



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA- TRABALHO FINAL

MARIANA DA COSTA SEBASTIÃO

Influências parentais e hábitos de sono na PHDA

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA
CAETANO

Abril de 2019

Influências parentais e hábitos de sono na PHDA

Parental influences and sleeping habits in ADHD

Artigo Científico Original

Mariana da Costa Sebastião ¹; Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano^{1:2}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² USF Coimbra Centro, Coimbra, Portugal

Contactos: marianasebastiao95@gmail.com; inesrcs@gmail.com

Trabalho final do 6º ano com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina

Área Científica: Medicina Geral e Familiar

Índice

Índice	1
Resumo.....	2
Abstract	3
Abreviaturas	4
Introdução	5
Material e métodos.....	7
Resultados	11
Discussão	15
Conclusão	17
Agradecimentos	19
Referências.....	20
Anexo I- Consentimento informado.....	25
Anexo II- Questionário PHDA	26

Resumo

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) é das patologias psiquiátricas mais frequentes na criança, tendo um impacto negativo no seu desenvolvimento e muitas vezes prolongando-se até à idade adulta. Dada a elevada prevalência da patologia e o seu impacto negativo no desenvolvimento impõe-se uma melhor caracterização da sua etiologia. O álcool e o tabaco na gravidez, a heritabilidade, o tempo de exposição a ecrãs e a patologia do sono são apontados como potenciais fatores causais ou fatores de risco mas ainda sem estudos suficientemente esclarecedores sobre a sua relação.

Este é um estudo transversal com avaliação de todas estas variáveis de maneira a perceber a sua relação com os problemas de comportamento na criança e fazer uma ponte entre os estudos internacionais e a população portuguesa. Foram distribuídos questionários validados aos acompanhantes de crianças com 3 ou 4 anos, nas unidades de cuidados primários da zona centro: USF São João de Ovar, Pulsar, Coimbra Centro, Coimbra Sul, Araceti, Santiago, Topázio, Condeixa e Penela e nas UCSP de Celas, Flor de Liz e Vouzela.

Nas 76 crianças estudadas foi verificado um elevado tempo de exposição a ecrãs (64,5% passam mais que 1 hora por dia) e uma elevada prevalência de problemas do sono (52,6%). Adicionalmente, foram encontradas correlações positivas fracas entre as dificuldades das crianças e os seus problemas de sono (coeficiente de correlação de Spearman 0,441, $p < 0,01$) e também entre as dificuldades e os sintomas de hiperatividade e/ou desatenção nos pais (coeficiente de correlação de Spearman 0,380, $p < 0,01$).

Estes resultados demonstram o impacto negativo dos sintomas de hiperatividade e/ou desatenção nos pais e dos problemas de sono nas crianças nas suas dificuldades. No entanto, o facto de a amostra ser limitada e de este ser um estudo transversal limitam a capacidade de aferir causalidade, carecendo ainda de mais estudos longitudinais e robustos para estes fatores serem explorados como fatores causais da PHDA.

Palavras-chave

Perturbação de hiperatividade e défice de atenção; álcool; tabaco; tempo de ecrãs; sono; hereditariedade; educação

Abstract

Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders in children, with a negative impact on their development that often carries on to adulthood. Given its high prevalence and negative impact on the child's development, a better characterization of the etiology is required. Alcohol intake and smoking tobacco during pregnancy, heritability, screen time exposure and sleeping problems are pointed out as potential risk or causal factors, although studies are not yet available to firmly state this relation with ADHD.

The aim of this paper is to perform a transversal study with all these variables in order to outline both the impact that these factors have on each other and also their connection to behavioural problems in children.

In order to obtain answers regarding children between 3 and 4 years of age, questionnaires with a validated Portuguese version were distributed to whomever accompanies the child to their primary care appointments. They were distributed in 12 primary care units in the centre of Portugal: USF of São João de Ovar, Pulsar, Coimbra Centro, Coimbra Sul, Araceti, Santiago, Topázio, Condeixa and Penela and in UCSP of Celas, Flor de Liz and at Vouzela.

In this study 76 children were analysed and it was clear that children show increased screen time (64,5% spend over 1 hour per day) and high prevalence of sleeping problems (52,6%). Moreover, the relation between the variables were also analysed through nonparametric tests and results indicate a weak positive correlation between child's overall impairments and sleeping problems (Spearman's correlation coefficient 0,441; $p < 0,01$) and between child's impairments and parents hyperactivity and/or inattention symptoms (Spearman's correlation coefficient 0,380; $p < 0,01$).

The results that were reached show the negative impact of hyperactivity symptoms and/or inattention in parents as well as sleeping problems in the child on its own difficulties. However, due to the small sample and the fact that this was a transversal study limits his ability to state these variables as causal factors of ADHD. There is a lack of more longitudinal and comprehensive studies to explore the possibility that these are, in fact, causal factors of ADHD.

Key-words

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Alcohol Drinking; Smoking; Screen Time; Sleep; Heredity; Education

Abreviaturas

PHDA- Perturbação de hiperatividade e défice de atenção

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ICM- *International Classification of Diseases*

CSHQ-PT- Versão portuguesa do questionário de hábitos de sono nas crianças

SDQ- Questionário de capacidades e dificuldades

AARS- Escala de avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção em adultos

USF- Unidade de saúde familiar

UCSP- Unidade de cuidados de saúde primários

SE- Sintomas emocionais

PC- Problemas de comportamento

Hip- Hiperatividade

PRC- Problemas na relação com os colegas

CPS- Comportamento pró-social

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade e déficit de atenção (PHDA) segundo a classificação internacional *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) ou perturbação hipercinética, segundo a *International Classification of Diseases* (ICD-10) é uma patologia complexa, multifatorial e com grande impacto no indivíduo e na sociedade.¹ É a patologia psiquiátrica mais comum na criança e a sua prevalência global ronda os 5%.^{2,3}

A PHDA é caracterizada por impulsividade, déficit de atenção e hiperatividade desajustadas à idade e nível de desenvolvimento. Para fazer o diagnóstico estão discriminados vários critérios no DSM-V e mediante estes critérios é possível dividir a apresentação em 3 subgrupos: a combinada, a predominantemente hiperativa e a predominantemente desatenta.^{4,3}

É uma patologia que se começa a manifestar nas crianças, podendo acompanhá-las até à idade adulta, e que fomenta sequelas ao nível do desenvolvimento. Estes jovens têm, em muitos casos, uma perturbação da aprendizagem como comorbilidade e além das dificuldades académicas, têm também problemas a nível legal, social e ocupacional⁵. Por estes motivos, a PHDA tem um forte impacto negativo na qualidade de vida⁶.

A etiologia da perturbação ainda não é completamente conhecida. Sabe-se atualmente que há um grande componente hereditário associado, sendo este apontado como o fator causal com maior contributo para o desenvolvimento da patologia.⁷ No entanto há outros fatores individuais que também têm uma relação que, apesar de menos preponderante, carecem de melhor caracterização.

O sono sempre teve uma relação próxima com a PHDA, já que até metade das crianças com a perturbação tem problemas de sono⁸ os quais contribuem negativamente para a sua *performance* escolar^{9,10}. Vários estudos apontam que a privação de horas de sono noturnas pode mimetizar os sintomas de PHDA¹¹, enquanto outros vão mais longe afirmando que um tempo de sono reduzido antes dos três anos induz um aumento dos scores hiperativos aos seis anos.¹² Numa ótica mais interventiva, uma boa higiene do sono pode diminuir os sintomas resultantes da patologia.¹³ Conclui-se que, apesar de parecer haver uma relação já estabelecida na literatura, esta carece ainda de algum esclarecimento.

Os distúrbios do sono nas crianças com PHDA têm uma associação também com o estilo parental, na medida que, um estilo mais intransigente está associado a um melhor sono, por oposição a um estilo mais afetivo que está associado a um pior sono.¹⁴ Além disso, os

pais de crianças com PHDA reportam níveis mais elevados de *stress* e um maior uso dos estilos permissivo e autoritário.¹⁵

O aumento do tempo diário de exposição a ecrãs é um problema relativamente recente na nossa sociedade e vários estudos têm procurado esclarecer o seu papel na patologia do sono. Há uma relativa consistência nos resultados de estudos anteriores que demonstram uma forte relação entre estas duas variáveis¹⁶ e, por conseguinte, os ecrãs podem, potencialmente, influenciar os problemas comportamentais na criança.

Existem outros fatores que poderão ter impacto individual na doença nomeadamente o tabaco durante a gravidez, que está bem estabelecido como um fator que contribui para o aparecimento posterior de PHDA, não estando no entanto ainda bem estabelecido como fator causal.¹⁷ No que diz respeito ao álcool na mulher grávida os resultados são menos consistentes havendo uma divergência das conclusões dos vários estudos.^{18,19}

Objetivo do estudo

Trata-se de um estudo transversal piloto integrado num estudo longitudinal que pretende identificar fatores de risco ou fatores influenciadores da PHDA. O objetivo do estudo é perceber a relação entre sintomas de PHDA nas crianças e hábitos tabágicos e alcoólicos na gravidez, hábitos de sono, tempo de exposição a ecrãs, estilos e dimensões parentais e traços de hiperatividade e défice de atenção nos pais.

Material e métodos

Desenho do estudo

Este estudo é um estudo transversal piloto de um estudo longitudinal realizado na zona centro de Portugal. Nesta fase foram analisados os questionários da primeira avaliação das crianças recrutadas, respondidos pelos pais ou cuidadores de crianças com 3 ou 4 anos, relativamente a vários fatores que potencialmente poderão ter algum impacto no desenvolvimento futuro de PHDA.

Numa segunda fase do estudo, os questionários irão ser aplicados à mesma população, quando se encontrarem em idade escolar (entre os 7 e os 8 anos de idade) para ver quais os que cumprem critérios de diagnóstico de PHDA e perceber o potencial influenciador das dimensões analisadas no desenvolvimento da patologia.

Seleção dos participantes

Foram aplicados questionários aos acompanhantes de crianças com 3 ou 4 anos que vieram a consultas de saúde infantil ou consulta aberta entre fevereiro de 2018 e fevereiro de 2019 em doze unidades de cuidados primários da zona centro. Os questionários foram distribuídos pelos médicos de medicina geral e familiar que aceitaram colaborar no estudo.

Recolha de dados

O questionário (anexo 1 e 2) incluía: o consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação; uma primeira parte onde são perguntados hábitos etílicos e tabágicos durante a gravidez da criança, bem como o tempo diário de exposição a ecrãs, seguida de uma segunda parte composta pelos seguintes questionários:

- Questionário dos hábitos de sono das crianças (CSHQ-PT)
- Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ)
- Escala de avaliação da Perturbação de Hiperatividade e défice de atenção em Adultos (AARS)
- Questionário de Estilos e Dimensões Parentais

Questionário dos hábitos de sono das crianças

Questionário *Children's Sleep Habits Questionnaire* adaptado e validado para a população portuguesa - para crianças dos 2 aos 10 anos.²⁰ Com validação clínica também para crianças com PHDA.

O questionário aplicado é a versão longa, composta por 51 questões- 33 delas com cotação (correspondentes à “versão curta” do questionário). As restantes perguntas, embora não entrem na cotação, são úteis na prática clínica para identificar alguns problemas pontuais- nomeadamente o número de horas de sono.

Estes itens permitem calcular a cotação total e cotações de 8 subescalas de problemas de sono (resistência em ir para a cama, início do sono, duração do sono, ansiedade associada ao sono, despertares noturnos, parassónias, perturbação respiratória do sono e sonolência diurna).

O ponto de corte mais indicado para a população portuguesa é de 48²¹, a partir do qual se considera que a criança tem um problema de sono, sendo que, são tanto maiores os problemas de sono quanto mais elevada a pontuação obtida.

Questionários de Capacidades e Dificuldades

Questionário *Strengths and Difficulties Questionnaire* versão portuguesa composto por 25 frases relativas a comportamentos da criança é uma medida psicopatológica breve e útil. Este questionário está validado e foi traduzido em mais de quarenta idiomas incluindo o português. Foi aplicada a versão para crianças dos 2 aos 4 anos, a preencher pelos pais ou cuidadores.²²

O questionário tem uma pontuação total de dificuldades e 5 subescalas (hiperatividade; problemas de Comportamento; problemas de relacionamento com os colegas; sintomas emocionais; comportamentos pró-sociais) cada uma composta por cinco itens.

Quanto maior a pontuação obtida maiores as dificuldades, com exceção da componente do “Comportamento pró-social”, que tem uma relação inversa.

Os pontos de corte das várias subescalas, a partir do qual se considera que as crianças têm dificuldades, estão listados na tabela I.

Tabela I: Pontos de corte do questionário SDQ

	Normal	Limítrofe	Anormal
Total de Dificuldades	0-12	13-18	≥19
Sintomas emocionais	0-2	3-4	≥5
Problemas de Comportamento	0-3	4-5	≥6
Hiperatividade	0-5	6-7	≥8
Problemas de relacionamento com os colegas	0-2	3-4	≥5
Comportamento pró-social	7-10	6-5	≤4

Escala de avaliação da PHDA em adultos (AARS)

O questionário foi aplicado com o intuito de avaliar a presença destes sintomas nos pais/cuidadores das crianças. É a versão portuguesa do questionário *Adult AD/HD Rating Scale* (AARS) que avalia a presença de sintomas de PHDA em adultos e foi feito com base nos sintomas listados no DSM-IV.²³

A escala é composta por 18 itens divididos em duas subescalas (desatenção e hiperatividade/impulsividade), cada uma composta por 9 itens. Os participantes respondem consoante a intensidade dos sintomas numa escala tipo Likert de 0 (raramente) a 3 (frequentemente), obtendo-se uma pontuação total através do somatório de todos os itens. Uma cotação total superior a 9 identifica adultos com algumas dificuldades que carecem de melhor exploração clínica.

Este instrumento já foi usado em investigações internacionais para a análise de variáveis parentais no estudo de crianças com PHDA ²⁴. De ressaltar que este não é uma ferramenta de diagnóstico, na medida que não identifica se os sintomas estavam presentes na infância nem avalia o impacto funcional dos mesmos.

Questionário de estilos e dimensões parentais

O *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire* - versão curta é um questionário usado para avaliar os estilos parentais dos pais de crianças em idade escolar, que tem versão portuguesa validada. ²⁵

É composto por 32 itens classificados de 0 a 5 por grau de frequência - 15 deles apontam para um estilo mais democrático, 12 para um estilo autoritário e 5 para um estilo permissivo.

Para calcular o estilo parental predominante é necessário fazer a média aritmética das classificações de cada parâmetro, sendo o estilo dominante o que obtém a média superior.

Análise de dados

Para análise dos resultados recorreu-se ao programa IBM SPSS Statistics 23, versão para MacOS.

Primeiramente foi feita a análise descritiva das variáveis com o cálculo da média aritmética dos parâmetros escalares. De seguida foram feitos testes não paramétricos para calcular a associação entre as variáveis (Coeficiente de correlação de Spearman) por não haver normalidade na distribuição da maioria das variáveis. O nível de significância considerado foi de 0,05.

As relações entre as variáveis foram classificadas em negligenciáveis, fracas, moderadas e fortes²⁶ de acordo como enunciado na tabela II.

Tabela II- Interpretação do valor do Coeficiente de Correlação

Valor da Correlação	Interpretação
0,90 a 1,00 (-0,90 a -1,00)	Correlação positiva/negativa muito alta
0,70 a 0,90 (-0,70 a -0,90)	Correlação positiva/negativa alta
0,50 a 0,70 (-0,50 a -0,70)	Correlação positiva/negativa moderada
0,30 a 0,50 (-0,30 a -0,50)	Correlação positiva/negativa fraca
0,00 a 0,30 (-0,00 a -0,30)	Correlação negligenciável

Resultados

No total foram recolhidos 76 questionários válidos (as questões deixadas em branco foram dadas como dados omissos, mas não foram suficientes para excluir nenhum dos questionários) e foram ainda contabilizados 14 questionários não devolvidos. Estes foram recolhidos em doze unidades de cuidados primários da zona centro, pertencentes a 5 agrupamentos de centro de saúde diferentes: USF São João de Ovar, USF Pulsar, UCSP Celas, USF Coimbra Centro, USF Coimbra Sul, USF Araceti, USF Santiago, UCSP Flor de Liz, UCSP Vouzela, USF Topázio, USF Condeixa e USF Penela.

A amostra era constituída por 31 crianças do sexo feminino (40,8%) e 45 do sexo masculino (59,2%). A média das idades das crianças foi de $3,49 \pm 0,50$ anos. Os questionários foram preenchidos pelo principal cuidador da criança presente na consulta, sendo que 65 crianças estavam acompanhadas pela mãe (85,5%), 5 pelo pai (6,6%), 4 por ambos os pais (5,3%) e 2 pelos avós (2,6%).

Relativamente ao consumo de álcool na gravidez, 72 pessoas afirmaram que não houve ingestão alcoólica durante a gravidez da criança (94,7%), 3 referiram o consumo de 1 copo por dia (3,9%) e 1 pessoa mencionou o consumo de 2 a 10 copos por dia durante a gravidez (1,3%).

No que diz respeito ao uso de tabaco durante a gravidez da criança, 68 pessoas negaram o seu consumo (89,5%), 3 disseram que houve consumo de menos de 4 cigarros por dia (3,9%) e 5 afirmaram consumos superiores a 4 cigarros e inferiores a um maço por dia (6,6%).

O tempo diário passado junto dos ecrãs foi em 27 crianças inferior a uma hora (35,5%), em 43 entre 1 a 3 horas (56,6%) e em 6 mais de 3 horas diárias (7,9%).

No que concerne aos estilos e dimensões parentais foi determinado que 100% dos pais tinham um estilo predominantemente democrático na educação das crianças.

Nas variáveis álcool e tabaco na gravidez e estilos e dimensões parentais não foram feitos testes estatísticos por falta de representatividade de alguns subgrupos, nomeadamente os subgrupos com consumos na gravidez e os de estilo autoritário e permissivo.

No parâmetro do sono foram detetadas na totalidade 40 crianças com problemas de sono (52,6%) e na pontuação final dos problemas de sono foi obtida uma média de 51,15 (valor superior ao ponto de corte de 48).

No questionário de capacidades e dificuldades, 2 resultados foram considerados omissos porque não foram totalmente preenchidos. Na globalidade dos parâmetros analisados, ou seja, nas “Dificuldades totais”, 16 crianças apresentam um valor limítrofe (21,6%) e 6 um valor anormal (8,1%), sendo que as restantes foram consideradas normais (70,3%). A média das pontuações das dificuldades totais foi de 10,419 (inferior ao valor limítrofe). Os resultados obtidos em cada uma das subescalas estão sumariados na tabela III.

Tabela III: Resultados do questionário de capacidades e dificuldades

	Normal	Limítrofe	Anormal
SE	58 (78,4%)	12 (16,2%)	4 (5,4%)
PC	43 (58,1%)	21 (28,4%)	10 (13,5%)
Hip	55 (74,3 %)	11 (14,9%)	8 (10,8%)
PRC	62 (83,8%)	9 (12,2%)	3 (4,1%)
CPS	63 (85,1%)	9 (12,2%)	2 (2,7%)
SDQ total	52 (70,3%)	16 (21,6%)	6 (8,1%)

Valores absolutos SE-sintomas emocionais; PC: Problemas do comportamento; Hip: hiperatividade; PRC: problemas na relação com os colegas; CPS: Comportamento pró-social; SDQ total: Cotação total no SDQ;

No questionário AARS, relativamente aos sintomas de hiperatividade e desatenção nos pais (para esta análise não foram incluídos os questionários preenchidos pelos avós e os dados de um questionário que não estava preenchido na totalidade que foram assumidos como dados omissos), foi possível observar que 41 dos pais não apresentavam sintomas (56,2%) e que 32 tinham sintomas de hiperatividade e/ou desatenção (43,8%).

Para análise das associações entre estes fatores, foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman e foram encontradas correlações entre algumas variáveis.

Do resultado da análise entre as dificuldades da criança e os problemas de sono, resultaram correlações positivas fracas mas estatisticamente significativas ($p < 0,01$) entre os problemas de sono e as dimensões: problemas de comportamento, hiperatividade e dificuldades totais. Os resultados detalhados estão enunciados na tabela IV.

Tabela IV: Correlação entre os problemas de sono e as dificuldades da criança.

	SE	PC	Hip	PRC	CPS	SDQ total
Sono Total	0,171	0,313 ** (p=0,008)	0,391** (p=0,001)	0,074	-0,023	0,441 ** (p=0,000)

Coefficiente de correlação de Spearman; p<0,05*; p<0,01**

SE-Sintomas emocionais; PC: Problemas de comportamento; Hip: Hiperatividade; PRC: Problemas de relacionamento c/ colegas; CPS: Comportamento pró-social; SDQ total: total obtido SDQ; Sono total: total obtido no CSHQ-PT

No que toca aos sintomas dos pais (escala AARS) e às dificuldades da criança, a sintomatologia parental correlacionou-se positivamente de forma fraca com as dificuldades totais da criança (p<0,01) e negativamente de forma negligenciável, mas estatisticamente significativa (p<0,05), com o comportamento pró-social da criança. Além do descrito acima, quando analisados de forma independente os sintomas dos pais, constatou-se uma correlação positiva entre os sintomas de desatenção nos pais e tanto a hiperatividade como os problemas de comportamento nas crianças e também entre os sintomas de hiperatividade nos pais e os problemas de comportamento na criança. Estas últimas correlações, apesar de potencialmente negligenciáveis, são estatisticamente significativas (p<0,05). Todos estes resultados estão enunciados na tabela V.

Tabela V: Correlação entre as dificuldades da criança e os sintomas de hiperatividade/desatenção parentais.

	SE	PC	Hip	PRC	CPS	SDQ total
AARSdesat	0,078	0,211	0,249* (p=0,036)	0,290* (p=0,014)	-0,268* (p=0,024)	0,358** (p=0,002)
AARShip	-0,068	0,257* (p=0,030)	0,184	0,201	-0,250* (p=0,035)	0,319** (p=0,007)
AARStotal	0,019	0,284* (p=0,017)	0,226	0,267* (p=0,024)	-0,282* (p=0,017)	0,380** (p=0,001)

Coefficiente de correlação de Spearman; p<0,05*; p<0,01**

SE-Sintomas emocionais; PC: Problemas de comportamento; Hip: Hiperatividade; PRC: Problemas de relacionamento c/ colegas; CPS: Comportamento pró-social; SDQ total: total obtido SDQ; AARSdesat: sintomas de desatenção; AARShip: sintomas de hiperatividade; AARStotal: valor total AARS

Por fim, analisando a relação entre o tempo de exposição a ecrãs com as dificuldades da criança e os problemas de sono, foi apenas encontrada uma relação positiva potencialmente negligenciável mas significativa ($p < 0,05$) entre o tempo de exposição a ecrãs e os problemas de sono. Os resultados podem ser observados na tabela VI.

Tabela VI: Relação entre o tempo de exposição a ecrãs, os distúrbios de sono e as dificuldades da criança

	Sono Total	SE	PC	Hip	PRC	CPS	SDQ total
Ecrãs	0,289* ($p=0,014$)	-0,052	0,034	0,162	0,012	0,033	0,081

Coefficiente de correlação de Spearman; $p < 0,05^*$

Sono Total: total obtido CSHQ-PT; SE-Sintomas emocionais; PC: Problemas de comportamento; Hip: Hiperatividade; PRC: Problemas de relacionamento c/ colegas; CPS: Comportamento pró-social; SDQ total: total obtido SDQ

Discussão

As principais conclusões retiradas do estudo são que as crianças com mais problemas de sono ou cujos pais têm sintomatologia do foro da hiperatividade ou desatenção, demonstram mais dificuldades e problemas de comportamento.

No âmbito dos problemas de sono, neste estudo, estes estiveram associados a mais dificuldades, mais problemas comportamentais e mais sintomas de hiperatividade nas crianças. Estes resultados são corroborados por alguns estudos presentes na literatura, nomeadamente um estudo de 2010 que relaciona os problemas de sono com os problemas de comportamento e com a PHDA.²⁷ Existem algumas implicações que advêm da patologia associada ao sono, nomeadamente, consequências ao nível do crescimento e desenvolvimento da criança. A melhor higiene do sono está associada a um melhor desenvolvimento e bem-estar da criança²⁸, e como tal impõe-se a necessidade de implementação de estratégias, pelos médicos que acompanham a criança, que visem promover uma melhor qualidade de sono. Sugere-se um maior alerta por parte dos médicos para a deteção destes problemas nas crianças, bem como uma maior informação dos pais/cuidadores no que diz respeito ao benefício de uma rotina rígida e o fornecimento de mecanismos para a sua implementação no seu dia-a-dia.

No que diz respeito à sintomatologia parental, foi objetivável que quando os pais apresentavam mais sintomas referentes a hiperatividade/desatenção, os filhos também demonstravam sinais de hiperatividade, problemas comportamentais ou dificuldades na globalidade. A heritabilidade da PHDA é, segundo alguns estudos, na ordem dos 71-73%.⁷ Além desta relação poder ter por base um componente genético, os filhos têm tendência à mimetização do comportamento dos pais e há também a possibilidade destes problemas de comportamento, hiperatividade e a fraca pontuação no componente pro-social poderem refletir a educação que as crianças recebem (já que estes pais têm tendência a estilos mais autoritários e permissivos²⁹). É importante estabelecer e consolidar esta correlação, na medida que, os médicos devem estar atentos para os casos de filhos de pais com esta patologia ou forma de comportamento, de forma a potenciar uma deteção precoce dos sintomas nestas crianças.

Além dos resultados apresentados outras elações que se desviam um pouco do objetivo inicial deste estudo, mas igualmente relevantes, podem ser retiradas, nomeadamente ao nível do tempo de exposição aos ecrãs e da patologia do sono.

Foi verificado um número significativo de crianças com uma elevada exposição a ecrãs: 64,5% das crianças tinham uma exposição diária superior a 1 hora por dia. Além disso foi verificado que um aumento do tempo de exposição diário a ecrãs se traduz num aumento dos problemas do sono. Uma revisão sistemática feita em 2015 apoia os resultados encontrados no nosso estudo e atribui uma relação causal ao tempo de exposição a ecrãs, na medida que, este contribui para um atraso no início do sono (mais tempo no ecrã leva a menos tempo disponível para dormir), os conteúdos dos *media* levam a que as crianças fiquem mais despertas na hora de deitar e interferem com a qualidade do sono ficando mais despertáveis após começarem a dormir e, por fim, a luz dos ecrãs interfere com o ritmo circadiano.¹⁶ Convém realçar, no entanto, que neste estudo não foram encontradas relações dos ecrãs com as dificuldades da criança, resultados que vão contra alguns resultados já publicados³⁰ e que carecem portanto de uma melhor exploração e investigação. Não obstante, deve ser aconselhada uma restrição e um controlo do tempo em frente aos ecrãs, limitando-o a menos de 1 hora por dia, segundo recomendações da academia americana de pediatria.³¹

Os problemas de sono revelaram também uma prevalência global de 52,6% na amostra. O resultado vai no sentido de estudos anteriores na população portuguesa que revelam valores ainda mais elevados (80,2%³²) e vão contra outros que reportam prevalências muito mais baixas de problemas de sono (10,4%³³). Estes estudos recorreram ao questionário CSHQ-PT e foram realizados nas crianças dos 2 aos 10 anos, as diferenças entre a prevalência descrita neste estudo e os que revelam uma prevalência mais elevada podem ser explicadas pelos diferentes pontos de corte usados: 41 era o valor aceite, no entanto, um estudo recente de novembro de 2018 revela que o ponto de corte mais adequado para a população portuguesa é de 48.²¹

No âmbito das dificuldades das crianças destacam-se os problemas de comportamento, com uma prevalência de 13,5% e os sintomas de hiperatividade com uma prevalência de 10,8%. Estes valores são ligeiramente mais elevados que a estimativa da prevalência de PHDA feita em vários estudos para o nosso país - 3 a 7%^{1,34} No entanto, devemos ter em conta que este instrumento não é uma ferramenta diagnóstica e que as prevalências nos estudos são feitas com base em crianças que já têm o diagnóstico estabelecido. Apesar disso, o questionário é um instrumento que tem valor científico estudado na previsão do aparecimento de patologias psiquiátricas nomeadamente na PHDA³⁵, pelo que será relevante, na segunda fase do estudo, perceber quais as crianças que virão a ser diagnosticadas efetivamente e comparar estes valores com os obtidos no presente estudo.

Adicionalmente foi ainda verificada uma clara predominância (100%) do estilo parental democrático na amostra. Este estilo é consistentemente o mais comum noutros estudos, no entanto, seria de esperar que os estilos autoritários e permissivos estivessem também representados, já que este instrumento está validado para a população portuguesa²⁵. Na origem desta falta de representatividade poderá ter estado um viés de desejabilidade por parte dos pais ou o facto de a amostra ser limitada.

No que concerne à nossa hipótese inicial, podemos considerar que os problemas de sono e os sintomas de hiperatividade e desatenção nos pais serão fatores potenciadores e/ou exacerbadores dos sintomas de PHDA. O primeiro sendo um fator modificável, é possível haver uma intervenção no sentido de o corrigir, já o segundo podemos considerar que se trata de um fator de risco, havendo assim lugar a uma prevenção secundária de maneira a ser tentada uma identificação e intervenção precoce destas crianças. No entanto, estes fatores carecem de melhor caracterização que poderá ser obtida dando continuidade a este estudo, nomeadamente identificando as crianças que virão a ser diagnosticadas formalmente.

Este estudo deverá ser interpretado à luz das suas limitações. A amostra pelo seu tamanho reduzido e por ser uma população de conveniência e não uma população representativa, limitam a validade externa do estudo. Nas variáveis álcool e tabaco na gravidez e estilo parental, o reduzido tamanho da amostra teve implicações na medida que, por subrepresentatividade de alguns grupos, não foram possíveis tirar conclusões. Nas variáveis a ser respondidas relativamente à gravidez, pode ter havido algum viés tanto por viés de memória das mães relativamente aos consumos nesse período, como por omissão de consumos ao cuidador que preencheu o questionário. Adicionalmente os questionários eram extensos, verificando-se muitas vezes uma relutância por parte dos acompanhantes em colaborar.

Conclusão

Conclui-se que os problemas de sono bem como o nível de sintomas de hiperatividade e/ou desatenção nos pais estiveram significativamente correlacionados com as dificuldades totais na criança e de uma forma menos consistente com os problemas de comportamento e com a hiperatividade. Os resultados obtidos nas correlações entre as variáveis são sobreponíveis aos estudos internacionais e assim reforçam a relação entre as duas variáveis na população portuguesa.

As correlações foram estabelecidas em crianças aparentemente saudáveis e, portanto, nenhuma tem ainda o diagnóstico de PHDA. Apesar de o questionário SDQ ser um bom preditor de problemas de comportamento no futuro, não poderemos apontar estas variáveis como fatores causais da PHDA. Para melhor esclarecimento deste ponto aconselha-se a continuidade do estudo de forma longitudinal com vista a identificar quais as crianças que virão a desenvolver a patologia e as suas relações com estes potenciais fatores causais.

Adicionalmente, a prevalência de um elevado tempo de exposição diário a ecrãs e de problemas de sono nas crianças revelam valores muito elevados na nossa amostra. Estes dois fatores, pelas consequências que acarretam, deveriam ser melhor explorados pelos médicos que acompanham as crianças e devem ser alvo de estudos e intervenções futuras.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano por se ter mostrado sempre disponível e por toda a ajuda que me deu na realização deste trabalho.

Agradeço também a todos os investigadores colaboradores, particularmente à Dra. Teresa Nogueira (USF Coimbra Sul), à Dra. Joana Oliveira Gonçalves (UCSP de Celas), à Dra. Inês Leite Silva (USF São João de Ovar), à Dra. Joana Mata e ao Dr. Carlos Cardoso (USF Condeixa), à Dra. Maria Teresa Reis (USF Topázio), à Dra. Célia Mata e à Dra. Margarida Gonçalves (USF Santiago), ao Dr. Pedro Pinheiro e ao Dr. Rui Brandão (USF de Penela) e ao Dr. Tiago Marques (USF Coimbra Centro), por todo o apoio na recolha de dados. Sem eles não teria sido possível a realização deste estudo. E também há minha colega Sara Fernandes que deu início a este projeto.

Por fim, agradeço também aos meus, por tudo.

Referências

1. MARQUES, Maria I.; MATIAS, Joana; MACHADO, Raquel; DUARTE, Ana; FONSECA, Maria J.; MONTEIRO, José P. . - Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Pediatric Ages: Role of Primary Health Care. **Gazeta Médica**. 5 (2018) 28–36. doi: 10.29315/gm.v5i1.138.
2. POLANCZYK, Guilherme V; WILLCUTT, Erik G; SALUM, Giovanni A; KIELING, Christian; ROHDE, Luis A - ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. **International Journal of Epidemiology**. ISSN 1464-3685. 43:2 (2014) 434–442. doi: 10.1093/ije/dyt261.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5ª ed. Washington (USA) : [s.n.]. ISBN 9780890425558.
4. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK) - **Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults**. Leicester (UK) : The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2018 Disponível em <URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493361/>>
5. MCCANN, B. S.; ROY-BYRNE, P. - Attention-deficit/hyperactivity disorder and learning disabilities in adults. **Seminars in clinical neuropsychiatry**. ISSN 1084-3612. 5:3 (2000) 191–7.
6. SAWYER, Michael G.; WHAITES, Leanne; REY, Joseph M; HAZELL, Philip L; GRAETZ, Brian W.; BAGHURTS, Peter; - Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**. ISSN 0890-8567. 41:5 (2002) 530–7. doi: 10.1097/00004583-200205000-00010.
7. NIKOLAS, Molly A.; BURT, S. Alexandra - Genetic and Environmental Influences on ADHD Symptom Dimensions of Inattention and Hyperactivity: A Meta-Analysis. **Journal of Abnormal Psychology**. ISSN 0021843X. 119:1 (2010) 1–17. doi: 10.1037/a0018010.
8. CORKUM, Penny M.A; TANNOCK, Rosemary PH.D; MOLDOFSKY, Harvey M. D. - Sleep Disturbances in Children With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. 37:6 (1998) 637–646. doi: 10.1097/00004583-199806000-00014.

9. LUCAS, Isabelle; MULRANEY, Melissa; SCIBERRAS, Emma - Sleep problems and daytime sleepiness in children with ADHD: Associations with social, emotional, and behavioral functioning at school, a cross-sectional study. **Behavioral Sleep Medicine**. ISSN 1540-2002. (2017). doi: 10.1080/15402002.2017.1376207.
10. LANGBERG, Joshua M.; DVORSKY, Melissa R.; BECKER, Stephen P.; MOLITOR, Stephen J.- The impact of daytime sleepiness on the school performance of college students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a prospective longitudinal study. **Journal of Sleep Research**. ISSN 09621105. 23:3 (2014) 320–327. doi: 10.1111/jsr.12121.
11. TOUCHETTE, Évelyne; CÔTÉ, Sylvana; PETIT, Dominique; LIU, Xuecheng; BOIVIN, Michael; FALISSARD, Bruno *et al.* - Short Nighttime Sleep-Duration and Hyperactivity Trajectories in Early Childhood. **PEDIATRICS**. ISSN 0031-4005. 124:5 (2009) e985–e993. doi: 10.1542/peds.2008-2005.
12. TOUCHETTE, Évelyne; PETIT, Dominique; SÉGUIN, Jean R.; BOIVIN, Michael; TREMBLAY, Richard E.; MONTPLAISIR, Jacques Y. *et al.* - Associations Between Sleep Duration Patterns and Behavioral/Cognitive Functioning at School Entry. **Sleep**. ISSN 0161-8105. 30:9 (2007) 1213–1219. doi: 10.1093/sleep/30.9.1213.
13. PEPPERS, Katherine H.; EISBACH, Shelly; ATKINS, Sarah; POOLE, James M.; DEROUIN, Anne - An Intervention to Promote Sleep and Reduce ADHD Symptoms. **Journal of Pediatric Health Care**. ISSN 08915245. 30:6 (2016) e43–e48. doi: 10.1016/j.pedhc.2016.07.008.
14. SCIBERRAS, Emma; SONG, Jie C.; MULRANEY, Melissa; SCHUSTER, Tibor; HISCOCK, Harriet - Sleep problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder: associations with parenting style and sleep hygiene. **European Child & Adolescent Psychiatry**. ISSN 1018-8827. 26:9 (2017) 1129–1139. doi: 10.1007/s00787-017-1000-4.
15. HUTCHISON, Lindsey; FEDER, Michael; ABAR, Beau; WINSLER, Adam - Relations between Parenting Stress, Parenting Style, and Child Executive Functioning for Children with ADHD or Autism. **Journal of Child and Family Studies**. 25 (2016) 3644–3656. doi: 10.1007/s10826-016-0518-2.
16. HALE, Lauren; GUAN, Stanford - Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. **Sleep medicine reviews**. ISSN 1532-2955. 21 (2015) 50–8. doi: 10.1016/j.smrv.2014.07.007.

17. HUANG, Lan; WANG, Yan; ZHANG, Li; ZHENG, Zhen; ZHU, Tingting; QU, Yi *et al.* - Maternal Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring: A Meta-analysis. **Pediatrics**. ISSN 0031-4005. 141:1 (2018) e20172465. doi: 10.1542/peds.2017-2465.
18. EICHLER, Anna; HUNDLER, Linda; GRUNITZ, Juliane; GRIMM, Jennifer; RAABE, Eva; GOECKE, Tamme W. *et al.* - Effects of prenatal alcohol consumption on cognitive development and ADHD-related behaviour in primary-school age: a multilevel study based on meconium ethyl glucuronide. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. ISSN 00219630. 59:2 (2018) 110–118. doi: 10.1111/jcpp.12794.
19. EILERTSEN, Espen M. ; GJERDE, Line C.; REICHBORN-KJENNERUD, Ted; RAGNHILD, Orstavik; KNUDSEN, Gun P.; STOLTENBERG, Camilla *et al.* - Maternal alcohol use during pregnancy and offspring attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a prospective sibling control study. **International Journal of Epidemiology**. ISSN 0300-5771. 46:5 (2017) 1633–1640. doi: 10.1093/ije/dyx067.
20. SILVA, Filipe G.; SILVA, Cláudia R.; BRAGA, Lígia B.; NETO, Ana S. - Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire - validation and cross-cultural comparison. **Jornal de Pediatria**. ISSN 00217557. 90:1 (2014) 78–84. doi: 10.1016/j.jped.2013.06.009.
21. PARREIRA, Ana F.; MARTINS, António; RIBEIRO, Filipa; SILVA, Filipe G. - Clinical Validation of The Portuguese Version of the Children Sleep Habits Questionnaire (CSHQ-PT) in Children with Sleep Disorder and ADHD. **Acta médica portuguesa**. 32:3 (2019) 195–201.
22. FLEITLICH, B.; LOUREIRO, M.; FONSECA, A.; GASPAR, M. F. - Strengths and Difficulties Questionnaire —Portuguese version. (2005).
23. VOORHEES, Elizabeth E. VAN; HARDY, Kristina K.; KOLLINS, Scott H. - Reliability and validity of self- and other-ratings of symptoms of ADHD in adults. **Journal of attention disorders**. ISSN 1557-1246. 15:3 (2011) 224–34. doi: 10.1177/1087054709356163.
24. CHRONIS-TUSCANO, Andrea; WANG, Christine H.; WOODS, Kelsey E.; STRICKLAND, Jennifer; STEIN, Mark A.- Parent ADHD and Evidence-Based Treatment for Their Children: Review and Directions for Future Research. **Journal of Abnormal Child Psychology**. 45:3 (2017) 501–517. doi: 10.1007/s10802-016-0238-5.

25. MIGUEL, Isabel; VALENTIM, Joaquim Pires; CARUGATI, Felice - Adapting the portuguese version of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) – Short Form. **Psychologica**. ISSN 1647-8606. 51 (2009) 169–188. doi: 10.14195/1647-8606_51_11.
26. MUKAKA, MM - A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. **Malawi Medical Journal : The Journal of Medical Association of Malawi**. 24:3 (2012) 69–71.
27. PESONEN, Anu-Katriina; RÄIKKÖNEN, Katri; PAAVONEN, E.Juulia; HEINONEN, Kati; KOMSI, Niina; LAHTI, Jari *et al.* - Sleep Duration and Regularity are Associated with Behavioral Problems in 8-year-old Children. **International Journal of Behavioral Medicine**. ISSN 1070-5503. 17:4 (2010) 298–305. doi: 10.1007/s12529-009-9065-1.
28. MINDELL, Jodi A.; WILLIAMSON, Ariel A. - Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. **Sleep Medicine Reviews**. ISSN 15322955. 40 (2018) 93–108. doi: 10.1016/j.smrv.2017.10.007.
29. PARK, Joanne L.; HUDEC, Kristen L.; JOHNSTON, Charlotte - Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**. ISSN 02727358. 56:January (2017) 25–39. doi: 10.1016/j.cpr.2017.05.003.
30. PAGE, Angie S.; COOPER, Ashley R.; GRIEW, Pippa; JAGO, Russell - Children ' s Screen Viewing is Related to Psychological Difficulties Irrespective of Physical Activity. **Pediatrics**. 126:5 (2010) 1011–1017. doi: 10.1542/peds.2010-1154.
31. COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA - Media and Young Minds. **Pediatrics**. ISSN 0031-4005. 138:5 (2016) e20162591. doi: 10.1542/peds.2016-2591.
32. RANGEL, Maria Adriana; BAPTISTA, Carolina; PITTA, M^a João; ANJO, Sara; LEITE, Ana Luísa - Sleep quality and sleep disturbances in healthy children in Gaia: a cross sectional study. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**. 31:4 (2015) 256–264. [Consult. 12 mar. 2019]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000400005>. ISSN 2182-5173.
33. SILVA, Filipe; SILVA, Cláudia R.; BRAGA, Lúgia B.; NETO, Ana S.- Sleep habits and sleep problems in Portuguese children from two to ten years old: a population- -based study. **Portuguese Journal of Pediatrics**. ISSN 2184-3333. 44:5 (2014) 196–202. doi: 10.25754/pjp.2013.2898.

34. FILIPE, Angela M. - Making ADHD Evident: Data, Practices, and Diagnostic Protocols in Portugal. **Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness**. ISSN 15455882. 35:5 (2016) 390–403. doi: 10.1080/01459740.2015.1101102.
35. GOODMAN, R.; RENFREW, D.; MULLICK, M. - **Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka** [Em linha]. [S.l.] : Ó Steinkop Verlag, 2000 [Consult. 13 mar. 2019]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.iop.kcl.ac.uk/>>.

Anexo I- 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.

Anexo II- Questionário PHDA

Código: _____

Título do estudo: Família, gravidez e hábitos individuais no Síndrome de Hiperatividade e Déficit 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 3-4 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 _____ ≥1 e < 3 horas _____ ≥3 horas _____

Questionários:

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

Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

Adaptado do *Children's Sleep Habits Questionnaire*, Prof. Owens, 2000[†]

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)	Às 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)			

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

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

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

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

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

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

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

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

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.

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	Às 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

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.	