

A relação é multidirecional, complexa e interdependente. Pois distúrbios do sono podem ser uma característica inerente ao PHDA, podem exacerbar e ser exacerbados pelos sintomas do



transtorno, ou ainda, problemas com o sono podem mimetizar sintomas semelhantes ao PHDA, levando a diagnósticos incorretos. (7)

No que diz respeito ao uso materno de tabaco no período pré-natal, os resultados relatados em estudos, além de limitados pela quantidade e tipo desses estudos, revelam-se inconsistentes. O tabagismo materno na gravidez, tanto pode aparecer como um fator associado a um risco aumentado de PHDA em crianças (8), como pode, também não haver evidências claras para apoiar uma relação causal entre o tabagismo materno pré-natal e a PHDA. (9)

Em relação à temática do álcool e PHDA, há muito tempo que esta associação tem sido estudada. Mas existem estudo mais sobre indivíduos com esta patologia e a sua tendência a desenvolver comportamentos de consumo abusivo de álcool, que geralmente começam na adolescência. Porém, pouca é a literatura disponível que procure associar o consumo materno de álcool, no período pré-natal, encarando-o como potencial fator de risco. (10) Embora a associação geralmente seja documentada como positiva, varia de acordo com a dose de álcool consumida. (11) De notar também que muitos estudos apresentam limitações, sendo necessários estudos com maior evidência científica e com capacidade de minimizar os fatores confundidores.

A PHDA é uma condição muito incapacitante, que está frequentemente associada a comorbidades, tais como, outros distúrbios psiquiátricos, o que cria uma sobre carga substancial para o indivíduo afetado e seu agregado familiar (2), que tem como consequências disfunção e instabilidade familiar. Existem evidências de que sofrer abuso emocional e ser filho único são fatores de riscos associados a crianças com este diagnóstico. (12) Dai a importância de estudar os padrões de comportamentos familiar, em crianças com PHDA, afim de esclarecer se são a causa ou a consequência.

Já não é de hoje, que investigadores e profissionais de saúde expressam preocupação com o impacto da exposição a ecrãs, que inclui dispositivos como televisão, computador, consolas, tablets e telemóvel, ou seja, medias de tela, no aumento do diagnóstico de PHDA. No entanto, até que ponto estão ligados permanece um ponto de debate, havendo uma clara necessidade de estudos que investiguem a relação causal, que identifiquem os mecanismos subjacentes aos comportamentos de PHDA relacionados com o aumento do tempo frente a ecrãs, e eventuais suscetibilidades de cada indivíduo. (13)

Dito isto, e tendo em conta que todos os fatores acima mencionados são passíveis de ser modificados, parece ser pertinente especificar e aprofundar o conhecimento sobre os mesmos e sua relação com sintomas de PHDA, visto que isso impactaria a incidência da doença.

## **Objetivos do estudo**

Clarificar e determinar a associação entre problemas do sono e a PHDA. Além disso, pretende-se perceber a relação desta patologia com outros fatores potencialmente associados como exposição pré-natal a tabaco e álcool, tempo de ecrãs, sintomas de PHDA dos pais e estilos parentais.

# **MATERIAIS E MÉTODOS**

## **Desenho do Estudo**

Trata-se de um estudo exploratório observacional longitudinal, do tipo coorte prospetivo, que ocorreu em dois momentos avaliativos. A primeira fase ocorreu em 2018 através da avaliação de crianças com o diagnóstico de PHDA, sendo que na altura encontravam-se na faixa etária de 3-4 anos.

Fez-se uma segunda avaliação das mesmas crianças, com idades agora compreendidas entre 7-8 anos, em 2023, afim de avaliar alterações derivadas dos fatores potencialmente de risco incluídos no estudo.

## **Seleção dos participantes/Amostra**

A amostra inicial do estudo foi de 31 crianças, com dados colhidos em 2018. Em Agosto de 2022 voltou-se a entrar em contacto com os colaboradores que participaram na primeira fase, a fim de contactarem de modo presencial ou eletrónico (chamada telefónica ou e-mail), os pais das crianças que previamente tinham participado no estudo.

Os representantes legais das crianças, que no caso foram os pais, assinaram o consentimento informado, válido nas duas fases, e estes foram incluídos no estudo. (anexo 1)

Cada médico de família ficou responsável pela codificação das crianças participantes do estudo, criando um código que permitisse a localização das crianças na segunda fase. Permitindo assim assegurar a confidencialidade dos dados das crianças bem como o seu anonimato. Este código foi transversal às duas fases do estudo.

O estudo foi desenhado com o objetivo de ser feito em duas fases, contando com a aprovação da Comissão Nacional de Proteção da Dados (anexo 2) e da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde da Região Centro (anexo 3), bem como, as autorizações das Comissões Técnicas das USF onde ocorreu a recolha de dados.

## **Recolha de dados**

A recolha dos dados foi feita através de aplicação de questionários preenchidos pelos pais e distribuídos pelos médicos de família que se voluntariaram para participar neste estudo. A lista completa inicial de colaboradores era de 13 de médicos, assistentes e internos da especialidade medicina geral e familiar de USF pertencentes a ARS centro.

A primeira fase ocorreu em 2018 e os questionários foram distribuídos durante os meses de Fevereiro e Março. A amostra foi constituída por pais de crianças com o diagnóstico de PHDA, com idades compreendidas entre os 3-4 anos das USF a que pertenciam os colaboradores do estudo e que vieram a consulta nessa altura.

Por conveniência foram seleccionados colaboradores de Centros de Saúde da Região Centro, nomeadamente USF São João de Ovar, USF Pulsar, UCSP Celas, USF Coimbra Centro, USF Coimbra Sul, USF Araceti, USF Santiago, UCSP Flor de Liz e UCSP Vouzela. Na primeira fase totalizaram 31 questionários preenchidos pelos pais.

Já a segunda fase consistiu na recolha dos mesmos dados, dessas mesmas crianças a quem foram aplicados os mesmos questionários, e decorreu no mês de Março de 2023.

Por motivos de perda dos códigos das crianças, mudança de USF por parte dos colaboradores prévios, não respostas as tentativas de contacto eletrónico, indisponibilidade de retoma do estudo, apenas duas novas colaboradoras, médicas internas da especialidade, que não tinham participado da colheita inicial, fizeram a continuação da recolha do trabalho na segunda fase. Sendo as mesmas das USF Santiago e USF São João de Ovar e tendo cada uma delas conseguido apenas uma resposta, ficando assim a amostra da segunda fase de apenas duas crianças, agora com idade de 7 anos. (Figura 1)

## **Questionários**

Em ambas as fases, antes dos questionários validados, foi aplicado um pequeno questionário focado em questões sociodemográficas e outras variáveis clínicas, onde foram questionados sobre a data de nascimento e sexo da criança, o grau de parentesco de quem preencheu os questionários (mãe, pai, ambos), a quantificação estimada da exposição pré-natal ao tabaco e álcool, e o tempo médio diário de exposição a ecrãs, pelo facto destas variáveis serem identificadas como possíveis fatores de risco/impacto para a PHDA. (anexo 4)

### **Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ-PT)**

O primeiro questionário preenchido, validado para crianças portuguesas dos 2 aos 10 anos (14). Avalia hábitos de sono e possíveis problemas, mediante a observação dos pais, do sono dos seus filhos na semana anterior, ou uma que seja representativa do habitual. Formado por 33 itens, e agrupado em 8 subescalas relacionadas com os seguintes aspetos do sono:

Resistência em Ir para a Cama (itens 1, 3, 4, 5, 6 e 8)

Início do Sono (item 2)

Duração do Sono (itens 9, 10, 11 e 12)

Ansiedade do Sono (itens 5, 7, 8 e 21)

Despertares Noturnos (itens 16, 24 e 25)

Parassónias (itens 12, 13, 14, 17, 22 e 23)

Distúrbios Respiratórios do Sono (itens 18, 19 e 20)

Sonolência Diurna (itens 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 e 33)

As respostas foram categorizadas por frequência dos comportamentos do sono observados pelos pais e a cada resposta atribui-se uma pontuação, sendo na resposta “habitualmente” atribuiu-se 3 pontos, “às vezes” 2 pontos ou “raramente” 1 ponto, com exceção aos itens 1, 2, 3, 10, 11 e 26 que a cotação era inversa.

Quanto maior fosse a pontuação obtida, pior seria o sono da criança, e ficou estabelecido na primeira fase do estudo que uma pontuação igual ou superior a 41 seria indicativo de um distúrbio do sono, com uma consistência interna do CSHQ-PT ( $\alpha$  de Cronbach) de 0,78 para a escala total e variou de 0,44 a 0,74 para as subescalas (14).

### **Questionário de Capacidades e Dificuldades, Versão para pais (SDQ-Por)**

O questionário está validado em português (15), e é constituído por 25 itens distribuídos em 5 escalas, sendo elas:

Sintomas Emocionais (itens 3, 8, 13, 16 e 24)

Problemas de Conduta (itens 5, 7, 12, 18 e 22)

Hiperatividade (itens 2, 10, 15, 21 e 25)

Problemas de Relacionamento com os outros (itens 6, 11, 14, 19 e 23)

Comportamento Pró-Social (itens 1, 4, 9, 17 e 20)

É um questionário, para os pais, de despiste comportamental relativamente ao comportamento da criança nos últimos 6 meses, e conta com três hipóteses de resposta, sendo elas: “não é verdade” que equivale a 0 pontos, “é pouco verdade” que equivale a 1 ponto, e “é muito verdade” que equivale a 2 pontos, com exceção nos itens 7, 11, 15, 21 e 25 que a pontuação era inversa.

A pontuação de cada escala fez-se através do somatório dos 5 itens correspondentes. A soma total das escalas, excluindo a pontuação da escala de Comportamento Pró-social, corresponde ao Total de Dificuldades da criança, com uma classificação máxima de 40 pontos.

### **Escala de Avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em Adultos (AARS)**

Este questionário é constituído por 18 itens (16), e dividido em 2 subescalas, sendo elas: desatenção (itens 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 e 17) e impulsividade/hiperatividade (itens 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16 e 18).

Trata-se de uma escala de autoavaliação, que procura detetar sinais e sintomas de PHDA em adultos nos últimos 6 meses.

A intensidade dos sintomas foi categorizada segundo uma escala de Likert que varia de 0, que correspondia a resposta “raramente”, a 3, que correspondia a “muito frequentemente”.

A pontuação total traduz pela soma de todos os elementos, com o resultado máximo de 54 pontos. E na primeira fase do estudo, estipulou-se que um adulto com uma pontuação igual ou superior a 9, identificaria um nível significativo de hiperatividade e/ou de desatenção. (17) Com uma consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) total de 0,93, 0,91 para a subescala desatenção e 0,91 para a subescala hiperatividade. (18)

### **Questionário de estilos e dimensões parentais (QEDP) - Versão Reduzida**

Trata-se da versão portuguesa e reduzida, do Questionário de Estilos e Dimensões Parentais, que é formado por 32 itens (19), que avalia e organiza a tipologia parental em três estilos, que são:

Autoritário (itens 2, 4, 6, 10, 13, 16, 19, 23, 26, 28, 30 e 32)

Democrático (itens 1, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 18, 21, 22, 25, 27, 29 e 31)

Permissivo (itens 15, 17, 20 e 24)

Os comportamentos são seriados de acordo com a frequência e pontuados apresentados com base numa escala de Likert de 5 pontos, sendo que 1 corresponde a “Nunca”, ao 5 que corresponde a “Sempre”.

Para determinar a tipologia parental, para cada um dos estilos, é calculada a média dos itens que o compõe, sendo o estilo parental preponderante o que tiver a melhor média. Análises de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) revelaram consistências internas de 0,91, 0,86 e 0,75 para as escalas democrática, autoritária e permissiva, respetivamente. (19)

### **Análise Exploratória dos Dados**

Os dados colhidos dos questionários foram convertidos e organizados numa base de dados em formato de Excel. Dado a amostra ser reduzida, só foi possível uma análise descritiva exploratória dos dados.

## RESULTADOS

### Descrição Sociodemográfica da Amostra

Esta amostra teve por base crianças inscritas em Centros de Saúde da Região Centro, nomeadamente USF São João de Ovar, USF Pulsar, UCSP Celas, USF Coimbra Centro, USF Coimbra Sul, USF Araceti, USF Santiago, UCSP Flor de Liz e UCSP Vouzela.

No primeiro momento avaliativo, a amostra era composta por 31 crianças, com uma distribuição por sexo de 18 crianças do sexo masculino (58,1%) para 13 do sexo feminino (41,9%). Relativamente às idades dos participantes, 17 dos questionários (54,8%) eram relativos a crianças de 3 anos, com os restantes 14 questionários (45,2%) referentes a crianças com 4 anos.

No que concerne ao preenchimento dos questionários, 25 foram respondidos pela mãe (80,6%), 3 pelo pai (9,7%) e 3 por ambos os pais (9,7%).

No que diz respeito consumo materno de bebidas alcoólicas durante a gravidez, 29 dos questionários preenchidos (93,5%) negaram ter ingerido bebidas alcoólicas, havendo em 2 casos (6,5%) um consumo relatado de um copo por semana.

Quanto aos hábitos tabágicos maternos pré-natais, em 28 questionários as mães relataram não ter fumado nenhum cigarro (90,3%), uma fumou até quatro cigarros (3,2%) e duas das mães fumaram mais de quatro cigarros e menos de um maço (6,5%) em média, por dia. Já sobre a exposição da criança a ecrãs, em média, por dia, 14 crianças tinha uma exposição inferior a uma hora (45,2%), outras 14 entre uma a três horas (45,2%) e em 3 casos a exposição relatada era superior a três horas (9,7%).

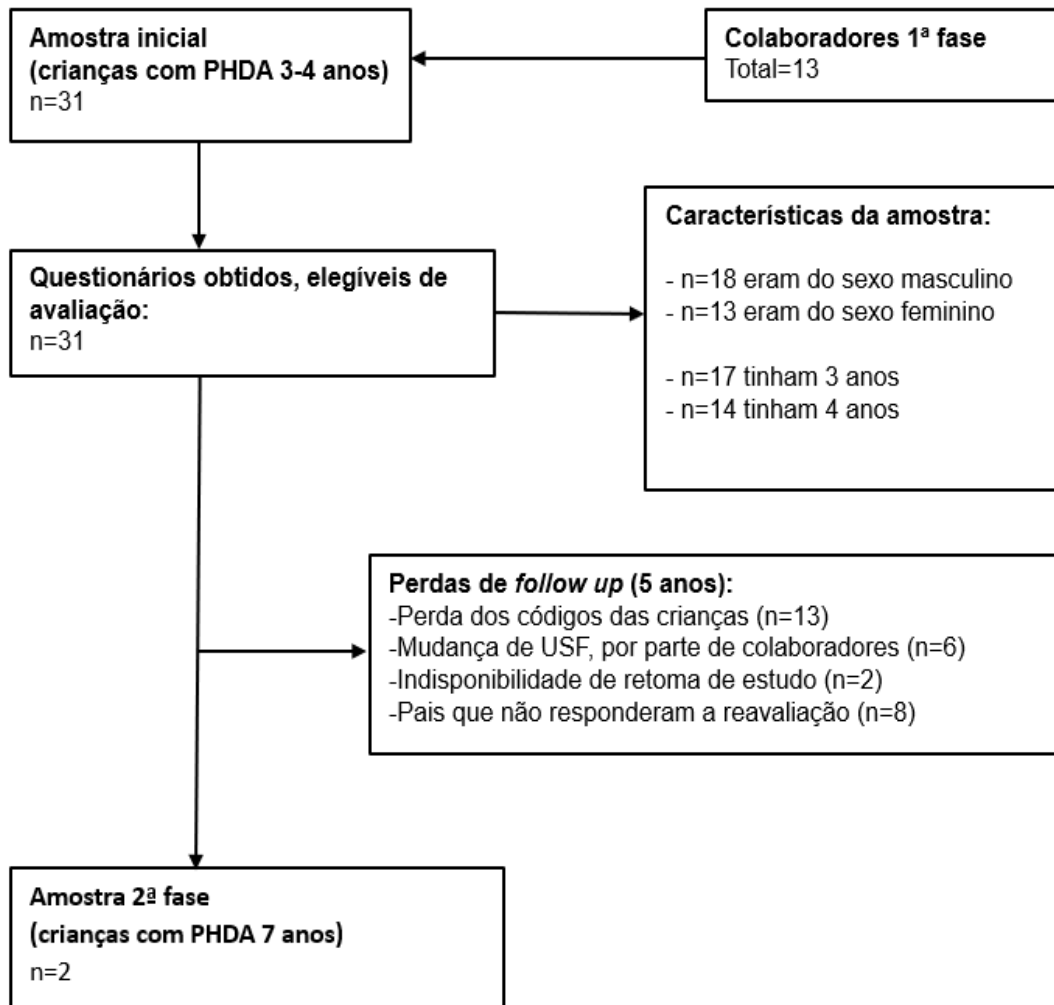
Após um período de *follow up* de 5 anos, muitos colaboradores mudaram de USF, muitos perderam os códigos das crianças e alguns demonstraram-se indisponíveis para participar no seguimento do estudo. Culminando numa perda considerável de participantes, num total de 29 (93,5%).

A amostra na segunda fase contou com duas crianças, das USF Santiago e São João de Ovar, ambas pertencentes à Administração Regional da Saúde (ARS) do Centro.

Os 2 questionários obtidos (100%), eram referentes a participantes do género feminino, na faixa etária de 7 anos, cujo questionário foi preenchido pela mãe. Também, relativamente as outras variáveis em estudo, ambas as 2 mães (100%) negaram consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez e hábitos tabágicos pré-natais, e relataram que em média as crianças ficavam entre uma a três horas expostas a ecrãs por dia.



**Fig 1:** Fluxograma das fases do estudo.



## Caracterização do Sono

Relativamente aos hábitos de sono, foi aplicado o questionário CSHQ-PT, que dá uma perspetiva dos hábitos do sono e permite identificar os aspetos problemáticos do sono. Na segunda fase foram incluídos no estudo 2 questionários, referentes as Criança A e Criança B.

A Criança A apresentou uma pontuação total 53 pontos na segunda avaliação, sendo que na primeira fase tinha obtido um valor de 41 pontos, enquanto que a Criança B obteve um total 61 pontos na segunda fase, aumentando apenas um ponto comparativamente a primeira fase, que tinha obtido 60.

De realçar que as dimensões do sono que mais contribuíram para a pontuação final na segunda fase, apresentando as médias mais altas por item: na Criança A foram ansiedade do sono (2), sonolência diurna (1,75) e resistência em ir para cama (1,67), já na Criança B foram o início do sono (3), a ansiedade do sono (2,5) e a resistência em ir para cama (2,17).

**Tabela 1.** Estatísticas Descritivas dos aspetos do sono segundo CSHQ-PT.

Aspetos do Sono	Criança A		Criança B	
	Pontuação 2018	Pontuação 2023	Pontuação 2018	Pontuação 2023
Resistência em Ir para a Cama	6	10	15	13
Início do Sono	1	1	2	3
Duração do Sono	4	4	4	7
Ansiedade do Sono	4	8	9	10
Despertares Noturnos	3	4	5	3
Parassónias	8	9	7	7
Distúrbios Respiratórios do Sono	3	3	3	3
Sonolência Diurna	12	14	15	15
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>53</b>	<b>60</b>	<b>61</b>

## Caracterização Dos Problemas Comportamentais

No que diz respeito a questões comportamentais, foi usada a escala SDQ-Por. Na secção relativa a sintomas emocionais, a Criança A obteve 3 pontos na segunda avaliação, demonstrando um aumento de 2 pontos face a primeira avaliação onde obteve 1 ponto. Já a Criança B obteve 4 pontos em ambos os momentos avaliativos.

Na categoria problemas de conduta, a Criança A obteve 1 ponto na segunda avaliação, sendo que na primeira tinha obtido 4 pontos, em contrapartida, a Criança B obteve 4 pontos na segunda fase, representando o dobro da primeira onde obteve 2 pontos.

Na questão da hiperatividade, a Criança A obteve 2 pontos na segunda fase, tendo obtido 1 ponto na primeira, e a Criança B, 3 pontos na segunda fase e 4 pontos na primeira fase.

A parte dos problemas de relacionamento com os outros, foi a categoria que menos contribui para o total das dificuldades das crianças, pois a Criança A obteve 1 ponto na segunda fase e 0 pontos na primeira fase, acontecendo o inverso com a Criança B.

Na categoria comportamento pró-social, a criança a obteve cotação máxima nos dois momentos avaliativos (10 pontos), e a Criança B obteve 8 pontos na segunda avaliação, aumentando 1 ponto face a primeira (7 pontos).

Ao nível da cotação total, que resulta do somatório de todas as categorias à exceção do comportamento pró-social, a Criança A mostrou um aumento de 1 ponto na segunda avaliação, subindo de 6 para 7 pontos, já a Criança B manteve o total das dificuldades (11 pontos).

**Tabela 2.** Estatísticas Descritivas das dificuldades (SDQ-Por).

	Criança A		Criança B	
	2018	2023	2018	2023
<b>Sintomas Emocionais</b>	1	3	4	4
<b>Problemas de Conduta</b>	4	1	2	4
<b>Hiperatividade</b>	1	2	4	3
<b>Problemas de Relacionamento com os Outros</b>	0	1	1	0
<b>Comportamento Pró-Social</b>	10	10	7	8
<b>Cotação total</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

## Caracterização dos Pais

No que diz respeito a sinais e sintomas de PHDA nos pais das crianças, onde foi usada a escala de Avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em Adultos (AARS), a mãe da Criança A teve uma pontuação de 4 pontos na primeira fase, diminuindo 1 ponto em relação a 2018 onde obteve 5 pontos, já a mãe da Criança B obteve 8 pontos na segunda fase, diminuindo 2 pontos face a primeira onde obteve 10. De realçar que na mãe da Criança A os sinais de desatenção foram os que mais contribuíram na segunda fase, e hiperatividade na primeira fase, diferentemente da mãe da Criança B onde foram os sinais de hiperatividade em ambas as fases.

**Tabela 3.** Sinais e Sintomas de PHDA em Adultos, segundo AARS.

	2018			2023		
	AARS Hip	AARS Des	AARS Total	AARS Hip	AARS Des	AARS Total
<b>Criança A</b>	5	0	5	1	3	4
<b>Criança B</b>	5	5	10	7	1	8

Já em relação aos resultados do Questionário de estilos e dimensões parentais (Versão Reduzida), que dá uma ideia da tipologia parental, os resultados de ambas e em ambos os momentos avaliativos, mostraram que o estilo parental democrático foi o, de longe, com maiores médias, e por isso identificado como estilo parental preponderante.

**Tabela 4.** Médias dos Estilos Parentais.

	2018			2023		
	Autoritário	Democrático	Permissivo	Autoritário	Democrático	Permissivo
<b>Criança A</b>	1,92	4,07	2,5	1,75	3,93	2,5
<b>Criança B</b>	2,17	4,73	2,5	1,57	4,80	2,5

## Relação entre Problemas no Sono e Hiperatividade

Foi verificado que a criança que em 2018 apresentou maiores níveis de distúrbios do sono, foi aquela que em 2023 apresentava também maiores níveis de hiperatividade e de problemas comportamentais de forma geral, como pode ser confirmado através da tabela 5.

**Tabela 5.** Relação distúrbio do Sono com Hiperatividade e problemas Comportamentais.

	<b>Distúrbio do Sono (2018)</b>	<b>Hiperatividade (2023)</b>	<b>Dificuldades (2023)</b>
<b>Criança A</b>	41	2	7
<b>Criança B</b>	60	3	11

## Relação entre Hiperatividade e Outras Variáveis

Como é possível ver na tabela abaixo, a criança que demonstrou maiores níveis de hiperatividade e de problemas comportamentais de forma geral (Criança B), foi aquela cujos pais apresentaram mais sinais e sintomas de PHDA segundo a escala AARS, e também uma média nos estilos parentais autoritário e democrático mais altos.

Não houve relações entre hiperatividade e diferentes problemas comportamentais com o consumo materno de bebidas alcoólicas durante a gravidez, hábitos tabágicos maternos pré-natais ou a exposição a ecrãs, em média, por dia, entre as duas crianças.

**Tabela 6.** Relação Hiperatividade e outras variáveis em estudo.

	<b>Criança A</b>	<b>Criança B</b>
<b>Consumo materno de bebidas alcoólicas durante a gravidez</b>	0	0
<b>Hábitos tabágicos maternos pré-natais</b>	0	0
<b>Exposição a ecrãs, em média, por dia</b>	1	1
<b>AARS Total (2018)</b>	5	10
<b>Estilo Parental Dem. (2018)</b>	4,07	4,73
<b>Estilo Parental Aut. (2018)</b>	1,92	2,17
<b>Estilo Parental Perm. (2018)</b>	2,5	2,5
<b>Hiperatividade (2023)</b>	2	3
<b>Dificuldades Totais (2023)</b>	7	11

## DISCUSSÃO

Com base nos resultados observados, tendo em conta as respostas dos questionários aplicados, podemos inferir sobre a existência de uma possível relação entre distúrbios do sono, numa idade mais jovem, com maiores níveis de hiperatividade em idades mais avançadas. Pois tendo em conta as duas crianças que participaram do estudo, e puderam ser avaliadas em dois momentos distintos, viu-se que a que apresentava mais problemas nos diversos aspetos do sono em 2018, foi a que veio a ter não só maiores níveis de hiperatividade, como de total de dificuldades avaliadas, onde se incluíam sinais emocionais e problemas de conduta. Embora na literatura disponível seja aceite que os problemas de sono sejam comuns entre crianças pequenas com TDAH, atribuem os achados sintomatológicos, como a desatenção, disfunção executiva e hiperatividade, a algo intrínseco a PHDA e não a distúrbios do sono. (20)

Isto torna-se um achado de interesse pois o fato do sono ser uma área de fácil deteção de problemas, é passível de ser modificado, aplicando medidas de higiene do sono que podem ser tanto de rotina até farmacológicas, e se, de facto mais problemas de sono em crianças se associarem a PHDA e a mais dificuldades comportamentais e comorbilidades associadas, agir sobre o sono em idades mais precoces, seria uma medida que traria ganhos tanto para as crianças dando-lhes melhores condições de vida (o que teria um impacto direto no seu agregado familiar e sociedade de geral), como também para a prática clínica, abrindo portas para novos campos de ação.

Porém, devemos ter atenção a aspetos inerentes ao estudo que podem limitar a associação observada que são o facto do sono ter sido avaliado através de questionários que dependiam muito da atenção dos pais aos filhos, pois vários itens do questionário sobre o sono eram sobre aspetos que poderiam passar despercebidos em pais mais desatentos, tais como «Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir», também o fato de algumas questões terem maior grau de subjetividade, por exemplo «Dorme o que é necessário», e pelo facto de ser um questionário um pouco longo, que colocaria em causa a congruência com a realidade, nas últimas respostas.

Esses poderiam explicar alguns resultados encontrados, mas não tanto esperados, que foram o facto da criança com mais problemas sono praticamente ter estabilizado nos dois momentos avaliativos, e também o fato dos aspetos do sono afetados serem distintos nos diferentes momentos avaliativos. De destacar também o considerável aumento dos distúrbios do sono da outra criança, que de forma diferente, piorou em todos as dimensões do sono avaliadas, mas que não teve o mesmo impacto tanto na hiperatividade como nas dificuldades em geral.

Na tentativa de relacionar consumo materno de bebidas alcoólicas durante a gravidez e hábitos tabágicos maternos pré-natais com o aparecimento de mais sintomas de hiperatividade nas crianças em estudo, os resultados encontrados não nos permitem concluir relação uma vez que nenhuma criança foi exposta a nenhum desses fatores. Mas seria de esperar que, caso uma fosse exposta a nicotina no período pré-natal, a mesma viesse a desenvolver mais sinais e sintomas de hiperatividade uma vez que o contacto pré-natal com essa toxina, principalmente no segundo trimestre de gestação, afeta as vias de neurotransmissores, em especial o sistema dopaminérgico fetal, tornando-os mais sensíveis à nicotina e propensos a desenvolver sintomas de PHDA, efeitos esses que podem aparecer até a adolescência. (21) Da mesma forma seria espectável que, caso uma das mães relatasse consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez, essa criança apresentasse além de mais sinais e sintomas de PHDA, outros problemas, que poderiam ir desde outros distúrbios do neurodesenvolvimento a malformações mais graves, pois sabe-se que a exposição ao álcool é lesiva em todos os estádios do desenvolvimento embrionário, atuando através de diferentes mecanismos, tais como interações célula-célula interrompidas, expressão gênica alterada, estresse oxidativo e interrupções na sinalização do fator de crescimento. (22)

Já no que diz respeito aos pais apresentarem sinais de PHDA e os níveis de hiperatividade nos filhos, os resultados observados permitem relatar a possível existência de uma correlação entre essas duas condições. Uma vez que a criança em que a mãe demonstrou os maiores índices de hiperatividade segundo o AARS nos dois momentos avaliativos, coincidiu ter os maiores níveis de hiperatividade e problemas comportamentais. O que corrobora um estudo de 2022, que concluiu que os pais de crianças com PHDA tiveram um histórico de altos índices de hiperatividade desde a infância, comparativamente a pais de crianças sem esta patologia. (23) Mas seria prematuro dizer que um seria fator causal do outro, pois os resultados também mostraram melhoria nos sintomas das mães de ambas as crianças no final da segunda avaliação e pelo facto do tamanho da amostra ser muito reduzido, tendo apenas duas crianças, só participação de mães, excluindo totalmente o conhecimento sobre os comportamentos dos pais, e o próprio facto de no estudo terem sido usados questionários de autoavaliação, avaliação essa que fica sujeita vários vieses. Fica a dúvida se são os pais com sinais de PHDA que são mais suscetíveis a ter filhos com esta patologia, ou seriam os filhos com esses sintomas que causam sinais nos pais. Para eliminar essas dúvidas seria mais lógico avaliar os pais antes de terem os filhos, para ter certeza se já apresentavam esses sintomas.

E por fim sobre os estilos parentais, viu-se que que a criança que apresentava maiores níveis de hiperatividade e problemas comportamentais, tinha pais com estilo parental democrático mais forte (médias mais altas), mas essa mesma mãe também apresentava os níveis de um

estilo autoritário mais forte do que a outra mãe, o que parece ser contraditório. Isto sem contar com o viés de desejabilidade social, em que que existirá uma tendência de atualmente os pais acharem que são democráticos, pois hoje em dia é o que é aceite como correto na sociedade, tanto que, um estudo demonstrou que pais relataram estilos parentais diferentes dos observados, e essa diferença entre o relatado e observado era maior em pais com maiores níveis de hiperatividade/impulsividade. (24) E se aprofundarmos ainda mais esse tópico, até que ponto seria lógico categorizar o estilo parental num momento apenas, uma vez a criação de um filho transita por diversas dimensões sendo que a postura dos pais pode variar, sendo mais democráticos nuns aspetos e mais autoritários noutros, sendo possível a existência das duas posições sem que uma exclua a outra.

Como principais limitações do estudo identifico o tamanho da amostra muito reduzido, o desenho do estudo que permitiu apenas duas avaliações com um tempo considerável de distanciamento, que embora permitisse identificar alterações não permitiu ver o comportamento das mesmas ao longo do tempo. A homogeneidade desta amostra que não dá a representatividade necessária numa amostra, o fato de toda a avaliação ter sido feita por questionários, sujeitos a viés de memória e desejabilidade social, o próprio viés de voluntarismo que só por si selecionaria pais com um caráter mais ativo e de interesse na patologia dos filhos, e também a escassa literatura sobre as temáticas abordadas para comparação.

Os pontos positivos do estudo estão na pertinência e importância do assunto abordado e inovação da abordagem, pois sendo a PHDA um dos distúrbios mais frequentes, e tendo em conta os resultados deste estudo, parece haver potencial para ganhos, uma vez que tanto o sono como os outros fatores estudados, sendo passíveis de serem modificados, quando estudo futuros explicarem melhores essas relações isso terá um impacto não só ao nível do tratamento desta doença como na sua prevenção.



## CONCLUSÃO

Concluimos que crianças que inicialmente demonstraram mais problemas no sono vieram a desenvolver mais sinais de hiperatividade e de problemas comportamentais, e dificuldades de forma geral. A criança com mais hiperatividade e problemas comportamentais tinha a mãe com maiores índices de hiperatividade segundo a escala AARS e estilo parental democrático e autoritário mais fortes.

Para estudos futuros dada a pertinência do assunto e os achados encontrados, sugerimos a criação de uma base de dados que permita salvaguardar os dados do estudo, e de fácil acesso aos investigadores e futuros investigadores que queiram retomar este estudo, uma vez que não existe na literatura disponível um estudo semelhante, e a perda de informação, nomeadamente dos códigos das crianças levou a uma redução muito expressiva do tamanho da amostra, que conseqüentemente limitou o poder estatístico do estudo.

De qualquer forma, este estudo exploratório abre portas a fazer estudos longitudinais mais alargados e com mais pontos de avaliação, para se esclarecer os fatores modificáveis que podem estar relacionados com o aparecimento da PHDA.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar à Deus porque sem Ele não somos nada e por sempre responder as minhas súplicas em orações, que me deram a força necessária para continuar.

Também a minha orientadora, Professora Doutora Inês Rosendo, por todo o empenho, disponibilidade, prontidão, acessibilidade e encorajamento demonstrados ao longo de todo o percurso de execução do trabalho, e por fazer jus a palavra orientadora.

A minha coorientadora, Doutora Sara Fernandes, por ter permitido que eu desse continuidade ao estudo por ela iniciado.

As médicas de família que colaboraram comigo neste trabalho.

Também aos meus pais e irmãos por sempre acreditarem em mim, as vezes até mais do que de eu mesmo, por nunca me deixarem desistir e por todo apoio moral, emocional e financeiro.

Aos amigos Jordy, Ruth, Scarlett e Xénia, que são pessoas que espero levar para vida.

E for fim a mim mesmo pois não desisti, mesmo perante todas as adversidades, dificuldades, carências, injustiças, desigualdades e momentos de dúvidas se este era o caminho a seguir e se eu conseguiria chegar no fim.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020 Oct 19;51(05):315–35.
2. Faraone S V., Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. 2019 Apr 11;24(4):562–75.
3. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*. 2016 Mar;387(10024):1240–50.
4. Posner J, Polanczyk G V, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*. 2020 Feb;395(10222):450–62.
5. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Jan 16;19(1):1.
6. Hvolby A. Associations of sleep disturbance with ADHD: implications for treatment. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2015 Mar 17;7(1):1–18.
7. Becker SP. ADHD and sleep: recent advances and future directions. *Curr Opin Psychol*. 2020 Aug;34:50–6.
8. He Y, Chen J, Zhu LH, Hua LL, Ke FF. Maternal Smoking During Pregnancy and ADHD: Results From a Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *J Atten Disord*. 2020 Oct 8;24(12):1637–47.
9. Haan E, Westmoreland KE, Schellhas L, Sallis HM, Taylor G, Zuccolo L, et al. Prenatal smoking, alcohol and caffeine exposure and offspring externalizing disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2022 Oct 6;117(10):2602–13.
10. Luderer M, Ramos Quiroga JA, Faraone S V., Zhang-James Y, Reif A. Alcohol use disorders and ADHD. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Sep;128:648–60.
11. San Martin Porter M, Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Low–moderate prenatal alcohol exposure and offspring attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Aug 3;300(2):269–77.
12. du Prel Carroll X, Yi H, Liang Y, Pang K, Leeper-Woodford S, Riccardi P, et al. Family-Environmental Factors Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Chinese Children: A Case-Control Study. *PLoS One*. 2012 Nov 28;7(11):e50543.

13. Beyens I, Valkenburg PM, Piotrowski JT. Screen media use and ADHD-related behaviors: Four decades of research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2018 Oct 2;115(40):9875–81.
14. Silva FG, Silva CR, Braga LB, Neto AS. Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire - validation and cross-cultural comparison. *J Pediatr (Rio J)*. 2014 Jan;90(1):78–84.
15. Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades, Versão para pais. [Web page] Londres:youthinmind; 2005 [atualizado em 2020 Jan 26; citado a 2023 Mar 15]. Disponível na internet:  
[https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz\(Portugal\)](https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz(Portugal))
16. Azevedo AF. Programa de Intervenção Parental “Anos Incríveis”: Eficácia numa amostra de crianças portuguesas de idade pré-escolar com comportamentos de PH/DA. PhD [dissertação].Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2013.
17. Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (3rd ed.). The Guilford Press.
18. Sjölander L, Vadlin S, Olofsdotter S, Sonnbly K. Validation of the parent version of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale for adolescents. *Nord J Psychiatry*. 2016 May 18;70(4):255–61.
19. Miguel I, Valentim JP, Carugati F. Questionário de Estilos e Dimensões Parentais – Versão Reduzida: Adaptação portuguesa do Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Form. *Psychologica*. 2009 Jun 1;(51):169–88.
20. Schneider HE, Lam JC, Mahone EM. Sleep disturbance and neuropsychological function in young children with ADHD. *Child Neuropsychology*. 2016 May 18;22(4):493–506.
21. Xavier J, Singh S, Kumari P, Ravichandiran V. Neurological repercussions of neonatal nicotine exposure: A review. *International Journal of Developmental Neuroscience*. 2022 Feb 30;82(1):3–18.
22. Rojas-Mayorquín AE, Padilla-Velarde E, Ortuño-Sahagún D. Prenatal Alcohol Exposure in Rodents As a Promising Model for the Study of ADHD Molecular Basis. *Front Neurosci*. 2016;10:565.

23. Wiel LC, Rispoli F, Peccolo G, Rosolen V, Barbi E, Skabar A. ADHD symptoms and school impairment history in parents of ADHD children are a fundamental diagnostic and therapeutic clue. *Ital J Pediatr.* 2022 Dec 28;48(1):50.
24. Lui JHL, Johnston C, Lee CM, Lee-Flynn SC. Parental ADHD symptoms and self-reports of positive parenting. *J Consult Clin Psychol.* 2013 Dec;81(6):988–98.

## **Anexo 1 – Consentimento informado**

### **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação**

**Título do estudo:** Família, gravidez e hábitos individuais na Síndrome de Hiperatividade e Défice de Atenção.

**Enquadramento:** Estudo de coorte, multicêntrico em UCPs/USFs do Centro de Portugal. Feito no âmbito de tese de mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Sara Filipa Gonçalves Fernandes, orientada pela Prof. Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano e Dra. Sara Rita Rodrigues Pedroso.

**Explicação do estudo:** Estudo efetuado através de questionários validados dirigidos aos pais de crianças entre os 3 e 4 anos que venham a consulta em Centros de Saúde da Região Centro no período de recolha de dados definido até atingir um número adequado de amostra. Estes questionários pretendem analisar os hábitos de sono dessas crianças, os níveis de funcionalidade familiar e indicadores para o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Serão recolhidos dados sobre exposição pré-natal a substâncias tóxicas, tempo de exposição a ecrãs e presença de história familiar de PHDA. Será feita reavaliação aos 7-8 anos e posterior análise estatística para perceber a associação dos fatores à evolução dos sintomas e novos diagnósticos de PHDA. Os questionários, preenchidos após consentimento informado, serão codificados pelos investigadores locais e mantido um caderno com a identificação das crianças na sua posse, sendo que os dados resultantes dos questionários enviados aos investigadores principais serão sempre enviados em anonimato.

**Condições e financiamento:** o próprio investigador financiará o estudo e não há pagamento a investigadores ou participantes, sem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais ou outros caso não queira participar ou abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS Centro.

**Confidencialidade e anonimato:** É garantido uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Cada investigador terá uma base de identificação dos pais participantes neste estudo, identificação esta codificada nos dados em excel que vão ser enviados ao investigador principal. Foi concedida autorização pela Comissão Nacional de Protecção de Dados, artºs 27º e 28º da Lei 67/98, de Outubro. Os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Identificação do investigador: Sara Filipa Gonçalves Fernandes. Estudante da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Contacto telefónico: 963141734 Endereço eletrónico: sarafilipa.02@gmail.com

Investigador Colaborador:

---

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas/s que acima assina/m. foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma

voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

Este consentimento é somente dirigido ao representante legal da criança em estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou 2 testemunhas imparciais:

Nome: \_\_\_\_\_ assinatura: \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ assinatura: \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_

Este documento, composto de 1 página, é feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente.



**Autorização n.º 13945/ 2017**

Sara Filipa Gonçalves Fernandes notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Família, gravidez e hábitos individuais no Síndrome de Hiperatividade e Défice de Atenção .

A investigação é multicêntrica, decorrendo, em Portugal, nos centros de investigação identificados na notificação.

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada





pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

**Responsável** – Sara Filipa Gonçalves Fernandes

**Finalidade** – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Família, gravidez e hábitos individuais no Síndrome de Hiperatividade e Défice de Atenção

**Categoria de dados pessoais tratados** – Código do participante; idade/data de nascimento; género; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados da história clínica; dados de cuidadores/acompanhantes (apenas os relacionados com as necessidades do participante); dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

**Exercício do direito de acesso** – Através dos investigadores, por escrito

**Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário** – Não existem

**Prazo máximo de conservação dos dados** – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.



Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 15-12-2017

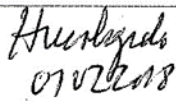
A Presidente




Filipa Calvão

### Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> FAVORÁVEL	<b>DESPACHO:</b>   Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
------------------------------------	--

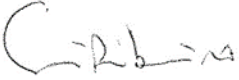
<b>ASSUNTO:</b>	Título: "Família, gravidez e hábitos individuais no Síndrome de Hiperatividade e Défice de Atenção" (proc. nº 104/2017) - <b>RESSUBMISSÃO</b> Autores principais: Sara Filipa Gonçalves Fernandes e Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano
	 Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cóbria Presidente,  Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cóbria Vogal,  Dr. Mário Ruivo Vogal,

parecer anterior foi desfavorável porque:

- O consentimento informado tinha pouca informação e não estava correto no que respeita à identificação do participante no estudo, respetiva assinatura. Também o investigador não fornecia os dados que são obrigatórios. *Foi corrigido.*
- Há parecer positivo da CNPD.

Em conclusão, não temos constrangimentos éticos na realização deste estudo.

O Relator e Presidente da Comissão de Ética



Prof. Doutor Carlos A. Fontes Ribeiro

## Anexo 4 – Questionário PHDA

Questionário PHDA

Código: \_\_\_\_\_

**Título do estudo:** Família, gravidez e hábitos individuais no Síndrome de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Data de preenchimento do questionário: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de nascimento da criança: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Questionário preenchido pela/o (ex. mãe, pai, avó/avô, outro): \_\_\_\_\_

As perguntas destes questionários devem ser respondidas relativamente ao seu filho(a) de 7-8 anos.

Assinale com um x na opção mais indicada:

Durante a gravidez, a mãe relativamente a bebidas alcoólicas ingeriu, em média, por semana:

0 copos \_\_\_\_\_ 1 copo \_\_\_\_\_ 2 a 10 copos \_\_\_\_\_ Mais de 10 copos \_\_\_\_\_

Durante a gravidez, a mãe fumou em média, por dia:

0 cigarros \_\_\_\_\_ Até 4 cigarros \_\_\_\_\_ Menos de 1 maço \_\_\_\_\_ 1 a 2 maços \_\_\_\_\_ Mais de 2 maços \_\_\_\_\_

A criança está exposta a ecrãs (televisor, consolas, computador), em média, por dia:

<1 hora \_\_\_\_\_  $\geq 1$  e < 3 horas \_\_\_\_\_  $\geq 3$  horas \_\_\_\_\_

Questionários:

- 1) Questionário dos hábitos de sono das crianças
- 2) SDQ
- 3) AARS
- 4) Questionário de Estilos e Dimensões Parentais.

## Anexo 5 – Questionário Sono

### Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

Adaptado do *Children's Sleep Habits Questionnaire*, Prof. Owens, 2000<sup>†</sup>

Este questionário pode ser preenchido por um dos pais ou por outra pessoa que cuide da criança e conheça bem os seus hábitos de sono. O seu preenchimento demora apenas alguns minutos.

Acha que o seu filho/filha tem algum problema com o sono ou com o adormecer? Sim  Não

As afirmações seguintes dizem respeito aos hábitos de sono da criança e possíveis problemas com o sono. Para responder às questões, pense no que aconteceu na semana passada. Se o sono foi diferente do habitual nessa semana por alguma razão (por ter uma otite ou porque a televisão avariou, por exemplo), pense noutra semana recente que considere mais normal. Nas perguntas de escolha múltipla, coloque uma cruz na coluna mais apropriada:

- **HABITUALMENTE**: se o comportamento descrito ocorre **5 ou mais vezes durante a semana**
- **ÀS VEZES**: se o comportamento ocorre **2 a 4 vezes durante a semana**
- **RARAMENTE**: se o comportamento ocorre apenas **1 vez durante a semana ou nunca acontece**

HORA DE DEITAR			
Durante a semana: _____ horas e _____ minutos			
No fim de semana: _____ horas e _____ minutos			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	As vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Deita-se sempre à mesma hora (R)(1)			
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer (R)(2)			
Adormece sozinha na sua própria cama (R)(3)			
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos (4)			
Adormece embalada ou com movimentos rítmicos			
Precisa de um objeto especial para adormecer (fralda, boneco, etc., não inclui chupeta)			
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer (5)			
Resiste a ir para a cama na hora de deitar			
"Luta" na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc.) (6)			

<b>HORA DE DEITAR (CONT.)</b>			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Tem medo de dormir no escuro <sup>(7)</sup>			
Tem medo de dormir sozinha <sup>(8)</sup>			
Adormece a ver televisão			

<b>COMPORTAMENTO DURANTE O SONO</b>			
<b>Tempo total de sono diário:</b> _____ horas e _____ minutos (considerando o sono da noite e as sestas)			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Dorme pouco <sup>(9)</sup>			
Dorme muito			
Dorme o que é necessário <sup>(R)(10)</sup>			
Dorme o mesmo número de horas todos os dias <sup>(R)(11)</sup>			
Fala a dormir <sup>(13)</sup>			
Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir <sup>(14)</sup>			
Anda a dormir, à noite (sonambulismo) <sup>(15)</sup>			
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc., a meio da noite <sup>(16)</sup>			
Queixa-se de dores no corpo durante a noite. Se sim, onde? _____			
Range os dentes durante o sono <sup>(17)</sup>			
Ressona alto <sup>(18)</sup>			
Parece parar de respirar durante o sono <sup>(19)</sup>			
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono <sup>(20)</sup>			
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.) <sup>(21)</sup>			
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável <sup>(22)</sup>			
Acorda assustada com pesadelos <sup>(23)</sup>			
Molha a cama à noite (crianças com 4 ou mais anos) <sup>(12)</sup>			

<b>ACORDAR DURANTE A NOITE</b>			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Acorda uma vez durante a noite <sup>(24)</sup>			
Acorda mais de uma vez durante a noite <sup>(25)</sup>			
Quando acorda de noite, volta a adormecer sem ajuda			

Quando acorda durante a noite, quanto tempo fica acordada? \_\_\_\_\_ minutos

<b>ACORDAR DE MANHÃ</b>			
Hora de acordar nos dias de semana: _____ horas e _____ minutos			
Hora de acordar no fim de semana: _____ horas e _____ minutos			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>As vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
De manhã, acorda por si própria <sup>(R)(26)</sup>			
Acorda com despertador			
Acorda mal-humorada <sup>(27)</sup>			
De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos <sup>(28)</sup>			
Tem dificuldade em sair da cama de manhã <sup>(29)</sup>			
Demora a ficar bem acordada <sup>(30)</sup>			
Acorda com apetite			

<b>SONOLÊNCIA DURANTE O DIA</b>			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>As vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Dorme a sesta durante o dia			
Adormece de repente no meio de uma atividade			
Parece cansada <sup>(31)</sup>			

<b>Na semana passada, a criança pareceu sonolenta em alguma destas situações?</b>	<b>Não ficou sonolenta</b>	<b>Ficou muito sonolenta</b>	<b>Adormeceu</b>
A brincar sozinha			
A ver televisão <sup>(32)</sup>			
A andar de carro <sup>(33)</sup>			
Nas refeições			

## Anexo 6 – Questionário de Capacidades e de dificuldades (SDQ-Port)

### Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Port)

p 2-4

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refila frequentemente com os adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de parar e pensar antes de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pode ser mau/má para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.



## Anexo 7 - Escala de Avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em Adultos

Código: \_\_\_\_\_

Após deixar a primeira parte preenchida na Unidade de Saúde, se quiser, pode preencher a partir daqui o questionário em casa e depois faça-o chegar seu médico.

Se preferir, continue e deixe já os questionários preenchidos com o seu médico.

### AARS - Versão Exclusiva para Investigação

Barkley & Murphy (1998); Tradução portuguesa de A. Azevedo, sob orientação das Prof. Doutoras M. J. Seabra-Santos e M. F. Gaspar (2008)

#### POR FAVOR, COMPLETE AS SEGUINTE QUESTÕES SOBRE SI PRÓPRIO

Coloque um círculo à volta da resposta que melhor descreve o seu comportamento nos últimos seis meses

	Raramente	As Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
	0	1	2	3
1)	Não consigo prestar atenção a detalhes ou cometo erros por descuido no trabalho			0 1 2 3
2)	Não consigo estar quieto/a com as mãos, pés ou sossegado/a no meu lugar			0 1 2 3
3)	Tenho dificuldade em manter a minha atenção em tarefas ou actividades divertidas			0 1 2 3
4)	Levanto-me do lugar em situações em que é importante estar sentado/a			0 1 2 3
5)	Não ouço quando falam comigo directamente			0 1 2 3
6)	Sinto-me agitado/a			0 1 2 3
7)	Não sigo instruções e não termino as tarefas			0 1 2 3
8)	Tenho dificuldade em envolver-me em actividades de lazer			0 1 2 3
9)	Tenho dificuldade em organizar tarefas e actividades			0 1 2 3
10)	Sinto que estou sempre "no ir" ou como se estivesse ligado/a à corrente			0 1 2 3
11)	Evito ou não gosto de me envolver em tarefas que requeiram actividade mental prolongada			0 1 2 3
12)	Falo demais			0 1 2 3
13)	Perco coisas necessárias para as minhas tarefas ou actividades			0 1 2 3
14)	Disparo com as respostas antes das perguntas terem sido terminadas			0 1 2 3
15)	Distraio-me facilmente			0 1 2 3
16)	Tenho dificuldade em esperar pela minha vez			0 1 2 3
17)	Sou esquecido/a nas tarefas diárias			0 1 2 3
18)	Intrometo-me ou interrompo os outros			0 1 2 3

## Anexo 8 – Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP), Versão Reduzida

### Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP) - Versão Reduzida

(Robinson, Mandleco, Olsen & Hart, 2001; Versão Portuguesa de Miguel, Valentim & Carugati, 2010)

Este questionário avalia com que frequência actua de determinado modo com o(a) seu/sua filho(a).

Por favor, leia cada frase do questionário e responda com que frequência actua desse modo com o(a) seu/sua filho(a).

Actuo desta maneira: 1 – Nunca 2 – Poucas vezes 3 – Algumas vezes 4 – Bastantes vezes 5 – Sempre.

1. Dou resposta aos sentimentos e necessidades do(a) meu/minha filho(a).	
2. Castigo fisicamente o(a) meu/minha filho(a) como forma de o(a) disciplinar.	
3. Tomo em que conta o que o(a) meu/minha filho(a) quer ou deseja antes de lhe pedir para fazer algo.	
4. Quando o(a) meu/minha filho(a) pergunta por que razão tem que obedecer, respondo "Porque eu digo" ou "Porque sou teu/tua mãe e quero que o(a) faças".	
5. Explico ao(a) meu filho(a) como me sinto quando se porta bem e quando se porta mal.	
6. Dou uma palmada ao(a) meu/minha filho(a) quando ele(a) é desobediente.	
7. Incentivo o(a) meu/minha filho(a) a falar do seu problema.	
8. Acho difícil disciplinar o(a) meu/minha filho(a).	
9. Incentivo o(a) meu/minha filho(a) a expressar-se livremente, mesmo quando não está de acordo comigo.	
10. Castigo o(a) meu/minha filho(a) retirando-lhe privilégios com poucas ou nenhuma explicações.	
11. Saliento as razões das regras que estabeleço.	
12. Quando o(a) meu/minha filho(a) está chateado(a), dou-lhe apoio e consolo.	
13. Grito ou falo alto quando o(a) meu/minha filho(a) se porta mal.	
14. Elogio o(a) meu/minha filho(a) quando se comporta ou faz algo bem.	
15. Cedo o(a) meu/minha filho(a) quando faz uma birra por qualquer coisa.	
16. Enfureço-me com o(a) meu/minha filho(a).	
17. São mais as vezes em que ameaço castigar o(a) meu/minha filho(a) do que aquelas em que realmente o castigo.	
18. Tomo em conta as preferências do(a) meu/minha filho(a) quando faço planos familiares.	
19. Agarro o(a) meu/minha filho(a) quando ele(a) é desobediente.	
20. Dito castigos ao(a) meu/minha filho(a) mas realmente não os aplico.	
21. Demonstro respeito pelas opiniões do(a) meu/minha filho(a) incentivando(a) a que as expresse.	
22. Permito que o(a) meu/minha filho(a) dê a sua opinião relativamente às regras familiares.	
23. Ralho e critico para fazer o(a) meu/minha filho(a) melhorar.	
24. Estrago(a) meu/minha filho(a) com mimos.	
25. Explico(a) meu/minha filho(a) porque razão as regras devem ser obedecidas.	
26. Uso ameaças como forma de castigo com poucas ou nenhuma justificações.	
27. Tenho momentos especiais e calorosos com (a) meu/minha filho(a).	
28. Castigo o(a) meu/minha filho(a) colocando-o(a) algures sozinho(a) com poucas ou nenhuma explicações.	
29. Ajudo o(a) meu/minha filho(a) a perceber o resultado do seu comportamento incentivando-o(a) a falar acerca das consequências das suas ações.	
30. Ralho e critico quando o comportamento do(a) meu/minha filho(a) não corresponde às minhas expectativas.	
31. Explico ao(a) meu/minha filho(a) as consequências do seu comportamento.	
32. Dou uma palmada no(a) meu/minha filho(a) quando se porta mal.	