

Universidades Lusíada

Carvalho, Inês da Costa

A relação entre comportamentos de autocuidado e a gravidade de sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) em adultos

<http://hdl.handle.net/11067/7559>

Metadados

Data de Publicação

2024

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento, que apesar de ser mais associado a crianças em idade escolar, pode persistir na idade adulta. A maior parte dos estudos existentes são realizados em idade escolar, no entanto os estudos realizados em adultos com PHDA foram crescendo ao longo dos anos devido à sua importância. A variável autocuidado é muito abrangente, por esse motivo serão avaliadas as várias áreas que influenciam a vida, neste ca...

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder, which, despite being more associated with school-age children, can persist into adulthood. Most of the existing studies are carried out at school age, however studies carried out in adults with ADHD have grown over the years due to their importance. The self-care variable is very comprehensive, for this reason the various areas that influence the lives of the adult population with ADHD will be evaluated, in this pa...

Palavras Chave

Psicologia, Psicologia clínica, Necessidades Educativas Especiais - Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção - Adultos, Regulação emocional - Adultos, Teste psicológico - Inventário Breve de Sintomas (BSI), Teste psicológico - Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Adulto, Teste psicológico - Mindful Self-Care Scale (MSCS)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULP-IPCE] Dissertações



Universidade Lusíada
Porto

A relação entre comportamentos de Autocuidado e a gravidade da sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) em adultos

Dissertação de Mestrado em **Psicologia Clínica**

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

PORTO, 2024

Inês da Costa Carvalho



instituto de psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada



Universidade Lusíada
Porto

A relação entre comportamentos de Autocuidado e a gravidade da sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) em adultos

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

PORTO, 2024

Inês da Costa Carvalho

Trabalho efectuado sob a orientação do/a
Professora Doutora Sofia Marques



instituto de psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

Agradecimentos

Depois de completar esta etapa que foi uma das mais importantes e enriquecedoras para mim como futura profissional, não poderia deixar de agradecer a todos os que fizeram parte dela.

Quero agradecer à Professora Doutora Sofia Marques e Sofia Ramalho por me acompanharem neste percurso e pelo especial cuidado e atenção em esclarecer todas as dúvidas.

Um agradecimento muito grande para a minha família, para os meus pais, irmã e avós, por me apoiarem sempre nesta fase da minha vida.

E por último a todos os meus amigos e colegas por me apoiarem e compartilharem as suas experiências comigo.

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento, que apesar de ser mais associado a crianças em idade escolar, pode persistir na idade adulta. A maior parte dos estudos existentes são realizados em idade escolar, no entanto os estudos realizados em adultos com PHDA foram crescendo ao longo dos anos devido à sua importância. A variável autocuidado é muito abrangente, por esse motivo serão avaliadas as várias áreas que influenciam a vida, neste caso em particular, da população adulta com PHDA, através das dimensões do autocuidado, sendo estas, cuidados físicos, relações de apoio, consciência *mindful*, autocompaixão e propósito, relaxamento *mindful* e estrutura de suporte. Até ao momento, os estudos que relacionam a sintomatologia de PHDA com os comportamentos de autocuidado são inexistentes, pelo que o presente estudo pretende contribuir para aprofundar o conhecimento sobre esta relação. De acordo com este estudo existe uma correlação entre o nível de autocuidado e a gravidade da sintomatologia de PHDA, e também entre a subescala relaxamento *mindful* e a gravidade da sintomatologia de PHDA. O objetivo principal do estudo é avaliar a relação entre comportamentos de autocuidado e a gravidade da sintomatologia em adultos diagnosticados com PHDA, ou seja, perceber se o autocuidado é afetado em adultos com PHDA. Este estudo é de cariz descritivo e correlacional e conta com a participação de 20 indivíduos com idades iguais ou superiores a 18 anos diagnosticados com PHDA. Os instrumentos administrados foram o Inventário Breve de Sintomas (BSI), a Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção para o Adulto-V1.1 (ASRS – V1.1) e o *Mindful Self – Care Scale (MSCS)*. Foi recolhida informação sociodemográfica, bem como dados sobre a apresentação diagnosticada, a presença de comorbilidades e a terapêutica atual durante o processo de recrutamento. Os participantes foram recrutados em clínica privada, com a colaboração de profissionais de saúde que trabalham diretamente com adultos diagnosticados com PHDA. Inicialmente, os participantes foram informados sobre o estudo e convidados a participar. Após a sua aceitação, receberam um link para preencher os questionários, juntamente com o consentimento informado. Para a análise dos dados, foram realizados testes de correlação, bem como testes de diferenças, uma vez que primeiro pretendeu-se perceber a relação entre as variáveis, para depois poder compará-las, utilizando o programa IBM SPSS 27.

Palavras-chave: PHDA, autocuidado, sintomatologia, adultos, BSI, ASRS-V1.1, MSCS

Abstract

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder, which, despite being more associated with school-age children, can persist into adulthood. Most of the existing studies are carried out at school age, however studies carried out in adults with ADHD have grown over the years due to their importance. The self-care variable is very comprehensive, for this reason the various areas that influence the lives of the adult population with ADHD will be evaluated, in this particular case, through the dimensions of self-care, these being physical care, supportive relationships, mindful awareness, self-compassion and purpose, mindful relaxation and support structure. So far, studies that relate ADHD symptoms with self-care behaviors are non-existent, so the present study aims to contribute to deepening knowledge about this relationship. According to this study, there is a correlation between the level of self-care and the severity of ADHD symptoms, and also between the mindful relaxation subscale and the severity of ADHD symptoms. The main objective of the study is to evaluate the relationship between self-care behaviors and the severity of symptoms in adults diagnosed with ADHD, that is, to understand whether self-care is affected in adults with ADHD. This study is descriptive and correlational and has the participation of 20 individuals aged 18 years or older diagnosed with ADHD. The instruments administered were the Brief Symptom Inventory (BSI), the Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Assessment Scale for Adults-V1.1 (ASRS – V1.1) and the Mindful Self – Care Scale (MSCS). Sociodemographic information was collected, as well as data on diagnosed presentation, the presence of comorbidities and current therapy during the recruitment process. Participants were recruited from a private clinic, with the collaboration of health professionals who work directly with adults diagnosed with ADHD. Initially, participants were informed about the study and invited to participate. After acceptance, they received a link to complete the questionnaires, along with informed consent. For data analysis, correlation tests were carried out, as well as difference tests, since the aim was first to understand the relationship between the variables, and then to be able to compare them, using the IBM SPSS 27 program.

Keywords: ADHD, self-care, symptomatology, adults, BSI, ASRS-V1.1, MSCS

Índice

Agradecimentos	1
Resumo	2
Abstract.....	3
Lista de Tabelas	6
Lista de Abreviaturas.....	8
Introdução	9
Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção	9
Autocuidado.....	13
Autocuidado e a relação com a psicopatologia.....	17
Questão, Objetivos e Hipóteses	20
Método	21
Tipo de estudo	21
Participantes	21
Instrumentos.....	21
Questionário sociodemográfico	21
Inventário Breve de Sintomas (BSI).....	21
Mindful Self – Care Scale (MSCS)	22
Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção para o Adulto-V1.1 (ASRS-V1.1).....	23
Procedimentos.....	24
Recolha dos dados.....	24
Análise de dados.....	24
Resultados.....	25
Diferenças entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada da PHDA ao nível da escala de Autocuidado e respetivas subescalas	30
Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da escala de Autocuidado e respetivas subescalas	32
Diferenças entre a presença ou não de diagnóstico adicional/comórbido ao nível da escala de Autocuidado e respetivas subescalas	35

Discussão	38
Diferenças entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada da PHDA ao nível da escala de Autocuidado e respectivas subescalas	39
Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da escala de Autocuidado e respectivas subescalas	40
Diferenças entre a presença ou não de diagnóstico adicional/comórbido ao nível da escala de Autocuidado e respectivas subescalas	40
Conclusão.....	42
Referências Bibliográficas	43
Anexo.....	52
ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMADO	53

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da amostra.....	25
Tabela 2 – Correlações entre o nível de Autocuidado (nível geral e dimensões: Cuidados Físicos, Relações de Apoio, Consciência <i>Mindful</i> , Autocompaixão e Propósito, Relaxamento <i>Mindful</i> e Estrutura de Suporte), com a sintomatologia psicopatológica (índice geral de sintomas- BSI) e a gravidade da sintomatologia de PHDA.....	27
Tabela 3 – Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Cuidados Físicos.....	30
Tabela 4 – Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Consciência <i>Mindful</i>	31
Tabela 5 – Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Autocompaixão e Propósito.....	31
Tabela 6 – Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Relaxamento <i>Mindful</i>	32
Tabela 7 – Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Estrutura de Suporte.....	32
Tabela 8 - Diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala Cuidados Físicos.....	33
Tabela 9 - Diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala Consciência <i>Mindful</i>	33
Tabela 10 - Diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala Autocompaixão e Propósito.....	34
Tabela 11 - Diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala Relaxamento <i>Mindful</i>	34
Tabela 12 - Diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala Estrutura de Suporte.....	35
Tabela 13 - Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Cuidados Físicos.....	35

Tabela 14 - Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Consciência <i>Mindful</i>	36
Tabela 15 - Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Autocompaixão e Propósito.....	36
Tabela 16 - Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Relaxamento <i>Mindful</i>	37
Tabela 17 - Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Estrutura de Suporte.....	37

Lista de Abreviaturas

PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

ADHD – Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

BSI – Brief Symptom Inventory

MSCS – Mindful Self-Care Scale

ASRS – Adult ADHD Self-Report Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

ANCOVA – Análise de Covariância

SUD – Substance use disorder

Introdução

A PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento, sendo a maior parte dos estudos existentes realizados em idade escolar. Por este motivo, estudar a PHDA em população com mais de 18 anos é muito relevante, pois é uma perturbação que pode perdurar ao longo do tempo, atingindo assim a idade adulta. Até ao momento, e dentro do que é o nosso conhecimento, os estudos que relacionam a sintomatologia de PHDA com os comportamentos de autocuidado são inexistentes, pelo que o presente estudo pretende contribuir para aprofundar o conhecimento sobre esta relação.

Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

A PHDA é caracterizada por um padrão persistente de desatenção e/ou impulsividade-hiperatividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. A desatenção manifesta-se comportamentalmente na PHDA pela falha em seguir instruções ou terminar o trabalho ou tarefas, sendo que estas dificuldades não são atribuíveis à falta de compreensão, bem como na dificuldade em manter o foco e em ser organizado (e.g., inicia tarefas, mas perde rapidamente o foco e é facilmente desviado). No que toca à hiperatividade, esta diz respeito à atividade motora excessiva quando não é apropriada (e.g., uma criança correr numa situação que não é apropriada), à inquietação excessiva ou em falar excessivamente. A par disto, a hiperatividade pode manifestar-se em adultos, como extrema inquietação, que pode ser motora ou mental, ou desgaste dos outros com a sua atividade. Quanto à impulsividade, esta refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem um planeamento, que podem prejudicar o indivíduo (e.g., correr para a rua sem olhar). A condição impulsiva pode refletir um desejo de recompensas imediatas ou uma incapacidade de adiar a gratificação. Os comportamentos impulsivos podem manifestar-se como intrusão social (e.g., interromper os outros de forma excessiva) e/ou tomar decisões importantes sem considerar as consequências a longo prazo (e.g., aceitar um emprego sem obter informações apropriadas/suficientes) (APA, 2014).

Segundo a quinta edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção, está incluída nas Perturbações do Neurodesenvolvimento, ou seja, está inserida num grupo de perturbações que tendem a manifestar-se antecipadamente, pelo que pode prejudicar o normal desenvolvimento e o funcionamento da pessoa a vários níveis (APA, 2014). A sua etiologia é definida como neurobiológica e devido à intensidade variável dos sintomas nos indivíduos, são incluídos três

especificadores (ligeira, moderada e grave), mantendo-se, no entanto, os três tipos de apresentações da PHDA: a apresentação predominantemente desatenta (seis ou mais sintomas de desatenção, persistem durante pelo menos seis meses e os sintomas de hiperatividade-impulsividade não persistem nos últimos seis meses), a apresentação predominantemente hiperativa-impulsiva (seis ou mais sintomas de hiperatividade e impulsividade, persistem durante pelo menos seis meses e os sintomas de desatenção não persistem nos últimos seis meses) e a apresentação combinada (quando as condições da apresentação predominantemente desatenta e da apresentação predominantemente hiperativa-impulsiva persistem nos últimos seis meses). No entanto, para adolescentes mais velhos e adultos (com idade igual ou superior a 17 anos), são necessários apenas cinco sintomas (APA, 2014).

Relativamente aos critérios de diagnóstico de PHDA, estes são: A) Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. Os sintomas da desatenção são: a) Frequentemente, falha em prestar muita atenção aos detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos escolares, no trabalho ou durante outras atividades; b) Frequentemente, tem dificuldade em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades; c) Muitas vezes, parece não ouvir quando se lhe fala diretamente; d) Frequentemente, não segue instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho; e) Frequentemente, tem dificuldades em organizar tarefas e atividades; f) Frequentemente, evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido; g) Frequentemente, perde objetos necessários para tarefas ou atividades; h) Frequentemente, é facilmente distraído por estímulos alheios; i) Esquece-se com frequência das atividades quotidianas. Por outro lado, os sintomas da hiperatividade e impulsividade são: a) Frequentemente, agita ou bate com as mãos e os pés ou remexe-se quando está sentado; b) Frequentemente, levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado; c) Frequentemente, corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo; d) Frequentemente, é incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer; e) Está frequentemente “em movimento”, agindo como se estivesse “ligado a um motor” (e.g., incapaz de estar quieto por períodos extensos); f) Frequentemente, fala em excesso; g) Frequentemente, precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado; h) Frequentemente, tem dificuldades em esperar pela sua vez; i) Frequentemente, interrompe ou interfere nas atividades dos outros. De acordo com o critério B) Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade surgiram antes dos 12 anos de idade; C) Vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais

contextos (e.g. em casa, na escola ou no trabalho; com amigos ou parentes; noutras atividades); D) Existem evidências claras de que os sintomas interferem com, ou reduzem a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional; e por último, o critério E) Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (e.g., perturbação do humor, perturbação de ansiedade, perturbação dissociativa, perturbação de personalidade ou abstinência de substâncias) (APA, 2014).

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), constitui uma perturbação do neurodesenvolvimento que habitualmente tem início na infância e persiste ao longo da vida. Durante muito tempo, foi considerada um problema típico da infância, assumindo-se que, com a entrada na adolescência, diminuíam significativamente os sintomas ou desapareciam quase por completo, sem ser necessária a intervenção. Porém, cada vez mais esta questão tem sido questionada por dados de vários estudos recentes, segundo os quais esta perturbação é, cada vez mais, diagnosticada também na idade adulta (Moura et al., 2020).

Na maioria dos indivíduos com PHDA os sintomas de hiperatividade motora tornam-se menos óbvios na adolescência e na idade adulta, mas persistem dificuldades como inquietação, impulsividade, desatenção e mau planeamento (APA, 2014). Uma grande parte das crianças com PHDA permanece com sintomas e prejuízo significativo na idade adulta (APA, 2014).

As várias características clínicas associadas à PHDA podem afetar significativamente o funcionamento do indivíduo em vários contextos, acabando por ter grande impacto na sua vida e na de quem o rodeia (Barkley et al., 2006). Deste modo, pode referir-se o impacto nos níveis académico e profissional, que pode levar a maior risco de insucesso escolar, abandono precoce da escola, retenção, suspensão e/ou expulsão. O impacto ao nível comportamental, indica uma maior probabilidade de envolvimento em comportamentos de risco, aumento do risco de acidentes e/ou lesões traumáticas. Ao nível social, indica baixas competências sociais, rejeição dos pares e uma maior propensão a gravidezes indesejadas na adolescência. Quanto ao nível psicológico, observa-se a dificuldade em expressar-se (e.g. através de ideias ou emoções), imaturidade, dificuldade em controlar a raiva/agressividade, demonstrar pouca tolerância à frustração, irritabilidade e baixa autoestima. Por último, ao nível familiar o impacto indica maior incidência para a probabilidade de haver quadros depressivos, sobretudo na figura materna e elevados níveis de *stress* dos elementos da família (Barkley et al., 2006). Posto isto, muitos destes sintomas podem persistir na idade adulta. Adultos com PHDA demonstram

frequentemente um desempenho ocupacional inferior e uma maior probabilidade de desemprego, bem como elevados conflitos interpessoais. Em média, esses indivíduos possuem menor nível educacional e pontuações intelectuais mais reduzidas em comparação com os seus pares, embora haja uma considerável variabilidade (Barkley et al., 2006). A perturbação revela-se significativamente debilitante, impactando negativamente o ajustamento social, familiar e escolar/ocupacional (Barkley et al., 2006).

Resultados adversos da PHDA relacionados à saúde geral, longevidade, qualidade de vida e segurança foram bem documentados (Nigg, 2013). Pessoas com PHDA, em particular na idade adulta, têm um risco duplo de morte prematura, geralmente de causas não naturais, como acidentes ou suicídio (Dalsgaard et al., 2015). Segundo o estudo de Brod et al. (2012), adultos com PHDA relataram problemas significativos na atividade de gestão financeira (e.g. problemas com compras compulsivas ou gastos desnecessários), assim como dificuldades de gestão do dinheiro (e.g. pagar contas, definir prioridades, saber quanto dinheiro tinham) (Brod et al., 2012). Muitos participantes também descreveram atividades perigosas ou arriscadas, como o uso indevido e abuso de álcool e drogas no passado e no presente, distúrbios alimentares, capacidade alterada de avaliar riscos e prazer em atividades extremas (desportos, desafios ou tipos de trabalho). Conduzir carros de forma agressiva e imprudente, muitas vezes acompanhada de raiva dirigida a outros motoristas, foi comumente mencionado, condizente com o perfil de PHDA (Brod et al., 2012). Adultos com PHDA, frequentemente enfrentam desafios, incluindo baixo desempenho ocupacional, baixa autoestima, dificuldades nos relacionamentos pessoais e taxas elevadas de comorbilidades psiquiátricas (Biederman et al., 1993).

Pesquisas populacionais de prevalência sugerem que a PHDA ocorre em todo o mundo, com uma prevalência de cerca de 7.2% nas crianças (APA, 2014). A prevalência é maior em populações especiais, como crianças adotadas ou adolescentes com percurso associado à delinquência. Nos adultos, a prevalência da PHDA é de 2.5% (APA, 2014). De acordo com o estudo de Fayyad et al. (2016) realizado em vários países, este demonstrou que em Portugal a prevalência de adultos com PHDA é cerca de 3%, com 56.3% dos casos diagnosticados na infância a permanecerem na idade adulta.

A PHDA é mais frequente no género masculino do que no género feminino na população geral, com uma proporção de aproximadamente 2:1 em crianças e 1.6:1 em adultos. As características de desatenção são mais frequentes no género feminino, por outro lado, o

género masculino apresenta mais características de hiperatividade e impulsividade (APA, 2014). No estudo de Faheem et al. (2022), o género feminino foi mais prejudicado em comparação ao género masculino na maioria dos efeitos da PHDA, como no funcionamento social, perceção do tempo, combate ao *stress* e perturbação de humor. Por outro lado, o género masculino foi mais prejudicado na memória de trabalho e no funcionamento educacional em comparação ao género feminino.

Autocuidado

Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente no estudo do autocuidado dado o reconhecimento do seu impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos (Cabral et al., 2021). Pesquisas sugerem que o autocuidado promove a saúde física e mental, ajuda a reduzir o *burnout*, contribuindo para o aumento da produtividade e para uma melhor capacidade de cuidar dos outros (Cabral et al., 2021). Embora a literatura forneça inúmeras definições de autocuidado, a dificuldade em operacionalizar o conceito é inequívoca, pois não há consenso na sua definição. Apesar dessa ressalva, o autocuidado geralmente está associado a um conjunto de atividades adotadas pelo indivíduo, que visa a promoção da sua saúde e bem-estar, envolvendo diversas dimensões da vida, como as dimensões pessoal, profissional, emocional, mental, física e espiritual (Cabral et al., 2021). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o autocuidado como “atividades que o indivíduo, as famílias e as comunidades assumem com a intenção de melhorar a sua saúde, prevenir a doença e restaurar a saúde” (WHO, 1983).

Segundo o Department of Health (United Kingdom, 2005), o autocuidado é uma parte essencial da vida diária. É o cuidado que os indivíduos dedicam à sua própria saúde e bem-estar, e inclui o cuidado prestado aos filhos, família, amigos e outras pessoas nas vizinhanças e comunidades locais. O autocuidado inclui as ações que os indivíduos e cuidadores realizam para garantir a sua saúde e equilíbrio mental, assim como dos seus filhos, famílias e outras pessoas; satisfazer as necessidades sociais e psicológicas; prevenir doenças ou acidentes; cuidar de pequenas doenças e condições crónicas; e manter a saúde e o bem-estar após uma doença aguda ou alta hospitalar (Department of Health [United Kingdom], 2005).

O autocuidado refere-se ao processo ativo de adotar medidas para promover o bem-estar holístico (Bressi & Vaden, 2016; Godfrey et al., 2011; Lee & Miller, 2013). Esta definição engloba uma variedade de atividades que se enquadram na categoria de autocuidado, como alimentação saudável, exercício físico, atenção plena, desfrutar de *hobbies* ou atividades de

lazer, garantir um sono reparador e utilizar estratégias adaptativas para lidar com o *stress* (Carroll et al., 1999). Posto isto, o autocuidado compreende todas as ações que tomamos para cuidar de nós mesmos e manter a nossa saúde física e mental.

De acordo com a análise conceptual de Martínez et al. (2021), foi identificada uma definição clarificada de autocuidado, sendo esta a capacidade de cuidar de si mesmo através da consciência, do autocontrolo e da autossuficiência, a fim de alcançar, manter ou promover a saúde e o bem-estar ideais.

Cook-Cottone (2015) sugere que quando o desenvolvimento e a saúde são normativos, os indivíduos desconsideram as preocupações com a saúde. Em vez disso, é iminente uma consciência para que a pessoa atenda às suas necessidades. Essa consciência aliada ao conhecimento e habilidade contribui para o empoderamento do indivíduo para motivar o seu próprio comportamento e qualidade de vida (Bandura, 2005; Weltermann et al., 2015). A automonitorização depende da consciência, medição e interpretação dos sintomas (Matarese et al., 2018) e o reconhecimento e a avaliação dos sintomas desencadeiam o autocuidado (Erickson, 2013; Riegel et al., 2016).

De acordo com Denyes e colegas (2001), o autocuidado é o resultado de uma pessoa agindo como um ser unitário e envolvido na regulação e controlo de si mesma e das suas emoções (Denyés et al., 2001). Cook-Cottone (2015) apoia esta afirmação de que a regulação e o controlo de si mesmo são essenciais para alcançar abordagens cognitivas para a prevenção, regulação e autocuidado. Além disso, a OMS (2013) argumenta que o controlo e a prevenção de uma doença refletem práticas de autocuidado. Esse autocontrolo é reforçado com consciência e autossuficiência.

Para realizar com sucesso o autocuidado, o indivíduo deve manter a autossuficiência. O conceito de autossuficiência está profundamente enraizado na abordagem à gestão de doenças crónicas e reflete-se na administração de medicamentos e na adesão aos planos de saúde (Mansbridge, 2011). A autossuficiência influencia diretamente a inclusão do paciente e da sua família no autocuidado e reflete a resiliência e a perseverança da pessoa (Chang et al., 2017).

A literatura descreve várias consequências resultantes do autocuidado, como a diminuição do risco de complicações, o controlo dos sintomas, a redução da utilização dos serviços de saúde e o aumento da satisfação do paciente (Richard & Shea, 2011; Udilis, 2011).

Assim, um maior sentido de controlo, um aprofundamento do sentido de significado, bem-estar e qualidade de vida são benefícios do autocuidado (Martínez et al., 2021).

A prática do autocuidado tem sido estudada na literatura científica, sendo que todas as definições referem-se à prática de autocuidado como uma abordagem preventiva eficaz (Martins, 2023). As definições mostram um amplo acordo sobre o alcance e o propósito do autocuidado e têm um destaque apropriado na prevenção de doenças, onde as mudanças no comportamento do estilo de vida são largamente questões de escolha individual (Martínez et al., 2021). Os comportamentos que mantêm a saúde ou previnem doenças muitas vezes estão relacionados a aspetos do estilo de vida (por exemplo, dieta alimentar, exercício e evitar riscos), que são questões de escolha pessoal, não importa o quanto os profissionais de saúde possam tentar influenciá-los (Martínez et al., 2021). Por isso, o autocuidado caracteriza-se como um processo ativo de tomada de decisão que permite que as pessoas se envolvam efetivamente nos seus cuidados, existindo uma colaboração entre os indivíduos e os prestadores de cuidados de saúde (Martínez et al., 2021).

Tipos de autocuidado:

Existem diversas formas de praticar o autocuidado, cada uma delas estando subdivididas em várias categorias, tais como: social, intelectual, físico, espiritual e emocional, existindo mais tipos descritos (Martins, 2023).

O autocuidado social diz respeito à socialização e desenvolvimento de relacionamentos significativos com outras pessoas com o objetivo de beneficiar tanto a si mesmo quanto aos indivíduos com quem escolhe relacionar-se. O ser humano é um ser social e também vive das relações e da conexão que estabelece com os outros, destacando assim a importância de fazer escolhas conscientes sobre as suas relações interpessoais. Alguns exemplos de autocuidado social podem ser ligar para um amigo ou familiar para conversar, ou aceitar um convite para uma festa (Martins, 2023).

Relativamente ao autocuidado espiritual, este envolve viver o momento presente, conectando-se consigo mesma e com sentimentos de paz, propósito e amor (e.g. atenção plena/*mindfulness*, ou passar tempo na natureza) (Martins, 2023).

Quanto ao autocuidado emocional, este abrange comportamentos que beneficiam os pensamentos e as emoções, nomeadamente a permissão de as sentir e expressar (e.g. diário das emoções, onde a pessoa pode escrever sobre os seus sentimentos e emoções, ou realizar atividades de expressão de sentimentos como a pintura, a dança, o canto) (Martins, 2023).

O autocuidado físico, e talvez o mais conhecido, diz respeito ao atendimento das necessidades físicas do corpo. Desde as mais básicas, a alimentação, o exercício e o sono, às mais complexas (e.g. praticar um desporto, ou cozinhar uma refeição nutritiva) (Martins, 2023).

O autocuidado intelectual consiste na estimulação, visando desenvolver o pensamento crítico e a criatividade (e.g. ler um livro, ouvir podcasts) (Martins, 2023).

Para além dos tipos de autocuidado em cima mencionados, surgiu recentemente o conceito de autocuidado consciente. Essa noção integra domínios de *mindfulness* e autocompaixão nas práticas tradicionais de autocuidado (Cabral et al., 2021).

O autocuidado consciente está fortemente associado à atenção plena, a prática de prestar atenção ao momento presente com um propósito, sem reagir e julgar, que tem inúmeros benefícios comprovados. A atenção plena é um pré-requisito para o autocuidado e a autocompaixão, pois é uma habilidade que permite conviver com o desconforto emocional de uma nova maneira saudável (Cabral et al., 2021).

O autocuidado consciente é um conjunto de comportamentos diários ativos que operacionalizam o que significa cuidar e apreciar-se a si mesmo. O autocuidado consciente é acessível e aborda as experiências internas e externas do eu. As práticas que abordam a experiência interna ou intrapessoal incluem: autoconsciência (e.g., tive uma consciência calma dos meus sentimentos), autocompaixão (e.g., reconheci gentilmente os meus próprios desafios e dificuldades) e práticas físicas (e.g., alimentação saudável, hidratação, exercícios moderados e descanso) (Cook-Cottone, 2015b). Práticas de autocuidado consciente que abordam a experiência externa do eu, incluem cultivar relacionamentos de apoio, criar um ambiente corporal positivo e estabelecer limites pessoais (Cook-Cottone, 2015b).

Numerosos estudos científicos enfatizam a importância do autocuidado em todas as idades e áreas profissionais para manter a saúde mental. Quando negligenciado, poderá ter consequências devastadoras (Martins, 2023). A falta de autocuidado está ligada a níveis mais elevados de *burnout* e ansiedade e a um maior risco de problemas de saúde. No entanto, por outro lado, a prática de autocuidado está associada a níveis mais baixos de *stress* e relacionada a maior bem-estar, melhor desempenho e produtividade, maior satisfação pessoal e a mais qualidade de vida. A literatura científica sublinha consistentemente a importância fundamental do autocuidado (Martins, 2023).

Autocuidado e a relação com a psicopatologia

Até ao momento, e dentro do que é o nosso conhecimento, os estudos que relacionam a sintomatologia de PHDA com os comportamentos de autocuidado são inexistentes, pelo que o presente estudo pretende contribuir para explorar e aprofundar o conhecimento sobre esta relação. Pela inexistência de estudos que se reportem às práticas de autocuidado em indivíduos adultos com PHDA, bem como à relação com a gravidade da sintomatologia, iremos neste capítulo referir-nos à relação entre autocuidado e psicopatologia de uma forma mais abrangente.

A investigação focada no autocuidado, enquanto abordagem preventiva ao desenvolvimento de condições de saúde mental, tem surgido muito associada à síndrome de *burnout* (Lucock et al., 2011). A síndrome de *burnout* foi recentemente incluída pela OMS na Classificação Internacional de Doenças (CID) em 2019, reconhecendo-a como uma entidade nosológica que resulta da experiência de *stress* crónico no contexto de trabalho que não é gerido de forma bem-sucedida (Moss, 2020). Atualmente, a comunidade científica sugere que o autocuidado seja usado como ferramenta para combater o *burnout* (Moss, 2020), bem como outras condições de saúde a longo prazo, incluindo as de saúde mental (Lucock et al., 2011).

Assim, num estudo com uma amostra clínica de pacientes com insuficiência cardíaca crónica os autores encontraram, tal como na maioria dos estudos, que os pacientes que apresentavam menos comportamentos de autocuidado reportavam maiores níveis de stress psicológico (Kessing et al., 2017).

Relacionando o autocuidado com a psicopatologia, segundo Holzapfel et al. (2009), pacientes com insuficiência cardíaca e com depressão leve relataram níveis significativamente mais baixos de autocuidado, do que pacientes com insuficiência cardíaca com depressão *major* e pacientes não deprimidos, ou seja, os pacientes com depressão leve correm maior risco de demonstrar menor autocuidado, em comparação com pacientes com depressão *major*. A explicação encontrada para estes resultados refere que os pacientes com depressão *major* podem sentir-se mais ameaçados pela doença e pelos seus sintomas, do que aqueles com depressão leve e, portanto, podem prestar a mesma atenção às atividades de autocuidado que os pacientes sem depressão, uma vez que, não querem que os sintomas agravem (Holzapfel et al., 2009).

Segundo o estudo de Egede et al. (2009), em adultos com diabetes, tanto a depressão leve quanto a depressão *major* estão associadas à diminuição do comportamento de autocuidado.

Como já foi referido anteriormente, o conceito de autocuidado consciente (*mindful self-care*), é uma conceptualização mais recente do autocuidado, e atende na sua operacionalização a dimensões associadas à prática da atenção plena (*mindfulness*) e da autocompaixão, assumindo-as como relevantes para a promoção do bem-estar físico e psicológico dos indivíduos (Cook-cottone & Guyker, 2018). Estudos recentes demonstraram que a autocompaixão é menor em adultos com PHDA quando comparados com adultos sem perturbação, sendo os seus níveis de autocompaixão parcialmente explicados pelos elevados níveis de criticismo percebido por parte dos outros (Beaton et al., 2020). Para além disso, os baixos níveis de autocompaixão em indivíduos com PHDA contribuem para uma pior saúde mental destes indivíduos quando comparados com adultos sem PHDA, sugerindo que a autocompaixão pode ser um alvo potencial de intervenção para melhorar a saúde mental dos mesmos (Beaton et al., 2022). As práticas de atenção plena (*mindfulness*) têm também se revelado promissoras para atenuar a sintomatologia principal da PHDA bem como melhorar a função executiva, desregulação emocional, sintomas depressivos e de ansiedade, para além de serem potenciadoras do bem-estar, da autocompaixão e da qualidade de vida em adultos com PHDA (Kretschmer et al., 2022). Por exemplo, quatro sessões de 20 minutos compostas por um breve treino de *mindfulness* melhoraram significativamente o processamento visuoespacial, a memória de trabalho e o desempenho de tarefas do funcionamento executivo em participantes sem experiência em *mindfulness* (Zeidan et al., 2010). As intervenções baseadas em *mindfulness* também são promissoras para a PHDA, uma vez que outro mecanismo de ação proposto é a melhoria na capacidade de regular as emoções (Hölzel et al., 2011; Shapiro et al., 2006). Em relação aos sintomas de PHDA, de acordo com o estudo realizado por Mitchell et al. (2013) que consistiu em avaliar dois grupos, o grupo de treino de meditação *mindfulness* em adultos com PHDA e o grupo de adultos com PHDA em lista de espera. Foi observado que tanto os sintomas de desatenção quanto os de hiperatividade e impulsividade melhoraram no grupo de tratamento em relação ao grupo de controlo da lista de espera ao longo do tempo (Mitchell et al., 2013).

Um modelo de regulação emocional de autocompaixão propõe que as intervenções de autocompaixão impactam o bem-estar psicológico, ao promover habilidades que contribuem para a regulação emocional, como consciência emocional, clareza emocional, e maior aceitação

de situações difíceis e estados emocionais negativos (Finlay-Jones et al., 2015). Além disso, oferecem uma abordagem estruturada para dificuldades pessoais que pode ser adequada aos desafios emocionais de pessoas com traços de PHDA (Farmer et al., 2022).

Questão, Objetivos e Hipóteses

O objetivo desta investigação é perceber se existe uma relação entre as dimensões e a frequência de comportamentos de autocuidado consciente e a gravidade da sintomatologia em adultos com diagnóstico de PHDA. Pretendeu-se também testar diferenças no nível geral de autocuidado e nas suas dimensões entre os tipos de apresentação da PHDA, entre a toma ou não de medicação para a PHDA e entre a existência ou não de um diagnóstico adicional (comorbilidades), controlando para o efeito da sintomatologia psicopatológica (Índice Geral de Sintomas-BSI). Assim sendo, a questão de investigação principal é: "Qual a relação entre comportamentos de autocuidado e a gravidade da sintomatologia em adultos diagnosticados com PHDA?". Os objetivos específicos são (1) caracterizar a amostra em relação ao nível total de autocuidado e às dimensões e a frequência de comportamentos de autocuidado consciente, à presença de sintomatologia psicopatológica e à gravidade da sintomatologia de PHDA; (2) investigar as correlações entre o nível total e as dimensões de autocuidado, a sintomatologia psicopatológica (BSI) e a gravidade da sintomatologia de PHDA; e (3) examinar as diferenças no nível total de autocuidado e nas suas dimensões entre os tipos de apresentação de PHDA, o uso ou não de medicação para PHDA e a existência ou não de um diagnóstico adicional, controlando o efeito da sintomatologia psicopatológica (BSI).

Considerando os objetivos definidos e os conhecimentos já disponíveis na literatura, hipotetiza-se que poderá haver uma associação negativa entre o autocuidado e a gravidade da sintomatologia em adultos diagnosticados com PHDA (Beaton et al. 2020; Beaton et al., 2022; Egede et al., 2009; Kretschmer et al., 2022), sugerindo que maior gravidade da sintomatologia de PHDA estará associada a menor nível de autocuidado global. Perante a inexistência de literatura específica para a relação entre autocuidado e sintomatologia de PHDA, não se formulam hipóteses exploratórias nem confirmatórias para os objetivos enunciados anteriormente no ponto 3.

Método

Tipo de estudo

O presente estudo é de cariz descritivo, pois descreve os fenómenos, e correlacional, uma vez que identifica a relação das variáveis.

Participantes

Neste estudo participaram 20 indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de PHDA estabelecido. Foram incluídos apenas indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico de PHDA estabelecido. Por outro lado, foram excluídos indivíduos com menos de 18 anos e indivíduos com outros diagnósticos de perturbações do neurodesenvolvimento, como a Perturbação do espectro do autismo.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

Este questionário possibilitou a obtenção de dados referentes à idade, género, nível de escolaridade, estado civil e ocupação atual. Foram também recolhidos dados sobre a idade em que o diagnóstico de PHDA foi estabelecido e qual o tipo de apresentação diagnosticado, bem como informação relativa à existência de outros diagnósticos em comorbilidade. Questionou-se também os participantes acerca da terapêutica para a PHDA, nomeadamente se se encontravam a tomar medicação e qual a sua periodicidade, bem como se estavam a receber apoio psicoterapêutico.

Inventário Breve de Sintomas (BSI)

O Inventário Breve de sintomas (BSI; Derogatis, 1993; Canavarro, 1999; Canavarro, 2007) é um instrumento de autorrelato de rastreio do mal-estar psicológico composto por 53 itens, cotados numa escala de 5 pontos do tipo likert que diverge de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes), validado para a população portuguesa.

Este instrumento avalia sintomas psicopatológicos no que diz respeito a 9 dimensões de sintomatologia, sendo estas: Somatização (7 itens), Obsessões-compulsões (6 itens), Sensibilidade interpessoal (4 itens), Depressão (6 itens), Ansiedade (6 itens), Hostilidade (5 itens), Ansiedade fóbica (5 itens), Ideação Paranoide (5 itens), Psicoticíssimo (5 itens). Além disso, apresenta 3 Índices Globais:

Índice Geral de Sintomas (IGS), que representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas relatados, Índice de Sintomas Positivos (ISP), que oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram relatados e o Total de Sintomas Positivos (TSP), que demonstra o número de queixas sintomáticas apontadas (Canavarro, 2007). No presente estudo, o instrumento BSI apresenta altos níveis de consistência interna ($\alpha = .95$) e alta confiabilidade, o que significa que apresenta uma consistência muito boa.

Mindful Self – Care Scale (MSCS)

A *Mindful Self-Care Scale* (MSCS; Cook-Cottone et al., 2016) é uma escala de autorrelato composta por 33 itens que avaliam a frequência de comportamentos de autocuidado. O MSCS é constituído por seis subescalas: Cuidados Físico, Relações de Apoio, Consciência *Mindful*, Autocompaixão e Propósito, Relaxamento *Mindful* e Estrutura de Suporte. As opções de resposta variam de 1 (“nunca”) a 5 (“regularmente”) e apenas um item (item 6) é codificado inversamente. Pontuações mais altas nos fatores e na escala total indicam comportamentos mais conscientes e de autocuidado. Quanto à versão portuguesa do MSCS (Cabral et al., 2021) é composta por 26 itens devido à necessidade de eliminar alguns itens que se referiam a práticas que asseguravam as necessidades básicas (e.g., nutrição e hidratação), um resultado semelhante ao verificado na versão turca. Na cultura portuguesa, esses comportamentos podem ser considerados como fundamentais para a sobrevivência, em vez de comportamentos de autocuidado.

O MSCS é constituído por seis subescalas (Cuidados Físicos; Relações de Apoio; Consciência *Mindful*; Autocompaixão e Propósito; Relaxamento *Mindful* e Estrutura de Suporte). Os fatores Cuidados Físicos (a experiência física de si mesmo, como nutrição, hidratação e exercício físico) e Autocompaixão e Propósito (os aspetos emocionais e cognitivos de si mesmo, como o reconhecimento de falhas, dificuldades e desafios como parte da experiência humana; a capacidade de se sustentar e estabelecer uma conversa interna reconfortante, bem como atribuir um propósito a múltiplos domínios da vida) referem-se à experiência interna do self. Abarcar as práticas que respondem às necessidades da experiência externa do Self, Cook-Cottone & Guyker (2018) desenvolveram os fatores Relações de Apoio (relacionados com a capacidade do indivíduo de manter relações positivas, nomeadamente passar tempo com pessoas que lhe são boas e/ou ter pessoas na sua vida que o apoiem, que o ouçam e respeitem as suas escolhas) e Estrutura de Suporte (avalia como o sujeito mantém um ambiente de vida agradável e equilibrado, ou seja, manter as áreas de trabalho organizadas, um equilíbrio entre as necessidades dos outros e as suas próprias e gerir o horário de trabalho). Por fim, os fatores Consciência *Mindful* (os aspetos centrais da conscientização, como a capacidade de manter uma consciência clara

dos pensamentos, sentimentos e do corpo, bem como a seleção cuidadosa e intencional de pensamentos e sentimentos para orientar as ações) e Relaxamento *Mindful* (a capacidade de se envolver em práticas que promovam o relaxamento, como usar os sentidos. O MSCS destina-se a indivíduos adultos com idade igual ou superior a 18 anos (Cabral et al., 2021).

O estudo de validação da versão portuguesa do MSCS, mostrou uma boa consistência interna da escala total ($\alpha = .90$). No presente estudo, a escala MSCS demonstra uma boa consistência interna e alta confiabilidade ($\alpha = .85$). Cada subescala também apresentou consistências internas razoáveis e boas: Cuidados físicos ($\alpha = .76$); Relações de Apoio ($\alpha = .78$); Consciência *Mindful* ($\alpha = .84$); Autocompaixão e Propósito ($\alpha = .76$); Relaxamento *Mindful* ($\alpha = .64$) e Estrutura de Suporte ($\alpha = .79$).

Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto-V1.1 (ASRS-V1.1)

Esta escala é um instrumento que integra os dezoito critérios do DSM-IV-TR. É uma escala tipo Likert de cinco pontos, de 0 (nunca) a 4 (muito frequentemente). Das dezoito questões apresentadas, seis foram identificadas como as mais previstas de sintomas coerentes com PHDA. Essas seis questões formam a base da avaliação ASRS - V1.1, compreendendo também a Parte A da escala. A Parte B inclui as doze questões restantes (OMS et al., 2003).

O conteúdo do questionário reflete a importância que o DSM-4 atribui aos sintomas, impacto funcional e antecedentes do utente para um diagnóstico correto. A escala demora cerca de 5 minutos a completar e pode fornecer informação fundamental para completar o processo de diagnóstico (OMS et al., 2003). O conteúdo do questionário reflete a ênfase do DSM-4 nos sintomas, no impacto funcional e nos antecedentes do indivíduo para uma avaliação diagnóstica precisa. A conclusão da escala leva aproximadamente 5 minutos e pode oferecer informações cruciais para a conclusão do processo diagnóstico (OMS et al., 2003). O resultado total da escala de PHDA foi obtido pela soma dos 18 itens, sendo que quanto maior a pontuação maior a severidade dos sintomas. A escala de PHDA apresenta altos níveis de consistência interna para a nossa amostra e alta confiabilidade ($\alpha = .86$).

Procedimentos

Recolha dos dados

Para garantir a conformidade com todas as normas éticas e diretrizes deste projeto, foram preparados e submetidos os seguintes documentos ao comitê responsável: um requerimento, declarações de compromisso de ética e de entrega de resultados finais, juntamente com o consentimento informado (Anexo A), o protocolo de instrumentos de recolha de dados, assim como o projeto de investigação. De forma a ser possível utilizar os instrumentos referidos, foi solicitada a autorização aos autores encarregues pela tradução, validação e/ou adaptação desses materiais para a população portuguesa.

No que diz respeito ao plano de recolha de dados do estudo, os participantes foram primeiramente contactados por profissionais de saúde que têm experiência direta com adultos diagnosticados com PHDA, em contexto de clínica privada, com o propósito de lhes informar sobre o estudo e convidá-los a participar. Após a aceitação, os participantes receberam um link para terem acesso aos questionários, os quais foram registados na plataforma *Forms do Outlook/Office*. Além dos questionários mencionados anteriormente na secção dos instrumentos, o consentimento informado dos participantes foi recolhido inicialmente de forma digital. No consentimento informado, foi assegurado que a participação seria totalmente anónima e confidencial, e que os participantes poderiam interromper o preenchimento do formulário a qualquer momento (Anexo A).

Análise de dados

Com o propósito de análise dos dados foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics 27, depois de estes terem introduzidos no SPSS, e de se ter procedido à limpeza de dados e à computação das variáveis. De seguida, procedeu-se à caracterização da distribuição, estatísticas descritivas e por último à seleção dos testes estatísticos para a testagem de hipóteses. A análise da normalidade da distribuição das variáveis em estudo, através do teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, revelou que as mesmas apresentam uma distribuição aproximadamente normal. Perante este resultado foram realizadas análises estatísticas de natureza paramétrica.

Quanto aos testes estatísticos, foram realizadas análises de correlação entre as variáveis, de modo a perceber a relação entre as mesmas e análise de diferenças para testar as diferenças entre os grupos.

Resultados

Tabela 1

Características Sociodemográficas da amostra

Características	Amostra	
	<i>n</i>	%
Género		
Feminino	17	85.0%
Masculino	2	10.0%
Não Binário	1	5.0%
Idade		
20-31	8	40.0%
33-40	6	30.0%
41-48	6	30.0%
Escolaridade		
Secundário	2	10.0%
Licenciatura	10	50.0%
Mestrado	8	40.0%
Estado Civil		
Solteiro	10	50.0%
Casado/União de Facto	9	45.0%
Divorciado	1	5.0%
Ocupação Atual		
Estudante	2	10.0%
Trabalhador	15	75.0%
Estudante-Trabalhador	1	5.0%
Desempregado	2	10.0%
Tipo de Apresentação da PHDA		
Apresentação Desatenta	6	30.0%
Apresentação Combinada	13	65.0%
Omisso	1	5.0%
Toma de medicação para a PHDA		
Não	5	25.0%
Sim	15	75.0%
Diagnóstico Adicional (em Comorbilidade)		
Não	11	55.0%
Sim	9	45.0%
Ansiedade	3	15.0%
Burnout	1	5.0%
Depressão	1	5.0%
Depressão e Ansiedade	1	5.0%

Depressão, Alguma Ansiedade e POC	1	5.0%
Perturbação de Ansiedade Generalizada e Depressão	1	5.0%

A amostra é constituída por 20 participantes, 17 (85.0%) do género feminino, 2 (10.0%) do género masculino e 1 que se identificou como não-binário.

Quanto à idade dos participantes, esta varia entre os 20 e os 48 anos, com uma média de 35.00 e um desvio padrão de 8.34. A variável “idade” foi utilizada para fornecer quatro medidas descritivas, o valor mínimo presente na amostra (20 anos), o valor máximo (48), a média das idades de todos os participantes (35.00) e o respetivo desvio-padrão (8.34).

Relativamente à escolaridade, dos 20 participantes, 2 (10.0%) possuem o secundário, 10 (50.0%) a licenciatura e 8 (40.0%) o mestrado como habilitações literárias.

Relativamente ao estado civil, dos 20 participantes, 10 (50.0%) são solteiros, 9 (45.0%) estão casados ou em união de facto e 1 (5.0%) encontra-se divorciado.

Quanto à ocupação atual, dos 20 participantes, 2 (10.0%) são estudantes, 15 (75.0%) são trabalhadores, 1 (5.0%) é estudante-trabalhador e 2 (10.0%) encontram-se desempregados.

Relativamente ao tipo de apresentação da PHDA, dos 20 participantes, 6 (30.0%) apresentam PHDA de apresentação predominantemente desatenta, 11 (55.0%) apresentam PHDA de apresentação combinada e 3 (15.0%) não sabem qual tipo de apresentação da PHDA apresentam.

Em relação à toma de medicação para a PHDA, dos 20 participantes, 15 (75.0%) tomam medicação para a PHDA e 5 (25.0%) não tomam medicação para a PHDA.

Quanto ao diagnóstico adicional (em comorbilidade), dos 20 participantes, 9 (45.0%) responderam “sim” e 11 (55.0%) responderam “não”. Dos 9 participantes que responderam “sim”, 3 (15.0%) apresentam Ansiedade, 1 (5.0%) apresenta Burnout, 1 (5.0%) apresenta Depressão, 1 (5.0%) apresenta Depressão e Ansiedade, 1 (5.0%) apresenta Depressão, alguma Ansiedade e Perturbação Obsessivo-Compulsiva, 1 (5.0%) apresenta Perturbação de Ansiedade Generalizada e Depressão.

Tabela 2

Correlações entre o nível de Autocuidado (nível geral e dimensões: Cuidados Físicos, Relações de Apoio, Consciência Mindful, Autocompaixão e Propósito, Relaxamento Mindful e Estrutura de Suporte), com a sintomatologia psicopatológica (índice geral de sintomas- BSI) e a gravidade da sintomatologia de PHDA

Variável	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. ASRS_total	20	67.80	8.13	—	-.532*	-.167	-.382	-.286	-.263	-.614**	-.228	.433
2. MSCS_total	18	2.60	.45		—							-.703**
3. MSCS_CuidadosFísicos	20	1.67	.70			—						-.061
4. MSCS_RelaçõesApoio	20	3.14	.76				—					-.609**
5. MSCS_ConsciênciaMindful	19	2.70	.82					—				-.438
6. MSCS_AutocompaixãoPropósito	20	2.56	.66						—			-.282
7. MSCS_RelaxamentoMindful	19	2.61	.76							—		-.287
8. MSCS_EstruturaSuporte	20	2.95	.85								—	-.407
9. BSI_total	20	1.30	.58									—

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$

r coeficiente de correlação significativa de Pearson

r_s coeficiente de correlação significativa de Spearman

Para examinar a presença de correlações entre o nível e as dimensões do Autocuidado, a sintomatologia psicopatológica (dimensões e Índice Geral de Sintomas-BSI) e a gravidade da sintomatologia de PHDA, foram conduzidas análises de correlação de Pearson e de Spearman entre as variáveis.

Inicialmente, o objetivo foi avaliar a relação entre o nível de Autocuidado e a sintomatologia psicopatológica utilizando o Índice Geral de Sintomas (BSI) atendendo a que os níveis de sintomatologia psicopatológica podem ser uma variável confundidora da relação entre o Autocuidado e a sintomatologia de PHDA, posteriormente foi avaliada a relação entre o nível de Autocuidado e a gravidade da sintomatologia de PHDA. Para este propósito, foram conduzidas correlações entre as variáveis, utilizando os scores totais das mesmas.

Com o intuito de verificar a presença de uma associação entre o nível de Autocuidado e a sintomatologia psicopatológica (mal-estar psicológico), uma correlação de Pearson foi realizada. Neste caso, existe uma correlação negativa significativa entre o Autocuidado e a sintomatologia psicopatológica, avaliada a partir do BSI, $r = -.703$, $p = .001$. Assim, mais Autocuidado está associado a menos sintomatologia psicopatológica, ou menos Autocuidado está associado a mais sintomatologia psicopatológica.

Posteriormente, pretendeu-se avaliar a relação entre as seis subescalas do Autocuidado (Cuidados Físicos, Relações de Apoio, Consciência *Mindful*, Autocompaixão e Propósito, Relaxamento *Mindful* e Estrutura de Suporte) e a sintomatologia psicopatológica (BSI). Para esse fim, foram conduzidas correlações entre as variáveis.

Apenas se verificou que existe uma associação entre a subescala Relações de Apoio e a sintomatologia psicopatológica (mal-estar psicológico), através da correlação de Pearson. Neste caso, existe uma correlação negativa significativa entre o nível de Relações de Apoio e a sintomatologia psicopatológica, avaliada a partir do BSI, $r = -.614$, $p = .005$. Assim, mais Relações de Apoio está associada a menos sintomatologia psicopatológica, ou menos Relações de Apoio está associada a mais sintomatologia psicopatológica.

Com o intuito de verificar a presença de uma associação entre o nível de Autocuidado e a gravidade da sintomatologia de PHDA, procedeu-se com uma correlação de Pearson. Neste caso, existe uma correlação negativa significativa entre o Autocuidado

e a gravidade da sintomatologia de PHDA, $r = -.532$, $p = .023$. Assim, mais Autocuidado está associado a menos gravidade da sintomatologia de PHDA, ou, menos Autocuidado está associado a mais gravidade da sintomatologia de PHDA.

Por último, procurou-se avaliar a ligação entre as seis subescalas do Autocuidado (Cuidados Físicos, Relações de Apoio, Consciência *Mindful*, Autocompaixão e Propósito, Relaxamento *Mindful* e Estrutura de Suporte) e a gravidade da sintomatologia de PHDA. Para isso foram efetuadas correlações entre as variáveis.

Constatou-se apenas uma associação significativa entre a subescala Relaxamento *Mindful* e a gravidade da sintomatologia de PHDA, sendo que a correlação é negativa e significativa entre o Relaxamento *Mindful* e a gravidade da sintomatologia de PHDA, $r = -.614$, $p = .005$. Assim, mais Relaxamento *Mindful* está associado a menos gravidade da sintomatologia de PHDA, ou, menos Relaxamento *Mindful* está associado a mais gravidade da sintomatologia de PHDA.

Com o objetivo de testar diferenças no nível geral de Autocuidado e nas suas dimensões entre os tipos de apresentação da PHDA, entre participantes que tomam ou não medicação para a PHDA e entre participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional/em comorbilidade, recorreu-se ao teste T para amostras independentes. Como se verificaram correlações significativas entre o score total do Autocuidado e o total de sintomatologia psicopatológica, bem como entre a escala de Relações de Apoio e o total de sintomatologia psicopatológica nas análises, recorreu-se à análise de covariância (ANCOVA) para controlar o efeito da mesma (uma vez que esta variável pode ser confundidora).

Diferenças entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada da PHDA ao nível da escala de Autocuidado e respetivas subescalas

Com o objetivo de testar diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível do **total de Autocuidado**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável, com o valor de $p = .264$, ou seja, $p > .05$. Verifica-se que não existem diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação (apresentação desatenta versus apresentação combinada) ao nível do Autocuidado, $F(2,14) = 1,970$; $p > .05$.

Tabela 3

Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Cuidados Físicos

	Apresentação desatenta (n=6)		Apresentação combinada (n=13)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Cuidados Físicos	1.56	.91	1.72	.65	-.45 (17)	.661	.74

Não se verificam diferenças significativas entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada ao nível dos **Cuidados Físicos**, $t(17) = -.45$, $p = .661$.

De forma a testar diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível das **Relações de Apoio**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .214$, ou seja, $p > .05$. Conclui-se que não estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação (apresentação desatenta versus apresentação combinada), $F(2,16) = 2,354$; $p > .05$.

Tabela 4

Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Consciência Mindful

	Apresentação desatenta (n=6)		Apresentação combinada (n=12)		$t(\text{gl})$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Consciência Mindful	2.96	.53	2.57	.96	.93 (16)	.366	.85

Não há diferenças significativas entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada ao nível da **Consciência Mindful**, $t(16) = .93$, $p = .366$.

Tabela 5

Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Autocompaixão e Propósito

	Apresentação desatenta (n=6)		Apresentação combinada (n=13)		$t(\text{gl})$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Autocompaixão e Propósito	2.83	.60	2.44	.70	1.20 (17)	.248	.67

Não há diferenças significativas entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada ao nível da **Autocompaixão e Propósito**, $t(17) = 1.20$, $p = .248$.

Tabela 6

Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Relaxamento Mindful

	Apresentação desatenta (n=6)		Apresentação combinada (n=12)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Relaxamento Mindful	2.67	.79	2.54	.80	.32 (16)	.757	.79

Não se verificam diferenças significativas entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada ao nível do **Relaxamento Mindful**, $t(16) = .32$, $p = .757$.

Tabela 7

Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Estrutura de Suporte

	Apresentação desatenta (n=6)		Apresentação combinada (n=13)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Estrutura de Suporte	3.54	.75	2.67	.80	2.24 (17)	.039	.78

Há diferenças significativas entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada ao nível da **Estrutura de Suporte**, $t(17) = 2.24$, $p = .039$, sendo que os participantes com diagnóstico de PHDA de apresentação desatenta apresentam maior Estrutura de Suporte do que os participantes de apresentação combinada.

Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da escala de Autocuidado e respetivas subescalas

Com o objetivo de testar diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível do **Autocuidado**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi realizada uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável, com o valor de $p = .756$, ou seja, $p > .05$. Verifica-se que não existem diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação (participantes que tomam medicação

para a PHDA e os participantes que não tomam medicação para a PHDA), após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica, $F(1,15) = .707; p > .05$.

Tabela 8

Diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala Cuidados Físicos

	Sim (n=15)		Não (n=5)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Cuidados Físicos	1.71	.75	1.53	.56	-.48 (18)	.636	.72

Não há diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação para a PHDA ao nível dos **Cuidados Físicos**, $t(18) = -.48, p = .636$.

De forma a testar diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível das **Relações de Apoio**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi realizada uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável, com o valor de $p = .438$, ou seja, $p > .05$. Verifica-se que não existem diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação (participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação para a PHDA) ao nível das Relações de Apoio, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica, $F(1,17) = 1,296; p > .05$.

Tabela 9

Diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala Consciência Mindful

	Sim (n=14)		Não (n=5)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Consciência <i>Mindful</i>	2.59	.75	3.00	1.03	.96 (17)	.353	.83

Não há diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação para a PHDA ao nível da **Consciência Mindful**, $t(17) = .96, p = .353$.

Tabela 10

Diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala Autocompaixão e Propósito

	Sim (n=15)		Não (n=5)		$t(gl)$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Autocompaixão e Propósito	2.51	.62	2.70	.84	.54 (18)	.595	.68

Não existem diferenças significativas entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da **Autocompaixão e Propósito**, $t(18) = .54, p = .595$.

Tabela 11

Diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala Relaxamento Mindful

	Sim (n=15)		Não (n=4)		$t(gl)$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Relaxamento Mindful	2.57	.59	2.75	1.32	.42 (17)	.679	.77

Não se verificam diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação para a PHDA ao nível do **Relaxamento Mindful**, $t(17) = .42, p = .679$.

Tabela 12

Diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala Estrutura de Suporte

	Sim (n=15)		Não (n=5)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Estrutura de Suporte	3.03	.85	2.70	.86	-.76 (18)	.460	.86

Não há diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação para a PHDA ao nível da **Estrutura de Suporte**, $t(18) = -.76$, $p = .460$.

Diferenças entre a presença ou não de diagnóstico adicional/comórbido ao nível da escala de Autocuidado e respetivas subescalas

De forma a testar diferenças entre os participantes que apresentam ou não um diagnóstico adicional/comórbido ao nível do **Autocuidado**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .857$, ou seja, $p > .05$ pelo que se verifica que não existem diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação (participantes que apresentam diagnóstico adicional e participantes que não apresentam diagnóstico adicional), ao nível do Autocuidado, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica $F(1,15) = 0,613$; $p > .05$.

Tabela 13

Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Cuidados Físicos

	Sim (n=9)		Não (n=11)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Cuidados Físicos	1.59	.55	1.73	.83	.42 (18)	.681	.72

Não existem diferenças significativas entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível dos **Cuidados Físicos**, $t(18) = .42, p = .681$.

Com o objetivo de testar diferenças entre os participantes que apresentam ou não um diagnóstico adicional ao nível das **Relações de Apoio**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi realizada uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável, com o valor de $p = .956$, ou seja, $p > .05$. Não existem diferenças significativas entre a presença ou não de um diagnóstico adicional ao nível das Relações de Apoio, após o controle para o efeito da sintomatologia psicopatológica $F(1,17) = 1,570; p > .05$.

Tabela 14

Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Consciência Mindful

	Sim (n=8)		Não (n=11)		$t(\text{gl})$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Consciência <i>Mindful</i>	2.84	.90	2.59	.79	-.65 (17)	.524	.84

Não há diferenças significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível da **Consciência Mindful**, $t(17) = -.65, p = .524$.

Tabela 15

Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Autocompaixão e Propósito

	Sim (n=9)		Não (n=11)		$t(\text{gl})$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Autocompaixão e Propósito	2.61	.74	2.52	.63	-.31 (18)	.757	.68

Não se verificam diferenças significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível da **Autocompaixão e Propósito**, $t(18) = -.31, p = .757$.

Tabela 16

Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Relaxamento Mindful

	Sim (n=9)		Não (n=10)		$t(gl)$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Relaxamento <i>Mindful</i>	2.56	.86	2.65	.69	.27 (17)	.794	.78

Não há diferenças significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível do **Relaxamento Mindful**, $t(17) = .27, p = .794$.

Tabela 17

Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Estrutura de Suporte

	Sim (n=9)		Não (n=11)		$t(gl)$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Estrutura de Suporte	2.50	.78	3.32	.73	2.41 (18)	.027	.76

Há diferenças significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível da **Estrutura de Suporte**, $t(18) = 2.41, p = .027$, sendo que os participantes que apresentam um diagnóstico adicional de PHDA têm menor Estrutura de Suporte.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal explorar as relações entre o nível e as dimensões do Autocuidado e a gravidade da sintomatologia de PHDA, numa amostra de adultos diagnosticados com PHDA.

Os resultados sugerem que existe uma correlação estatisticamente significativa negativa forte entre o Autocuidado e a gravidade da sintomatologia de PHDA, onde pontuações mais elevadas no Autocuidado indicam menos gravidade da sintomatologia de PHDA. Para além da PHDA afetar a vida profissional e social dos pacientes e estar relacionada ao desemprego (Able et al., 2014), a PHDA está também associada ao maior uso de serviços de saúde (e.g., devido ao aumento do risco de lesões e acidentes de transporte, criminalidade, tabagismo e perturbações por uso de substâncias (SUDs) (Kessler et al., 2006; Chang et al., 2014). A relação entre *workaholism* e PHDA foi demonstrada por Andreassen et al. (2016), entre outros autores. Além da capacidade de hiperfoco, também sugerem uma hipótese de compensação em que os adultos com PHDA podem passar noites e fins de semana a trabalhar para ter um desempenho igual ao dos seus colegas ou para trabalhar sem distrações, o que possivelmente lhes retira tempo para o autocuidado. Além disso, Andreassen et al. (2016) sugerem que a natureza desatenta da PHDA pode levar à procrastinação e ao perfeccionismo, enquanto a natureza impulsiva pode fazer com que os indivíduos assumam mais tarefas do que podem realizar. Isso pode ser agravado pela hiperatividade, que, combinada com dificuldades para relaxar, pode levar ao *stress* e *burnout*. É expectável que todas estas características do perfil de funcionamento de indivíduos com PHDA possa conduzir a menor capacidade de se envolverem em comportamentos de autocuidado, sobretudo quanto maior for a gravidade da sintomatologia.

Os resultados sugerem que há uma correlação estatisticamente significativa negativa forte entre o Relaxamento *Mindful* e a gravidade da sintomatologia de PHDA, onde pontuações mais elevadas no Relaxamento *Mindful* indicam menos gravidade da sintomatologia de PHDA. Deste modo, pessoas com PHDA com maior capacidade de relaxar de forma consciente tendem a apresentar menos gravidade da sintomatologia de PHDA. A literatura tem demonstrado que os adultos com PHDA apresentam níveis inferiores de *mindfulness* traço/disposicional, quando comparados com adultos sem PHDA (Smalley et al., 2009), o que é compreensível pela natureza dos sintomas da perturbação que estão estreitamente relacionados com as dificuldades de atenção. As intervenções baseadas em *mindfulness* são um tipo de treino cognitivo

envolvendo várias estratégias para melhorar a atenção, autorregulação afetiva, tranquilidade e melhor qualidade de vida (Chiesa et al., 2011). Pelo que ao aumentar a atenção, os pesquisadores acreditam que a meditação *mindful* pode melhorar os principais sintomas da PHDA, que incluem conclusão de tarefas, autorregulação e controlo de impulsos (Kirk et al., 2014). As práticas de meditação *mindfulness* envolvem a atenção focada num objeto particular (e.g., a respiração da própria pessoa) e ser capaz de voltar a focar na respiração após acontecerem momentos de distração, o que levará a uma maior capacidade de regular a atenção (Mitchell et al., 2015). Este dado da literatura corrobora o resultado do presente estudo que denota que os participantes deste estudo com maior nível de Relaxamento *Mindful* (traço) apresentam menor sintomatologia da perturbação.

Diferenças entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada da PHDA ao nível da escala de Autocuidado e respetivas subescalas

Ao analisar a apresentação desatenta em comparação com a apresentação combinada, conclui-se que há uma diferença significativa nas médias entre os dois grupos em relação ao nível da Estrutura de Suporte, sendo que os participantes que apresentam apresentação desatenta pontuaram mais alto na Estrutura de Suporte ($M = 3.54$, $DP = .75$), em comparação com os participantes com apresentação combinada, que pontuaram mais baixo ($M = 2.89$, $DP = .66$). Ter maior Estrutura de Suporte, no presente estudo, significa ter maior capacidade de organização (nomeadamente na sua área de trabalho) que seja um suporte à realização das tarefas, ter maior capacidade de manutenção de um ambiente de vida organizado, confortável e agradável, ser mais capaz de manter uma agenda flexível e de conciliar de forma equilibrada as suas necessidades com as necessidades dos outros, ou seja, ser capaz de manter condições estruturais que permitem o funcionamento equilibrado do indivíduo. Do ponto de vista teórico esta subescala do autocuidado parece ter pontos comuns com o conceito de impacto funcional que tem vindo a ser alvo de estudo, não só na PHDA, como na psicopatologia em geral. No caso da PHDA, o diagnóstico através do DSM-5 pressupõe a existência dos sintomas, mas também a evidência de que estes interferem com, ou reduzem a qualidade do funcionamento ocupacional, social e académico do indivíduo (APA, 2014). Ou seja, não podem estar presentes apenas os sintomas para o diagnóstico, mas tem de haver evidência de impacto na vida do sujeito, sendo muitas vezes este o motivo pelo qual os indivíduos pedem ajuda (Kosheleff et al., 2023). Na verdade, o resultado do presente estudo parece ser corroborado por estudos anteriores que demonstram que a apresentação combinada da PHDA está associada a um maior nível de impacto funcional (Meyer et al., 2022; Willcut et al., 2012), sugerindo que a quantidade

de sintomas que estes indivíduos cumprem podem afetar a sua percepção de impacto funcional no dia-a-dia. No que diz respeito às restantes análises não se confirmaram diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação ao nível da escala autocuidado e das subescalas Cuidados Físicos, Relações de Apoio, Consciência *Mindful*, Autocompaixão e Propósito e Relaxamento *Mindful*.

Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da escala de Autocuidado e respetivas subescalas

Ao comparar a toma ou não de medicação para a PHDA, conclui-se que não se verificam diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação ao nível da escala Autocuidado e das subescalas Cuidados Físicos, Relações de Apoio, Consciência *Mindful*, Autocompaixão e Propósito, Relaxamento *Mindful* e Estrutura de Suporte. A não existência de diferenças significativas, poderá ser explicado pela reduzida dimensão amostral.

Diferenças entre a presença ou não de diagnóstico adicional/comórbido ao nível da escala de Autocuidado e respetivas subescalas

Ao comparar a presença ou não de um diagnóstico adicional, conclui-se que estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação ao nível da Estrutura de Suporte, sendo que os participantes que não apresentam um diagnóstico adicional, obtiveram uma pontuação mais elevada na Estrutura de Suporte ($M = 3.32$, $DP = .73$), em comparação com os participantes que apresentam um diagnóstico adicional, que obtiveram uma pontuação mais reduzida ($M = 2.50$, $DP = .78$). Em relação às restantes análises, não se evidenciaram diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação ao nível da escala Autocuidado e das subescalas Cuidados Físicos, Relações de Apoio, Consciência *Mindful*, Autocompaixão e Propósito e Relaxamento *Mindful*. Segundo Friedrichs et al. (2010), os sintomas de PHDA estão associados a um maior risco de eventos stressantes da vida, como o divórcio, perda de emprego ou perda financeira. Como mencionado anteriormente, adultos com PHDA também apresentam elevado risco de sofrer de outra perturbação de saúde mental em comorbilidade. Diversos estudos descobriram que a maioria dos adultos com PHDA cumprem critérios para pelo menos um diagnóstico psiquiátrico comórbido (Kessler et al., 2006). No estudo de Polyzoi et al. (2018) é relatado que aproximadamente 80% dos indivíduos com PHDA, têm pelo menos uma comorbilidade, como depressão, ansiedade, perturbação do uso de substâncias, perturbação bipolar, perturbação de personalidade antissocial e perturbações do controlo dos impulsos. O resultado do presente estudo sugere que os indivíduos que

apresentam comorbilidades têm menor estrutura de suporte, ou seja, menor capacidade de organização, menor capacidade de manutenção de um ambiente de vida organizado, confortável e agradável, e menos capaz de manter uma agenda flexível e de conciliar de forma equilibrada as suas necessidades com as necessidades dos outros. Este resultado é, de alguma forma, corroborado por estudos anteriores que mostram que o impacto funcional é maior em indivíduos com PHDA e comorbilidades do que em indivíduos só com diagnóstico de PHDA (Sobanski et al., 2007), assumindo-se aqui novamente a aproximação concetual entre a subescala de estrutura de suporte e o conceito de impacto funcional (*functional impairment*).

Conclusão

A PHDA é uma perturbação, que surge sobretudo na infância e pode prolongar-se na idade adulta, contudo a maior parte dos estudos sobre a PHDA são referentes à infância, por isso este estudo é relevante ao incidir apenas na idade adulta.

Para além deste estudo analisar a PHDA na idade adulta, também é relevante pelo facto de analisar a gravidade dos sintomas da PHDA e a sua ligação com os comportamentos de autocuidado e as suas subescalas Cuidados Físicos, Relações de Apoio, Consciência *Mindful*, Autocompaixão e Propósito, Relaxamento *Mindful* e Estrutura de Suporte. Os níveis de autocuidado também foram analisados em relação com o tipo de apresentação de PHDA (apresentação desatenta e combinada), a toma ou não de medicação para a PHDA e a presença ou não de diagnóstico adicional/comórbido. Os resultados deste estudo mostraram que adultos com a apresentação predominantemente desatenta da PHDA tendem a apresentar mais Estrutura de Suporte, que os adultos com PHDA de apresentação combinada. Os adultos diagnosticados com PHDA, que não apresentam um diagnóstico adicional/comórbido, têm mais probabilidade de apresentarem mais Estrutura de Suporte, do que os adultos com diagnóstico adicional/comórbido.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se a reduzida dimensão da amostra que pode condicionar os resultados e o inexistente número de estudos com as variáveis incluídas neste estudo, o que não permite suportar os resultados deste estudo com base em estudos anteriores.

Por último, importa mencionar as implicações deste estudo para a prática clínica, uma vez que até ao momento, os estudos que relacionam a sintomatologia de PHDA com os comportamentos de autocuidado são inexistentes, daí a importância deste estudo para contribuir para aprofundar o conhecimento sobre esta relação. Como a variável autocuidado é muito abrangente, foram avaliadas as várias áreas que influenciam a vida, neste caso em particular, da população adulta com PHDA. Estudos atuais demonstram que o *mindfulness* e a autocompaixão têm um papel importante nos comportamentos de autocuidado, e contribuem para a saúde mental de pessoas com PHDA, por isso, intervenções baseadas em *mindfulness*, quando praticadas regularmente, podem resultar em melhorias significativas no bem-estar e na saúde mental de adultos com PHDA.

Referências Bibliográficas

- Able, S., Haynes, V., & Hong, J. (2014). Diagnosis, treatment, and burden of illness among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe. *Pragmatic and Observational Research*, 21. <https://doi.org/10.2147/por.s64348>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Sinha, R., Hetland, J., & Pallesen, S. (2016). The Relationships between Workaholism and Symptoms of Psychiatric Disorders: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, 11(5), e0152978. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152978>
- Bandura, A. (2005). The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion. *Applied Psychology*, 54(2), 245–254. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x>
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202.
- Beaton, D. M., Sirois, F. M., & Milne, E. (2020). Self-compassion and perceived criticism in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Mindfulness*, 11, 2506–2518. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01464-w>
- Beaton, D. M., Sirois, F., & Milne, E. (2022). The role of self-compassion in the mental health of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 1–16. <https://doi.org/10.1002/jclp.23354>
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Mick, E., Lehman, B. K., & Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1792–1798. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1792>
- Bressi, S. K., & Vaden, E. R. (2016). Reconsidering Self Care. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 33–38. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0575-4>

- Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., & Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*(1), 47. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-47>
- Cabral, J., Barreto Carvalho, C., da Motta, C., Rodrigues, J. P., Pato, C., & Castilho, P. (2021). Mindful self-care scale (MSCS): Psychometric study in a portuguese sample. *SelfCare Journal*, *12*(2), 1–11.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO-APPORIT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In MR Simões, C. Machado, MM Gonçalves, & LS Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. III, pp. 305-330). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carroll, L., Gilroy, P. J., & Murra, J. (1999). The Moral Imperative. *Women & Therapy*, *22*(2), 133–143. https://doi.org/10.1300/j015v22n02_10
- Chang, Z., Lichtenstein, P., D’Onofrio, B. M., Sjölander, A., & Larsson, H. (2014). Serious Transport Accidents in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Effect of Medication. *JAMA Psychiatry*, *71*(3), 319. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4174>
- Chang, L.-Y., Wu, S.-Y., Chiang, C.-E., & Tsai, P.-S. (2017). Depression and self-care maintenance in patients with heart failure: A moderated mediation model of self-care confidence and resilience. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *16*(5), 435-443. <https://doi.org/10.1177/1474515116687179>

- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 449–464. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.003>
- Cook-Cottone, C. (2015a). Embodied self-regulation and mindful self-care in the prevention of eating disorders. *Eating Disorders, 24*(1), 98–105. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1118954>
- Cook-Cottone, C. P. (2015b). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image, 14*, 158–167. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>
- Cook-Cottone, C. P., & Guyker, W. M. (2018). The development and validation of the Mindful Self-Care Scale (MSCS): An assessment of practices that support positive embodiment. *Mindfulness, 9*(1), 161-175.
- Dalsgaard, S., Østergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., & Pedersen, M. G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet, 385*(9983), 2190–2196. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61684-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61684-6)
- Denyes, M. J., Orem, D. E., Bekel, G., & SozWiss. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly, 14*(1), 48–54. <https://doi.org/10.1177/089431840101400113>
- Department of Health (United Kingdom). (2005). Self care support: A compendium of practical examples across the whole system of health and social care. Department of Health.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring, and procedures manual* (3.^a ed.). Minneapolis, MN: Pearson.
- Egede, L. E., Ellis, C., & Grubaugh, A. L. (2009). The effect of depression on self-care behaviors and quality of care in a national sample of adults with diabetes. *General Hospital Psychiatry, 31*(5), 422–427. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.06.007>

- Erickson, J. M., Spurlock, L. K., Kramer, J. C., & Davis, M. A. (2013). Self-Care Strategies to Relieve Fatigue in Patients Receiving Radiation Therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 17*(3), 319–324. <https://doi.org/10.1188/13.cjon.319-324>
- Faheem, M., Akram, W., Akram, H., Khan, M. A., Siddiqui, F. A., & Majeed, I. (2022). Gender-based differences in prevalence and effects of ADHD in adults: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry, 75*(1), 103205. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103205>
- Farmer, G. M., Ohan, J. L., Finlay-Jones, A. L., & Bayliss, D. M. (2022). Well-being and Distress in University Students with ADHD Traits: the Mediating Roles of Self-Compassion and Emotion Regulation Difficulties. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02051-x>
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H. S. G., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B.-E., Piazza, M., & Posada-Villa, J. (2016). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 9*(1), 47–65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PLOS ONE, 10*(7), e0133481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>
- Friedrichs, B., Igl, W., Larsson, H., & Larsson, J.-O. (2010). Coexisting Psychiatric Problems and Stressful Life Events in Adults With Symptoms of ADHD—A Large Swedish Population-Based Study of Twins. *Journal of Attention Disorders, 16*(1), 13–22. <https://doi.org/10.1177/1087054710376909>
- Godfrey, C., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2011). Care of self - care by other - care of other: the meaning of self-care from research, practice,

- policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(1), 3–24. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x>
- Holzappel, N., Löwe, B., Wild, B., Schellberg, D., Zugck, C., Remppis, A., Katus, H. A., Haass, M., Rauch, B., Jünger, J., Herzog, W., & Müller-Tasch, T. (2009). Self-care and depression in patients with chronic heart failure. *Heart & Lung*, 38(5), 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.11.001>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Kessing, D., Denollet, J., Widdershoven, J., & Kupper, N. (2017). Self-care and health-related quality of life in chronic heart failure: A longitudinal analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(7), 605–613. <https://doi.org/10.1177/1474515117702021>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Kirk, U., Gu, X., Harvey, A. H., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2014). Mindfulness training modulates value signals in ventromedial prefrontal cortex through input from insular cortex. *NeuroImage*, 100, 254–262. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.06.035>
- Kosheleff, A. R., Mason, O., Jain, R., Koch, J., & Rubin, J. (2023). Functional Impairments Associated With ADHD in Adulthood and the Impact of Pharmacological Treatment. *Journal of Attention Disorders*, 27(7), 108705472311585. <https://doi.org/10.1177/10870547231158572>

- Kretschmer, C.R., Göz Tebrizcik, B., & Dommett, E.J. (2022). Mindfulness Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Int.* (3), 363-399. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint3040031>
- Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 94(2), 96–103. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>
- Lucock, M., Gillard, S., Adams, K., Simons, L., White, R. & Edwards, C. (2011). Self-care in mental health services: a narrative review. *Health & Social Care in the Community*, 19(6), 602-616.
- Mansbridge, J. (2011). Clarifying the concept of representation. *American Political Science Review*, 105(3), 621-630. <https://doi.org/10.1017/s0003055411000189>
- Martínez, N., Connelly, C., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>
- Martins, J. G. (2023). *Torna-te o amor da tua vida* (pp. 165-181). Planeta.
- Matarese, M., Lommi, M., De Marinis, M. G., & Riegel, B. (2018). A Systematic Review and Integration of Concept Analyses of Self-Care and Related Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 296–305. <https://doi.org/10.1111/jnu.12385>
- Meyer, J., Alaie, I., Ramklint, M., & Isaksson, J. (2022). Associated predictors of functional impairment among adolescents with ADHD—a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00463-0>
- Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C., & Kollins, S. H. (2013). A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion

Dysregulation. *Journal of Attention Disorders*, 21(13), 1105–1120.
<https://doi.org/10.1177/1087054713513328>

Mitchell, J. T., Zylowska, L., & Kollins, S. H. (2015). Mindfulness Meditation Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adulthood: Current Empirical Support, Treatment Overview, and Future Directions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 172–191. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.10.002>

Moss, J. (2020). Rethinking burnout: when self care is not the cure. *American Journal of Health Promotion*, 34(5), 565-568.

Nigg, J. T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 215–228.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.005>

Organização Mundial de Saúde [OMS], Adler, L., Kessler, R. C., & Spencer, T. (2003). *Composite International Diagnostic Interview*.

Polyzoi, M., Ahnemark, E., Medin, E., & Ginsberg, Y. (2018). Estimated prevalence and incidence of diagnosed ADHD and health care utilization in adults in Sweden – a longitudinal population-based register study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 14, 1149–1161. <https://doi.org/10.2147/ndt.s155838>

Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>

Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226–235.
<https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000244>

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

- Smalley, S. L., Loo, S. K., Hale, T. S., Shrestha, A., McGough, J., Flook, L., & Reise, S. (2009). Mindfulness and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology, 65*(10), 1087–1098. <https://doi.org/10.1002/jclp.20618>
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., Philipsen, A., & Rietschel, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257*(7), 371–377. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0712-8>
- Udlis, K. A. (2011). Self-management in chronic illness: Concept and dimensional analysis. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness, 3*(2), 130-139. <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2011.01085.x>
- Weltermann, B. M., Gerasimovska-Kitanovska, B., Thielmann, A., Chambe, J., Lingner, H., Pirrotta, E., Buczkowski, K., Tekiner, S., Czachowski, S., Edirne, T., Zielinski, A., Yikilkan, H., Koskela, T., Petrazzuoli, F., Hoffman, R. D., Petek Šter, M., Guede Fernández, C., Uludağ, A., Hoffmann, K., & Mevsim, V. (2015). Self-Care Practices for Common Colds by Primary Care Patients: Study Protocol of a European Multicenter Survey—The COCO Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2015*, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2015/272189>
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., & Tannock, R. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 991
- World Health Organization (1983). *Health Education in Self-Care: Possibilities and Limitations*. WHO, Geneva.
- World Health Organization. (2013). *Self-care for health: A handbook for community health workers and volunteers*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205887/1/B5084.pdf>

Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, *19*(2), 597–605. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.03.014>

Anexo

ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMADO



Consentimento Informado

A presente investigação está integrada num projeto de compreensão acerca do efeito da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Adultos portugueses, atualmente em curso no Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento, da Universidade Luslada – Norte, Porto. O objetivo deste estudo ambiciona perceber diferentes aspeto e dimensões que possam ser afetadas ou comprometidas em adultos com este diagnóstico. Estes tipos de estudos permitem melhorar os serviços prestados pelas/os psicólogas/os nas mais diversas áreas, assim como contribuir para a formação académica e profissional de futuros profissionais na área da Psicologia.

Para a realização deste estudo, solicita-se a melhor colaboração de homens e mulheres com mais de 18 anos, com diagnóstico prévio de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Os questionários serão preenchidos na plataforma *Google Forms*, no qual o *link* para aceder aos questionários será disponibilizado pelos/as investigadores/as. O preenchimento dos questionários requererá, sensivelmente, 30 minutos. As questões que neles constam abordam temas associados a qualidade de vida, regulação emocional, autocompaixão, autocuidado e *mindfulness*.

A sua participação é voluntária, não tendo qualquer tipo de benefício, custo e/ou risco associados. O anonimato das respostas será assegurada, ao longo de todo o processo de recolha e análise de dados. Os dados recolhidos serão utilizados estritamente para fins académicos e científicos. É, por isso, proibida a transmissão, cedência, ou reprodução, da informação recolhida a qualquer outro tipo de entidades. Os dados serão recolhidos e tratados, tendo por referência as diretrizes do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da Universidade Luslada Norte – Porto. Caso necessite de algum esclarecimento, não hesite em contactar a responsável do estudo: Doutora Sofia Marques (smarques@por.uluslada.pt).

Eu, _____, declaro que li o consentimento informado, que me foi prestada informação sobre o estudo e que aceito que o/a meu/minha educando/a participe no mesmo. Ser-me-á entregue uma cópia deste consentimento, assinada por mim e pelas responsáveis do estudo.

Data: _____

Assinatura: _____

ERRATA

A errata refere-se à dissertação realizada pela estudante Inês da Costa Carvalho, com a seguinte referência:

Carvalho, I. (2024). *A relação entre comportamentos de Autocuidado e a gravidade da sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) em adultos* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada].

Acrescentar na análise de dados (página 24):

Para além disso foram conduzidas análises paramétricas que revelaram os mesmos resultados que os testes não paramétricos, e por esse motivo, optou-se por reportar os resultados dos testes paramétricos.

Acrescentar na discussão (página 38):

A avaliação da normalidade das variáveis em estudo, utilizando os testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, indicou que as distribuições das variáveis são aproximadamente normais. Com base nesses resultados, optou-se por realizar análises estatísticas de natureza paramétrica, uma vez que esses métodos são apropriados e mais robustos quando o pressuposto de normalidade é atendido. Para além disso, verificou-se que os resultados dos testes não paramétricos eram idênticos aos resultados dos testes paramétricos, pelo que se reportaram os resultados destes últimos.

Tabela 2 de acordo com as normas APA (página 27):

Tabela 2

Correlações entre o nível de Autocuidado (nível geral e dimensões: Cuidados Físicos, Relações de Apoio, Consciência Mindful, Autocompaixão e Propósito, Relaxamento Mindful e Estrutura de Suporte), com a sintomatologia psicopatológica (índice geral de sintomas- BSI) e a gravidade da sintomatologia de PHDA

Variável	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. ASRS_total	20	67.80	8.13	—								
2. MSCS_total	18	2.60	.45	-.532 ^{*a}	—							
3. MSCS_CuidadosFísicos	20	1.67	.70	-.167 ^b	-.010 ^b	—						
4. MSCS_RelaçõesApoio	20	3.14	.76	-.382 ^a	.724 ^{**a}	-.378 ^b	—					
5. MSCS_ConsciênciaMindful	19	2.70	.82	-.286 ^a	.675 ^{**a}	-.289 ^b	.444 ^a	—				
6. MSCS_AutocompaixãoPropósito	20	2.56	.66	-.263 ^b	.742 ^{**b}	-.104 ^b	.418 ^b	.757 ^{**b}	—			
7. MSCS_RelaxamentoMindful	19	2.61	.76	-.614 ^{**a}	.503 ^{*a}	.136 ^b	.037 ^a	.385 ^a	.017 ^b	—		
8. MSCS_EstruturaSuporte	20	2.95	.85	-.228 ^a	.689 ^{**a}	.133 ^b	.507 ^{*a}	.093 ^a	.152 ^b	.103 ^a	—	
9. BSI_total	20	1.30	.58	.433 ^a	-.703 ^{**a}	-.061 ^b	-.609 ^{**a}	-.438 ^a	-.282 ^b	-.287 ^a	-.407 ^a	—

Nota. **p* < .05. ***p* < .01

^a coeficiente de correlação de Pearson

^b coeficiente de correlação de Spearman