

Universidades Lusíada

Cardoso, Cláudia Sofia Alves

Estratégias de regulação emocional em adultos com perturbação de hiperatividade/défice de atenção

<http://hdl.handle.net/11067/8337>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma condição do neurodesenvolvimento que, embora frequentemente associada à infância, persiste em muitos casos ao longo da vida adulta, impactando significativamente o funcionamento emocional, social e profissional dos indivíduos. Uma das dimensões menos explorada, mas de extrema relevância na PHDA em adultos, é a regulação emocional. A dificuldade em gerir eficazmente as emoções negativas pode contribuir para o agravamento da sintomatol...

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental condition that, although often associated with childhood, persists in many cases into adulthood, significantly impacting individuals' emotional, social, and occupational functioning. One of the less explored but highly relevant dimensions in adult ADHD is emotional regulation. Difficulties in effectively managing negative emotions may contribute to the worsening of symptoms and to a decline in overall well-being. Objective:...

Palavras Chave

Psicologia, Psicologia clínica, Necessidades Educativas Especiais - Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção - Adultos, Regulação emocional - Adultos, Teste psicológico - Questionário sociodemográfico, Teste psicológico - Questionário de Regulação Emocional (ERQ), Teste psicológico - Escala de Autoavaliação de PDHA para o Adulto (ASRS v1.1)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-31T21:31:33Z com informação proveniente do Repositório



Universidade Lusíada
Porto

Estratégias de Regulação Emocional em Adultos com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

PORTO, 2025

Cláudia Sofia Alves Cardoso



instituto de psicologia
e Ciências da educação
Universidade Lusíada



Universidade Lusíada
Porto

Estratégias de Regulação Emocional em Adultos com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

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

PORTO, 2025

Cláudia Sofia Alves Cardoso

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



instituto de psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

AVISO LEGAL

O conteúdo desta tese reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta tese pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta tese, o/a autor(a) declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção referências. O autor, declara, ainda, que não divulga na presente tese quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Declaração sob compromisso de honra

(Artigo 6.º, n.º 2 das Normas e orientações para a submissão de trabalhos académicos na plataforma Urkund para deteção de similaridade e plágio)

Eu, abaixo assinado, tenho consciência de que a prática de plágio consiste numa forma de violação da integridade académica, constituindo um crime punível por lei com relevância nos regimes disciplinar, civil e criminal.

Nesse sentido, declaro por minha honra que a dissertação/tese apresentada é original e que todas as fontes, incluindo as da minha autoria, estão devidamente identificadas e referenciadas.

Porto, 28 de agosto de 2025

O (A) Estudante

Cláudia Cardoso

Agradecimentos

Este trabalho é fruto de muito esforço e dedicação. Foram meses de desafio, aprendizagem e crescimento, em que precisei de acreditar em mim mesma e de me superar todos os dias. Concluir este percurso significa muito para mim.

Quero agradecer profundamente à minha família, que sempre me apoiou. O vosso amor, paciência e incentivo foram fundamentais em cada momento e, sem vocês este trabalho não teria sido possível. Obrigada por acreditarem em mim e por me permitirem concretizar este sonho.

Ao meu namorado, agradeço de coração por estares sempre ao meu lado, por me motivares, me acalmares e me impulsionares a dar sempre o meu melhor. A tua presença fez toda a diferença.

À minha orientadora, Professora Dr^a Sofia Marques, o meu sincero obrigada pela paciência, disponibilidade e confiança. Toda a orientação e conselhos foram essenciais para que este trabalho se concretizasse.

Às minhas amigas, agradeço por estarem sempre do meu lado, pelo incentivo e pelo carinho. A vossa amizade tornou os momentos difíceis em algo mais leve e as conquistas em algo ainda mais especial.

A todos que, direta ou indiretamente, ajudaram na realização desta dissertação, o meu muito obrigada. Cada gesto ou palavra tiveram importância nesta caminhada.

E, por fim, à memória de quem já não está comigo, mas cujo amor continua a guiar-me: Obrigada, minhas estrelinhas.

Índice

Aviso Legal.....	i
Agradecimentos	iii
Abstract.....	ix
Lista de abreviaturas e Acrónimos.....	xi
Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção	2
Prevalência e etiologia.....	4
Fatores de risco da PHDA	5
Fatores Temperamentais	6
Fatores Ambientais	6
Fatores Genéticos e Fisiológicos	6
Características Físicas e Neurológicas	7
Modificadores do Curso	7
Critérios de diagnóstico	8
Desatenção.....	9
Hiperatividade-Impulsividade	9
Apresentações da PHDA	10
Comorbilidade da PHDA.....	10
Impacto da PHDA no funcionamento.....	11
Regulação emocional.....	14
Modelos conceituais de Regulação Emocional	17
Modelo processual de regulação emocional (Gross, 1998).....	17

Modelo integrativo de regulação emocional	20
Relação entre Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção e Regulação Emocional	22
Objetivo geral, específicos e hipóteses.....	26
Método.....	29
Instrumentos	33
Questionário Sociodemográfico	33
Questionário de Regulação Emocional- (ERQ).....	33
Escala de Autoavaliação de PHDA para Adulto (ASRS- v1.1).....	34
Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – versão reduzida (DERS – VR)..	35
Procedimentos	36
Recolha de dados.....	36
Análise de dados.....	37
Implicações para a prática da Psicologia Clínica	61
Limitações e sugestões para investigações futuras.....	62
Conclusão	63
Referências bibliográficas	64

Índice de Tabelas

Tabela 1	29
Tabela 2	40
Tabela 3	41
Tabela 4	42
Tabela 5	43
Tabela 6	45
Tabela 7	46
Tabela 8	47
Tabela 9	48

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma condição do neurodesenvolvimento que, embora frequentemente associada à infância, persiste em muitos casos ao longo da vida adulta, impactando significativamente o funcionamento emocional, social e profissional dos indivíduos. Uma das dimensões menos explorada, mas de extrema relevância na PHDA em adultos, é a regulação emocional. A dificuldade em gerir eficazmente as emoções negativas pode contribuir para o agravamento da sintomatologia e para a deterioração do bem-estar geral.

Objetivo: A presente investigação tem como objetivo identificar e compreender as estratégias de regulação emocional utilizadas por adultos diagnosticados com PHDA.

Método: A amostra foi constituída por adultos com 18 ou mais anos de idade, com diagnóstico clínico de PHDA. Para a recolha de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, a Escala de Autoavaliação da PHDA para Adultos (ASRS- v1.1), a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional- Versão Reduzida (DERS) e o Questionário de Regulação Emocional (ERQ). A recolha foi realizada em formato online através do preenchimento de um formulário, e os dados foram analisados através do software IBM SPSS 27.

Resultados e conclusões: Os participantes recorreram significativamente mais à Reavaliação Cognitiva do que à Supressão Emocional ($p < .001$; $d = 0.88$). Participantes com apenas apoio psicoterapêutico utilizam mais a Supressão Emocional do que os que também recebem apoio farmacológico ($p = .021$). A Reavaliação Cognitiva surgiu associada negativamente a dificuldades de regulação emocional, como impulsividade e ausência de estratégias eficazes ($p < .01$), enquanto a Supressão Emocional correlacionou-se positivamente relacionada com a falta de clareza emocional ($p = .013$). Não se verificaram correlações entre a gravidade dos sintomas da PHDA e as estratégias de

regulação emocional utilizadas. Estes resultados indicam que, embora os adultos desta amostra utilizem mais estratégias adaptativas existem dificuldades específicas na regulação emocional. Estes dados sublinham a importância da avaliação e intervenção clínica nesta dimensão, promovendo o bem-estar emocional em adultos com PHDA.

Palavras-chave: PHDA, idade adulta, estratégias de regulação emocional, reavaliação cognitiva, supressão emocional e desregulação emocional

Abstract

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental condition that, although often associated with childhood, persists in many cases into adulthood, significantly impacting individuals' emotional, social, and occupational functioning. One of the less explored but highly relevant dimensions in adult ADHD is emotional regulation. Difficulties in effectively managing negative emotions may contribute to the worsening of symptoms and to a decline in overall well-being.

Objective: This study aims to identify and understand the emotional regulation strategies employed by adults diagnosed with ADHD.

Method: The sample consisted of adults aged 18 or older with a clinical diagnosis of ADHD. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1), the Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (DERS), and the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). Data collection was conducted online via a survey form, and analyses were performed using IBM SPSS 27.

Results and Conclusions: Participants used Cognitive Reappraisal significantly more than Emotional Suppression ($p < .001$; $d = 0.88$). Those receiving only psychotherapeutic support employed Emotional Suppression more than those also receiving pharmacological treatment ($p = .021$). Cognitive Reappraisal was negatively associated with difficulties in emotional regulation, such as impulsivity and lack of effective strategies ($p < .01$), whereas Emotional Suppression was positively correlated with a lack of emotional clarity ($p = .013$). No correlations were found between ADHD symptom severity and the emotional regulation strategies used. These results indicate that, although adults in this sample predominantly employ adaptive strategies, specific difficulties in emotional regulation persist. These findings highlight the importance of assessment and

clinical intervention in this domain to promote emotional well-being in adults with ADHD.

Keywords: ADHD, adulthood, emotional regulation strategies, cognitive reappraisal, emotional suppression, emotion dysregulation

Lista de abreviaturas e Acrónimos

PHDA- Perturbação de Hiperatividade/Défice de atenção

APA- *American Psychiatric Association*

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

RE- Regulação Emocional

DE- Desregulação Emocional

RC- Reavaliação Cognitiva

SE- Supressão Emocional

DERS-VR- Escala de Dificuldades de Regulação Emocional- Versão Reduzida

ASRS- V1.1- Escala de autoavaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

ERQ- Questionário de Regulação Emocional

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

POC- Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção (PHDA) tem sido alvo de estudo nas diversas faixas etárias, desde a infância até à fase adulta. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), apresenta a consistência clínica necessária para ser qualificada como uma Perturbação específica do Neurodesenvolvimento com uma etiologia neurobiológica e um carácter de permanência ao longo da vida (American Psychiatric Association, 2013).

Os défices de desenvolvimento associados à PHDA podem manifestar-se de diversas formas, incluindo dificuldades específicas ao nível da aprendizagem e do controlo das funções executivas, bem como comprometimentos mais amplos nas competências sociais e cognitivas (American Psychiatric Association, 2013).

Apesar das diversas pesquisas já realizadas sobre o tema, o objetivo deste estudo é identificar e compreender as estratégias de regulação emocional utilizadas por adultos diagnosticados com PHDA.

Em suma, dada a significativa influência que a PHDA exerce na vida das pessoas afetadas, abrangendo diversos domínios, é fundamental desenvolver estratégias eficazes para promover a regulação emocional, criando condições que possibilitem uma gestão adequada da condição, especialmente considerando a possibilidade da sua persistência ao longo da vida.

Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é classificada como uma perturbação do neurodesenvolvimento, conforme descrito na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5). Esta categorização sugere a sua base neurobiológica e persistência ao longo da vida (American Psychiatric Association, 2013). Reconhecida como uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais frequente, caracteriza-se por um padrão marcante de desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade, manifestando-se com maior intensidade em comparação a indivíduos com desenvolvimento típico da mesma idade.

Estas características podem comprometer significativamente o desempenho académico, social e profissional (Bandeira de Lima, 2015). Barkley (2006) distingue características primárias e secundárias na PHDA. As primárias dizem respeito a dificuldades persistentes na atenção, impulsividade e hiperatividade.

Por sua vez, as características secundárias englobam desafios adicionais: problemas no desenvolvimento cognitivo, motor e da linguagem, no funcionamento adaptativo, na internalização do discurso, na memória e capacidades de organização e planeamento (e.g., memória de trabalho visuoespacial, sequencial, verbal, dificuldade na noção de tempo), na flexibilidade cognitiva e perseveração. Além disso, incluem dificuldades no desempenho académico, na autorregulação de emoções, na persistência e motivação e regulação do sono. Indivíduos com PHDA apresentam maior risco para problemas de saúde e acidentes.

O diagnóstico é, geralmente, realizado na infância, e muitos indivíduos continuam a apresentar sintomas na adolescência e na vida adulta. A PHDA é uma condição crónica e não possui um biomarcador específico para diagnóstico clínico (Bandeira de Lima, 2015).

Os primeiros sinais podem surgir ainda na idade pré-escolar, incluindo hiperatividade acentuada, problemas de sono, como redução da duração total do sono, despertares noturnos frequentes, sono fragmentado ou dificuldade em adormecer (insónia inicial), e elevada distração em resposta a estímulos externos. Em Portugal, existem estudos que mostram que crianças com PHDA apresentam níveis significativamente maiores de perturbações de sono em comparação com crianças típicas (Parreira et al., 2019). Estas alterações têm sido associadas a maior risco de desenvolvimento de sintomas de desatenção e hiperatividade (Matos, 2013).

Historicamente, a PHDA foi durante muito tempo conceptualizada como uma perturbação da infância, em que os sintomas diminuíam gradualmente com o avanço da idade, especialmente durante a adolescência e a idade adulta. No entanto, esta suposição foi desafiada por estudos longitudinais que demonstraram a persistência da PHDA desde a infância até à idade adulta (Sibley et al., 2016). Atualmente, reconhece-se que as perturbações do neurodesenvolvimento não se restringem à infância, mas acompanham os indivíduos ao longo da vida, manifestando-se de formas distintas em cada etapa desenvolvimental. No caso da PHDA, a manifestação dos sintomas na infância e a redução de alguns deles até final da adolescência contribuíram para que, por muito tempo, a perturbação fosse pouco considerada na prática clínica de adultos (Faraone et al., 2006). No entanto, pesquisas recentes demonstram que, para a maioria dos indivíduos diagnosticados, os sintomas persistem, mesmo que atenuados, e continuam a impactar a funcionalidade na vida adulta (Coghill et al., 2017). Além disso, nesta fase da vida, observa-se frequentemente a presença de comorbilidades psiquiátricas, o que pode aumentar a vulnerabilidade a acontecimentos adversos, como maior risco de acidentes, envolvimento em atividades criminosas e até mesmo risco de morte precoce (Machado, Rafaela, Silva, Veiga & Cerejeira, 2017).

Prevalência e etiologia

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção é uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais comuns na idade escolar, mas também uma das mais estudadas. Estima-se que a sua prevalência seja de aproximadamente 5% em crianças e 2,5% em adultos diagnosticados com a condição. No entanto, estes valores não são consensuais a nível internacional, devido a variações nos critérios de diagnóstico e na metodologia utilizada nos estudos (APA, 2014).

A perturbação parece ocorrer com maior frequência no sexo masculino, com uma proporção de 2:1 entre crianças e de 1.5:1 em adultos (APA, 2014). Para além disso, as manifestações clínicas podem diferir entre géneros, sendo que a hiperatividade e a impulsividade são mais frequentemente identificadas em indivíduos do sexo masculino, enquanto as características de desatenção tendem a ser predominantes no sexo feminino. Esta diferença pode contribuir para uma maior dificuldade de reconhecimento da PHDA em mulheres, tendo em conta que os sintomas de desatenção são menos visíveis (Rief, 2016; Rodrigues & Antunes, 2014). Com o avanço da idade, os sinais de agitação motora tendem a diminuir, possivelmente devido ao desenvolvimento de estratégias de autorregulação (Beheshti et al., 2020). No entanto, os défices de atenção, impulsividade e dificuldades no planeamento persistem ao longo do tempo (APA, 2014; Rief, 2016).

Existem estudos que indicam que entre 60 a 70% dos indivíduos diagnosticados na infância continuam a apresentar sintomas na idade adulta (Sibley et al., 2016), sendo que esta persistência dos sintomas está associada a vários fatores, como a gravidade dos sintomas na infância, dificuldades precoces significativas, histórico familiar da condição, presença de comorbilidades psiquiátricas (e.g., Perturbação Desafiante de Oposição), baixo nível socioeconómico, bem como menor quociente de inteligência ou psicopatologia dos cuidadores (Biederman & Faraone 2005).

A etiologia da PHDA ainda não é completamente compreendida, sendo amplamente reconhecida como uma condição de origem multifatorial, possivelmente resultante da interação complexa entre fatores genéticos/hereditários, neurobiológicos e ambientais/psicossociais (APA, 2014; Barkley, 2006). Do ponto de vista genético, a PHDA é considerada uma perturbação poligénica complexa, o que significa que múltiplos genes ou a combinação de genes podem contribuir para uma maior suscetibilidade ao seu desenvolvimento (Barkley, 2006). Sendo uma perturbação com base neurológica, observa-se uma menor atividade no lobo frontal, particularmente na área estriada onde há redução no consumo de glicose e oxigénio em comparação com indivíduos sem a condição. Além disso, verificam-se alterações nos neurotransmissores dopaminérgicos, essenciais para a comunicação entre neurónios. O metabolismo da dopamina e da norepinefrina nas sinapses apresenta falhas, comprometendo a transmissão dos impulsos nervosos, especialmente nas ligações da área fronto-estriada (Bandeira de Lima, 2015).

Moffitt et al., (2015) mostram que a PHDA começa na infância e persiste na idade adulta em mais de dois terços dos casos, confirmando que a condição é crónica e acompanha o indivíduo ao longo da vida, mesmo que os sintomas possam variar.

Fatores de risco da PHDA

A PHDA é influenciada por uma variedade de fatores de risco e prognóstico, que podem afetar tanto o seu desenvolvimento quanto a manifestação dos sintomas ao longo da vida. Esses fatores podem ser classificados em fatores temperamentais, ambientais, fatores genéticos e fisiológicos, características físicas e neurológicas, bem como modificadores do curso da perturbação (APA, 2022).

Fatores Temperamentais

A PHDA está frequentemente associada a traços temperamentais específicos, incluindo níveis mais baixos de inibição comportamental, controle por esforço reduzido, contenção afetiva diminuída e uma afetividade negativa mais pronunciada. Além disso, indivíduos com PHDA tendem a exibir uma maior procura por novidades, o que pode predispor determinadas crianças à manifestação dos sintomas. Estes traços, embora não sejam exclusivos da PHDA, podem aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento da perturbação (APA, 2022).

Fatores Ambientais

No que diz respeito aos fatores ambientais, diversos elementos têm sido correlacionados com um aumento no risco de desenvolvimento da PHDA. O baixo peso ao nascer, especialmente abaixo de 1.500 gramas, está associado a um risco aumentado de duas a três vezes para a manifestação da perturbação. O tabagismo durante a gestação também é um fator de risco significativo, embora parte dessa associação possa refletir um risco genético comum. Além disso, história de desenvolvimento marcada por acontecimentos adversos precoces como abuso infantil ou negligência aumentam o risco de desenvolver PHDA. Para além disso, a exposição a neurotoxinas (como chumbo), infecções (como encefalite) ou exposição ao álcool durante a gestação aumentam substancialmente o risco de PHDA. Embora a exposição a toxinas ambientais tenha sido correlacionada com o desenvolvimento subsequente da PHDA, ainda não se sabe se essas associações são de natureza causal (APA, 2022).

Fatores Genéticos e Fisiológicos

Os fatores genéticos e fisiológicos têm um papel crucial no desenvolvimento da PHDA. A perturbação é comumente observada em parentes biológicos de primeiro grau

de indivíduos diagnosticados, o que sugere uma herdabilidade significativa. Embora alguns genes específicos tenham sido correlacionados com a PHDA, ainda não se considera que esses genes sejam fatores causais necessários ou suficientes para o desenvolvimento da perturbação. Além disso, condições como deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas, perturbações de sono, deficiências nutricionais e epilepsia podem ser fatores influentes que contribuem para os sintomas da PHDA, devendo ser considerados durante a avaliação clínica (APA, 2022).

Características Físicas e Neurológicas

Embora a PHDA não esteja diretamente associada a características físicas específicas, alguns sinais neurológicos menores e anomalias físicas leves podem ser observados com maior frequência. Tais características incluem hipertelorismo, palato arqueado e baixa implantação das orelhas. Atrasos motores subtis também podem ser detetados, bem como outros sinais neurológicos leves. Contudo, é importante diferenciar esses sintomas de possíveis perturbações motoras comórbidas, como a Perturbação do desenvolvimento da coordenação, que também pode afetar indivíduos com PHDA (APA,2022).

Modificadores do Curso

Por fim, os modificadores do curso da PHDA incluem fatores que, embora não sejam considerados causas diretas da perturbação, podem influenciar o seu desenvolvimento ou contribuir para a manifestação secundária de problemas de conduta. A dinâmica familiar, especialmente os padrões de interação familiar na infância, pode ter um impacto significativo no curso da PHDA. Esses padrões de interação não são considerados fatores causais diretos, mas podem afetar a intensidade dos sintomas ao

longo do tempo e contribuir para a gravidade dos comportamentos associados à perturbação (APA,2022).

Critérios de diagnóstico

O diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) baseia-se, predominantemente nos critérios definidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria, sendo este o sistema de classificação mais utilizado na prática clínica e na investigação (APA, 2014; McGough & Barkley, 2004).

Para que seja possível estabelecer um diagnóstico de PHDA, os sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos de idade, persistir por pelo menos seis meses e provocar um impacto significativo no funcionamento académico, social ou ocupacional, em pelo menos dois contextos distintos (e.g., casa e escola). Este requisito justifica a importância da recolha de informação através de diferentes fontes, como pais e professores (Bandeira de Lima, 2015).

O DSM-5 define a PHDA como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no desenvolvimento ou funcionamento diário. Estes sintomas não podem ser explicados por outras perturbações mentais (e.g., esquizofrenia) e não devem ocorrer exclusivamente durante o curso dessas condições. Distingue ainda dois domínios principais de sintomas: desatenção e hiperatividade-impulsividade. Em ambos os casos, é necessário que se verifique a presença de pelo menos seis sintomas (ou cinco, no caso de adolescentes mais velhos e adultos), expressos de forma inconsistente com o nível de desenvolvimento da pessoa e com impacto negativo nas suas atividades diárias. Estes sintomas não devem ser atribuídos a comportamentos de oposição ou a uma compreensão inadequada das instruções (APA, 2014).

Além da identificação dos sintomas, o DSM-5 recomenda também a especificação do grau de gravidade da PHDA, o qual pode ser classificado como ligeira, moderada ou grave, consoante o número de sintomas presentes e o nível de disfunção associado. A forma ligeira caracteriza-se pela presença de poucos sintomas adicionais em relação aos mínimos exigidos para o diagnóstico, com um impacto funcional reduzido, seja em contextos sociais ou ocupacionais. A gravidade moderada refere-se à presença de sintomas ou compromisso funcional entre o “ligeiro” e o “grave”. Já a forma grave implica a existência de um número elevado de sintomas para além dos critérios mínimos, ou sintomas de intensidade particularmente acentuada, acompanhados de um comprometimento significativo do funcionamento social, académico ou ocupacional.

Desatenção

No domínio da desatenção, os sintomas incluem a tendência para cometer erros por descuido em tarefas escolares ou no trabalho, dificuldade em manter a atenção em atividades, parecer não ouvir quando se lhe fala diretamente, não seguir instruções ou não terminar tarefas, dificuldades de organização, evitamento de tarefas que exijam esforço mental prolongado, perda frequente de objetos necessários, distração fácil por estímulos irrelevantes e esquecimento de atividades quotidianas (APA, 2014).

Hiperatividade-Impulsividade

Por sua vez, no domínio da hiperatividade-impulsividade, observam-se comportamentos como agitação ou remexer constante, levantar-se em momentos inadequados, correr ou saltar em contextos inapropriados, dificuldade em permanecer em atividade de lazer de forma tranquila, sensação de estar constantemente “em movimento”, falar excessivamente, responder de forma precipitada, dificuldade em esperar pela sua vez e interromper frequentemente conversas ou atividades dos outros (APA, 2014).

Embora outros sistemas classificativos, como o CID-10 também sejam utilizados, o DSM-5 é mais abrangente na identificação de casos, exigindo um menor número de critérios e sendo mais sensível a apresentações clínicas mais subtis (Lange et al, 2010).

O processo de diagnóstico exige, ainda, a exclusão de outras condições médicas ou psiquiátricas que possam simular ou coexistir com a PHDA, como déficit auditivo, anemia ferropriva, saturnismo, hipertiroidismo ou outras perturbações do neurodesenvolvimento (Bandeira de Lima, 2015).

Apresentações da PHDA

A PHDA pode manifestar-se de diferentes formas, dependendo da frequência e intensidade dos comportamentos de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade. De acordo com o DSM-5, são reconhecidas três principais apresentações clínicas da PHDA, as quais são definidas com base nos critérios de sintomatologia predominante (APA, 2014).

A **apresentação combinada** é caracterizada pela presença significativa tanto de sintomas de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, cumprindo os critérios de ambos os domínios (APA, 2014).

A **apresentação predominantemente desatenta** é caracterizada pela presença de seis ou mais de nove sintomas de desatenção, por pelo menos seis meses (APA, 2014).

Por outro lado, a **apresentação predominantemente hiperativa-impulsiva** ocorre quando existem seis ou mais de nove sintomas de hiperatividade-impulsividade, por pelo menos seis meses (APA, 2014).

Comorbilidade da PHDA

A PHDA está frequentemente associada a uma série de comorbilidades psiquiátricas e neurológicas, o que pode tornar o diagnóstico, a evolução e o prognóstico

mais complexos. Existem estudos que mostram que adultos com PHDA apresentam uma probabilidade significativamente maior de desenvolver outras condições psiquiátricas, como perturbações de ansiedade, perturbações de humor, e problemáticas relacionadas ao uso de substâncias (Kessler et al., 2006). Além disso, é observada uma alta prevalência de perturbação de personalidade antissocial em indivíduos com PHDA (Biederman et al., 2006; Young et al., 2005).

Recentemente, as pesquisas indicam que a PHDA pode estar correlacionada com um aumento na taxa de mortalidade, sugerindo que a presença desta perturbação pode ter impacto significativo na saúde geral do indivíduo (Dalsgaard et al., 2015). Também se observou que indivíduos com depressão resistente ao tratamento têm um risco geneticamente elevado de desenvolver PHDA, quando comparados com aqueles sem essa condição (Fabbri et al., 2021).

Além das comorbilidades psiquiátricas, a PHDA está associada a uma série de perturbações neurológicas e psiquiátricas que envolvem múltiplos genes, o que aumenta a suscetibilidade para a perturbação. A elevada comorbilidade da PHDA com outras condições, como perturbação desafiante de oposição, perturbação de aprendizagem específica, perturbação do comportamento, perturbação de ansiedade, perturbações de humor, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de tiques, e perturbação do espectro do autismo, contribui para a complexidade do diagnóstico e do tratamento da PHDA (APA, 2014; Barkley, 2006; Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991; Germanó, Gagliano, & Curatolo, 2010; Jansen & Steinhausen, 2015).

Impacto da PHDA no funcionamento

Segundo estudos de Biederman et al., (2012) os indivíduos com PHDA frequentemente apresentam défices neuropsicológicos em áreas como a atenção sustentada, memória de trabalho, fluência verbal e velocidade de processamento. Esses

défices podem influenciar negativamente o desempenho acadêmico, profissional e social, mesmo quando os sintomas comportamentais podem não ser tao evidentes. Portanto, é essencial considerar não apenas os sintomas comportamentais da PHDA, mas também fornecer suporte e intervenções para melhorar o funcionamento neuropsicológico, incluindo estratégias que permitam gerir sintomas e terapias específicas para fortalecer competências cognitivas. Uma abordagem holística pode ajudar indivíduos com PHDA a alcançar o seu potencial máximo em diferentes áreas de vida, uma vez que, existem evidências epidemiológicas emergente que indicam que a PHDA afeta um número considerável da população adulta (Song et al., 2021).

PHDA no Adulto

Na idade adulta, a hiperatividade tende a apresentar-se de forma menos visível, frequentemente manifestada por inquietação interna, sensação constante de agitação mental ou dificuldade em relaxar, em contraste com a agitação motora típica da infância (Biederman et al., 2010). A impulsividade e a desatenção, por sua vez, persistem e podem manifestar-se em dificuldades na organização pessoal, gestão do tempo, tomada de decisões precipitadas e lapsos de memória frequentes que impactam significativamente o desempenho profissional e social (Kessler et al., 2006).

As funções executivas, principalmente o planeamento, organização e capacidade de manter a atenção sustentada, são frequentemente afetadas, dificultando a concretização de tarefas mais complexas e a adaptação a contextos multifacetados, como o ambiente de trabalho e familiar (Barkley, 2010).

Os adultos com PHDA enfrentam desafios como dificuldades na manutenção da estabilidade profissional e nas relações interpessoais, o que pode contribuir para sentimentos de frustração e baixa autoestima (Biederman et al., 2012). A comorbilidade psiquiátrica é comum, destacando-se a elevada prevalência de perturbações de ansiedade,

depressão e uso problemático de substâncias, que podem complicar o diagnóstico e o tratamento da PHDA (Wilens et al., 2011).

Adicionalmente, estudos indicam que a PHDA em adultos está associada a um aumento do risco de acidentes, envolvimento em comportamentos de risco e menor qualidade de vida, reforçando a necessidade de reconhecimento e intervenção adequada (Dalsgaard et al., 2015).

O diagnóstico da PHDA em adultos apresenta desafios específicos, devido à variabilidade e subtileza dos sintomas nesta fase, bem como a sobreposição com outras condições psiquiátricas. Uma avaliação clínica detalhada, que inclui a recolha da história desde a infância, é essencial para estabelecer um diagnóstico preciso (Barkley, 2010). O uso de instrumentos de avaliação validados para adultos, como escalas de autorrelato e entrevistas estruturadas, é recomendado para complementar a avaliação clínica (Kooij et al., 2010).

O tratamento da PHDA na idade adulta envolve uma abordagem multidisciplinar, de forma a combinar intervenções farmacológicas e psicossociais. Os estimulantes do sistema nervoso central são considerados a primeira linha farmacológica, apresentando eficácia na redução dos sintomas centrais da PHDA (Wilens & Spencer, 2010). Paralelamente, a terapia cognitivo-comportamental direcionada para adultos pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de organização, gestão de tempo e regulação emocional, promovendo uma melhor adaptação funcional (Safren et al., 2010).

A regulação emocional, frequentemente comprometida em adultos com PHDA, é uma área de intervenção cada vez mais valorizada, dado o seu impacto na qualidade de vida e nas relações interpessoais (Surman et al., 2013).

Dado o impacto da regulação emocional no funcionamento dos adultos com PHDA, é importante explorar este construto de forma mais aprofundada.

Regulação emocional

A regulação emocional tem vindo a destacar-se como um dos processos centrais na compreensão do funcionamento emocional humano. No âmbito da psicologia contemporânea, existem duas definições que assumem particular relevância por influenciarem significativamente o corpo teórico e empírico existente. Thompson (1994) define regulação emocional como os processos intrínsecos e extrínsecos responsáveis por monitorizar, avaliar e modificar reações emocionais, particularmente a sua intensidade e duração de forma a atingir objetivos pessoais. Por sua vez, Gross (1998) concetualiza a regulação emocional como o conjunto de processos através dos quais os indivíduos influenciam quais as emoções que experienciam, quando as experienciam e como as expressam.

Com base nestas definições, a regulação emocional pode ser entendida como um construto multidimensional que opera em diferentes níveis de análise, abrangendo componentes neurofisiológicos, atencionais, cognitivos, comportamentais e sociais (Gross, 1998). A nível fisiológico, a regulação emocional permite controlar, ajustar e modificar a ativação emocional, sendo essencial para lidar eficazmente com situações emocionalmente desafiantes (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995). No domínio cognitivo, envolve a interpretação da situação e a atribuição de significados que possibilitam transformar as reações emocionais. Já na vertente comportamental, a regulação emocional manifesta-se na forma como o indivíduo expressa ou suprime as emoções, bem como na decisão de se expor ou evitar determinados estímulos emocionais, influenciando a aproximação ou o afastamento em relação a contextos que gerem a emoção (Greenberg, 2002).

Entre as estratégias de regulação emocional mais investigadas, destacam-se a reavaliação cognitiva e a supressão emocional (Gross & Thompson, 2007). A reavaliação

cognitiva, considerada uma estratégia adaptativa com efeitos positivos sobre o bem-estar psicológico e o funcionamento interpessoal, ocorre numa fase precoce do processo emocional e consiste em reinterpretar uma situação de forma a alterar o seu impacto emocional. Esta estratégia tem sido associada ao aumento das emoções positivas, diminuição das negativas e ausência de efeitos adversos a nível fisiológico, cognitivo ou interpessoal (Gross & John, 2003). Em contrapartida, a supressão emocional, tida como uma estratégia desadaptativa associada a custos fisiológicos e sociais, como o aumento do stress, dificuldades relacionais e maior vulnerabilidade a sintomas psicopatológicos, atua numa fase posterior, focando-se na modificação da expressão externa da emoção já experienciada. Embora possa parecer eficaz a curto prazo, a evidência empírica mostra que está associada a uma diminuição da expressão de emoções positivas, a dificuldades na evocação de memórias sociais e a prejuízos no funcionamento interpessoal (Srivastava, et al., 2009).

Importa, ainda, considerar a distinção entre os processos intrínsecos e extrínsecos da regulação emocional. Os processos intrínsecos dizem respeito à regulação das próprias emoções enquanto os extrínsecos envolvem a regulação emocional promovida pelo outro (Gross, 1998). Segundo Gross (1998), a investigação na vida adulta tende a centrar-se na regulação intrínseca, dado que os indivíduos desenvolvem progressivamente competências autónomas para gerir as emoções. Em contraste, a literatura sobre o desenvolvimento infantil privilegia os processos extrínsecos, uma vez que, nos primeiros anos de vida a regulação emocional é largamente dependente das interações com os cuidadores (Cole et al., 2004). Estas figuras significativas desempenham um papel crucial na modelação das respostas emocionais da criança, moldando o seu repertório emocional através de práticas de regulação externa. De acordo com Thompson e Goodman (2010),

estas experiências precoces de regulação extrínseca contribuem para o desenvolvimento das capacidades emocionais que persistem até à idade adulta.

Mesmo ao longo da vida adulta, as emoções continuam a ser influenciadas pelo contexto interpessoal. Em situações emocionalmente exigentes, os outros podem desempenhar um papel ativo na regulação emocional alheia, seja através do apoio social, do uso de humor, da indução de perspectivas alternativas ou da oferta de conselhos (Thompson & Calkins, 1996). Esta dinâmica evidencia a interligação contínua entre a regulação intrínseca e a extrínseca, ilustrando que, mesmo quando os indivíduos alcançam um elevado grau de autonomia emocional, as interações sociais mantêm um papel relevante na forma como as emoções são vividas e geridas (Morris et al., 2007; Gross, 2014).

Sob a perspectiva de Lazarus (1991) este sublinha que as emoções estão entre os fenómenos psicológicos mais centrais e constantes na vida humana. A experiência emocional acompanha-nos ao longo do dia a dia, sendo difícil imaginar um momento da existência completamente isento de emoções. Elas estão presentes nos momentos de alegria e nas adversidades, nas interações sociais e nas decisões importantes, moldando a forma como nos relacionamos com o mundo e com os outros (Lazarus, 1991). Assim, compreender os mecanismos que regulam estas experiências é essencial para entender o comportamento humano e promover o bem-estar individual e coletivo (Gross, 1998).

Nos últimos anos, tem-se verificado um crescimento significativo na investigação sobre regulação emocional. Gross (2013) identifica três principais indicadores de evolução nesta área do conhecimento: em primeiro lugar, o aumento do volume de publicações científicas, que reflete o reconhecimento da regulação emocional como um domínio central da psicologia; em segundo lugar, o surgimento de metodologias inovadoras que permitem uma análise mais aprofundada e rigorosa dos processos

envolvidos; e, por fim, a expansão das populações estudadas, incluindo diferentes faixas etárias, contextos culturais e até espécies não humanas. Estes avanços têm contribuído para abrir novas possibilidades para a compreensão dos processos emocionais.

Paralelamente, a investigação tem vindo a explorar a relação entre a capacidade de diferenciação emocional e a eficácia da regulação emocional. Estudos como os de Barret, et al., (2001) e Wranik et al (2007) sugerem que uma maior capacidade de distinguir e identificar as emoções está associada a um conhecimento mais refinado sobre as mesmas, o que facilita a seleção e aplicação de estratégias reguladoras mais adequadas. Os indivíduos com maior diferenciação emocional tendem a utilizar uma gama mais ampla de estratégias e ajustá-las de forma mais eficaz ao contexto (Philippotm Baeyens, Doulliez & Francart, 2004; Tugade, Barret & Gross, 2004). Esta relação positiva entre conhecimento emocional e regulação adaptativa evidencia que, para além do reconhecimento da emoção, a clareza emocional é fundamental para avaliar ou decidir como e quando regular as respostas emocionais (Barret, 1998).

Modelos concetuais de Regulação Emocional

Modelo processual de regulação emocional (Gross, 1998)

O modelo de Regulação Emocional proposto por Gross, (1998) delinea a sequência temporal dos processos envolvidos no desenvolvimento das emoções e identifica cinco momentos nos quais os indivíduos podem regular as suas emoções.

Este modelo destaca que diferentes estratégias podem ser implementadas em momentos distintos ao longo do processo emocional, dependendo do ponto em que interferem neste processo (Gross, 2001; Gross e Thompson, 2007). Levenson (1999) propôs que o ser humano possui um sistema cognitivo de controlo que atua em duas direções: ajustar a forma como as situações do dia a dia são avaliadas ou modificar as

possibilidades de respostas a essas situações. A partir desta base teórica, Gross e Thompson (2007) desenvolveram um modelo mais detalhado, distinguindo entre estratégias focadas nos antecedentes e estratégias focadas nas respostas.

As estratégias focadas nos antecedentes incluem as quatro primeiras categorias (seleção da situação, modificação da situação, modificação do foco atencional e reavaliação cognitiva), pois acontecem antes que as respostas emocionais completas sejam desencadeadas. Já a quinta categoria, modulação da resposta é classificada como uma estratégia focada nas respostas, pois ocorre após a geração das respostas emocionais (Gross, 2008; Gross & Munoz, 1995; Gross & Thompson, 2007).

De seguida descrevem-se as quatro categorias de estratégias focadas nos antecedentes.

Seleção da Situação: Esta estratégia é caracterizada por influenciar a seleção da situação à qual o indivíduo se expõe, impactando o desenvolvimento emocional desde o início do processo, ou seja, envolve escolher ativamente os ambientes ou contextos nos quais as emoções são experimentadas, procurando situações que possam promover emoções desejadas ou evitar as indesejadas, como por exemplo, aproximar-se ou evitar determinados locais, pessoas, objetos ou atividades para gerir as próprias emoções (Gross, 2008). Quando um indivíduo faz uma seleção da situação de forma eficaz consegue ter a capacidade de prever as características de cenários futuros e as emoções que emergem deles (Gross & Thompson, 2007; Werner & Gross, 2010). Contudo, as pessoas superestimam frequentemente a duração das respostas emocionais negativas, o que pode dificultar a avaliação equilibrada dos impactos de curto e longo prazo nas suas escolhas (Gross e Thompson, 2007).

Modificação da situação: Após a Seleção da Situação, esta pode ser situada de forma a modificar o seu impacto emocional (Werner & Gross, 2010). Esta estratégia

refere-se assim à segunda estratégia de regulação emocional, também conhecida como *coping* focado no problema (Lazarus & Folkman, 1984). Esta estratégia refere-se a fazer alterações nos eventos ou circunstâncias externas para influenciar as emoções. Isto pode incluir mudar a configuração de um ambiente ou procurar ativamente resolver problemas que causam emoções negativas (Gross & Thompson, 2007).

Modificação do foco atencional: A regulação emocional também pode ocorrer sem alterações no ambiente, por meio da modificação do foco atencional (Gross & Thompson, 2007). Esta estratégia é vista como uma forma de internalizar a seleção da situação (Gross & Thompson, 2007), uma vez que as situações apresentam diferentes elementos e o indivíduo pode escolher em qual deles se deseja focar, ou seja, consiste em direcionar a atenção para diferentes aspetos da situação ou do ambiente, de modo a alterar a intensidade ou impacto emocional. Por exemplo, focar em aspetos positivos pode atenuar emoções negativas (John & Gross, 2004).

Reavaliação cognitiva: Esta estratégia envolve a atribuição de diferentes significados possíveis ao elemento em questão. Refere-se assim, à mudança do significado que o indivíduo atribui à situação, ajustando o seu pensamento sobre o contexto ou sobre a sua capacidade de lidar com as exigências impostas (Gross & Thompson 2007). É particularmente utilizada em circunstância onde não é possível evitar ou alterar a situação (Werner & Gross, 2010). O significado atribuído à situação desempenha um papel essencial, pois afeta diretamente as respostas experienciais, comportamentais e fisiológicas desencadeadas (Gross, 2001). Deste modo, pode incluir a procura por perspetivas mais positivas ou reformulação de pensamentos negativos (Gross, 2002).

Modulação de resposta: A modulação de resposta emocional pode envolver estratégias como a supressão emocional e o evitamento experiencial. A supressão

emocional refere-se ao esforço em inibir comportamentos expressivos relacionados às emoções sem, no entanto, reduzir a experiência emocional negativa (Gross, 1998). Esta estratégia tem sido associada a uma maior ativação fisiológica, como aumento da frequência cardíaca (Gross, 1998). Existem estudos que indicam que a supressão diminui a experiência subjetiva de emoções positivas, como o divertimento, mas não reduz emoções negativas, como a tristeza (Gross & Levenson, 1997). A nível cognitivo, a supressão reduz os recursos disponíveis para outras tarefas, impactando negativamente a memória verbal, especialmente em contextos de interação social ou conflito (Richards & Gross, 2000). No domínio social, a supressão emocional prejudica a expressividade e a responsividade emocional, dificultando a manutenção e a criação de relações interpessoais (Butler et al., 2003).

Modelo integrativo de regulação emocional

Gratz & Roemer (2004) propõem um modelo integrativo caracterizado por uma abordagem abrangente e multidimensional da regulação emocional que se destaca por enfatizar a consciência, compreensão e a aceitação de emoções, aliadas à capacidade de controlar ou reduzir a impulsividade.

Neste modelo, o indivíduo é encorajado a agir de forma alinhada aos seus objetivos, ajustando as respostas emocionais às emoções negativas de acordo com o contexto e os objetivos pessoais. Segundo os autores, caso alguns desses aspetos não seja alcançado, é provável que surjam dificuldades na regulação emocional, resultando assim, em desregulação emocional.

De forma específica os autores identificam os seguintes componentes fundamentais da regulação emocional:

Consciência e compreensão as emoções: Refere-se à capacidade de identificar e compreender as emoções experienciadas, reconhecendo os gatilhos, intensidade e impacto no comportamento (Gratz & Roemer, 2004);

Aceitação das emoções: Implica permitir a vivência emocional sem julgamento ou tentativa de evitamento, encarando as emoções como parte integrante da experiência humana (Gratz & Roemer, 2004);

Controlo de comportamentos impulsivos: Corresponde à capacidade de inibir respostas impulsivas quando confrontado com emoções negativas, mantendo o comportamento alinhado com metas pessoais e sociais (Gratz & Roemer, 2004);

Utilização flexível de estratégias de regulação emocional: Envolve a capacidade de selecionar e aplicar estratégias adaptativas, de forma contextualizada e ajustada às exigências situacionais, com o objetivo de modular a experiência e expressão emocional (Gratz & Roemer, 2004).

Para além das formulações teóricas, vários estudos empíricos têm procurado compreender como as emoções são reguladas no quotidiano e quais os fatores que influenciam essa regulação. Gross, Richards and John (2006) desenvolveram alguns estudos recentes que têm como objetivo compreender a forma como as pessoas regulam as suas emoções diariamente. Os resultados mostraram que a regulação emocional diária se foca maioritariamente nas emoções negativas, sendo as mais comuns a raiva, tristeza e ansiedade. As emoções positivas, embora menos frequentes, também são alvo de regulação emocional, com destaque para o orgulho e o amor. Contudo, estas surgem com uma incidência menos significativa. Observa-se que os esforços de regulação emocional se concentram predominantemente no comportamento expressivo e na experiência subjetiva, em detrimento dos aspetos fisiológicos da emoção. Além disso, a regulação

emocional varia consoante o contexto, sendo mais comum em relações interpessoais afetivamente próximas, em contraste com aquelas percecionadas como mais distantes.

No que diz respeito às estratégias de regulação emocional utilizadas diariamente, há evidências robustas de que as mais frequentes são a reavaliação cognitiva e a supressão emocional. O género também desempenha um papel relevante na qualidade da regulação emocional, com estudos indicando que, habitualmente, as raparigas apresentam melhores capacidades de regulação emocional do que os rapazes. Este acontecimento pode ser parcialmente explicado por diferenças inatas nos níveis de reatividade emocional (Morris, Silk, Myers & Robinson, 2007; Silk et al., 2003). Especificamente, as mulheres reportam maior intensidade de emoções como a irritabilidade, tristeza e ansiedade em comparação aos homens. Adicionalmente, adolescentes do sexo feminino apresentam maior labilidade emocional em relação à tristeza e à ansiedade, embora não sejam observadas diferenças significativas no nível de irritabilidade (Silk et al., 2003).

No que diz respeito às diferenças de regulação emocional associadas à idade, acreditou-se durante muito tempo que esta capacidade evoluía em paralelo com o funcionamento biológico, com um aumento progressivo até aos vinte anos e um declínio subsequente. Esta ideia tornou-se tão difundida que poucos investigadores a testaram, resultando numa base de conhecimento fundamentada mais em pressupostos do que em dados empíricos. No entanto, estudos posteriores começaram a refutar o mito de que a regulação emocional declina inevitavelmente com o envelhecimento (Charles & Carstensen, 2007).

Relação entre Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção e Regulação Emocional

A regulação emocional tem vindo a emergir como uma componente central na compreensão da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), indo além

da tradicional estrutura bidimensional de desatenção e hiperatividade/impulsividade descrita nos manuais de diagnóstico clínico, como o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Embora estes sistemas classificativos reconheçam os padrões comportamentais persistentes associados à PHDA, tendem a negligenciar uma característica transversal, mas menos quantificável: as dificuldades em regular as emoções de forma eficaz (Barkley, 2015).

Segundo Barkley (2015) existem muitos desafios enfrentados por indivíduos com PHDA derivam, não apenas da impulsividade ou desatenção, mas de uma incapacidade consistente de gerir estados emocionais negativos, como frustração, impaciência ou raiva. Esta dificuldade traduz-se frequentemente numa resposta emocional desproporcionada, marcada por impulsividade afetiva e baixa tolerância à frustração, contribuindo para aquilo que o autor (Barkley) denomina como compulsividade emocional. Assim, a falta de controlo emocional é, para muitos, uma das manifestações mais evidentes da PHDA na vida quotidiana.

Ainda, segundo o autor, a ênfase predominante nos sintomas mais visíveis e objetivamente mensuráveis, como a desatenção ou a hiperatividade, pode levar à subvalorização do impacto da desregulação emocional no funcionamento global do indivíduo. No entanto, este domínio influencia significativamente diversos aspetos da vida da pessoa com PHDA, desde as relações interpessoais ao desempenho académico e profissional, passando pela saúde mental e bem-estar psicológico. Reconhecer esta dimensão é, por isso, fundamental para uma compreensão mais abrangente da perturbação e para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas mais eficazes e ajustadas à realidade destas pessoas (Barkley, 2015).

A desregulação emocional associada à PHDA manifesta-se, sobretudo, através de uma impulsividade emocional (emotional impulsivity, EI), entendida como a propensão

a reagir de forma rápida e descontrolada a estímulos emocionais, particularmente negativos. Importa salientar que esta impulsividade emocional não implica necessariamente uma maior intensidade emocional, mas antes uma reduzida capacidade de moderação e controlo consciente das emoções. Ou seja, enquanto indivíduos sem PHDA podem experienciar emoções negativas semelhantes em termos de intensidade, estes tendem a modular as suas reações através de processos autorregulatórios, como o redirecionamento da atenção ou a supressão comportamental. Em contraste, as pessoas com PHDA revelam maior dificuldade em inibir a expressão emocional primária e em agir de forma ponderada face ao contexto (Barkley, 2015).

Neste enquadramento, a autorregulação emocional surge como um processo central, envolvendo o esforço consciente de moderar reações emocionais através de mecanismos executivos. Barkley (2015) define a regulação emocional como a capacidade de inibir comportamentos inadequados associados a emoções negativas ou positivas, acalmar a excitação fisiológica provocada por emoções intensas, redirecionar a atenção para estímulos relevantes e coordenar ações orientadas para objetivos externos. Esta definição baseia-se nos conceitos que foram apresentados por Menick e Hinshaw (200), que citaram Gottman e Latz (1989).

Indivíduos com PHDA enfrentam frequentemente dificuldades acrescidas na gestão emocional, o que pode contribuir para problemas interpessoais académicos, ocupacionais e um aumento da sintomatologia comórbida, como a ansiedade ou depressão (Shaw et al., 2014).

No caso de adultos com PHDA, diversos estudos destacam que a regulação emocional representa um dos domínios mais afetados, apesar de não integrar formalmente os critérios de diagnóstico da perturbação (Barkley & Fischer, 2010).

Indivíduos com PHDA tendem a utilizar com menor frequência estratégias de regulação emocional consideradas adaptativas, como a reavaliação cognitiva, e a recorrer com maior frequência a estratégias desadaptativas, como a supressão emocional, evitamento experiencial e a ruminação (Materna et al., 2019). Esta tendência parece estar intimamente ligada aos défices nas funções executivas, nomeadamente no controlo inibitório e na flexibilidade cognitiva, que comprometem a capacidade de modular respostas emocionais de forma eficaz, contribuindo para uma maior impulsividade emocional e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (Shaw et al., 2014). Embora durante muito tempo se tenha assumido que a regulação emocional evoluía paralelamente ao desenvolvimento biológico- com um pico na idade adulta jovem seguido de um declínio gradual- investigações mais recentes vieram contrariar esta perspetiva, sugerindo que adultos mais velhos, mesmo com PHDA, podem continuar a desenvolver competências de regulação emocional, possivelmente como resultado da experiência acumulada e do desenvolvimento de estratégias compensatórias (Charles & Carstensen, 2007).

Existem estudos que demonstram que cerca de 70% dos adultos com PHDA reportam sintomas de desregulação emocional, independentemente da presença de outras comorbilidades psiquiátricas (Beheshti et al., 2020).

Segundo a meta-análise de Beheshti et al., (2020) esta desregulação manifesta-se sobretudo em três facetas distintas, a labilidade emocional, ou tendência para rápidas e intensas flutuações emocionais; respostas emocionais negativas, como irritabilidade e impulsividade afetivas e reconhecimento emocional deficitário, que envolve dificuldades na perceção e interpretação das próprias emoções e das dos outros.

Beheshti et al., (2020) demonstram que adultos com PHDA apresentam níveis significativamente mais elevados de desregulação emocional geral do que a população sem diagnóstico. A labilidade emocional revelou-se a mais proeminente refletindo a instabilidade emocional como um traço característico da patologia.

Embora a meta-análise de Beheshti et al (2020) se foque nas diferenças entre os grupos e não avalie diretamente os efeitos da intervenção, os dados indicam uma forte correlação entre a severidade dos sintomas da PHDA e a gravidade da desregulação emocional, especialmente no que diz respeito às respostas emocionais negativas e à labilidade emocional. Esta correlação sugere que intervenções que consigam reduzir os sintomas nucleares da PHDA poderão ter também impacto nos sintomas emocionais associados.

Por outro lado, o tratamento farmacológico, principalmente com psicoestimulantes, também tem demonstrado impacto na estabilização emocional, nomeadamente na redução de sintomas de impulsividade e irritabilidade (Wilens et al., 2003; Barkley, 2015). No entanto, os efeitos sobre a desregulação emocional nem sempre são diretamente mensurados nos ensaios clínicos, e existe uma grande variabilidade entre os estudos no que diz respeito às metodologias utilizadas, aos instrumentos de avaliação da regulação emocional e aos critérios de inclusão das amostras (Shaw et al., 2014; Sibley et al., 2010). Apesar da relevância clínica evidente, Beheshti et al., (2020) salientam que a literatura ainda carece de uma definição consensual de desregulação emocional na PHDA, bem como de mais estudos focados especificamente nos efeitos terapêuticos sobre as facetas da desregulação emocional (Beheshti et al., 2020; Martel et al., 2017).

Objetivo geral, específicos e hipóteses

O objetivo geral deste estudo é investigar as estratégias de regulação emocional comumente utilizadas numa amostra de adultos com diagnóstico de PHDA.

Pretende-se assim:

- Identificar as estratégias de regulação emocional mais frequentemente utilizadas por adultos com PHDA;

- Analisar as diferenças no uso de estratégias de regulação emocional entre as diferentes apresentações de PHDA (desatenta, hiperativa/impulsiva e combinada);

- Analisar a relação entre as estratégias de regulação emocional e os sintomas de PHDA

- Avaliar a relação entre o tipo de estratégias de regulação emocional e os níveis de desregulação emocional reportadas pelos participantes;

- Analisar diferenças nos níveis de regulação emocional em função do tipo de apoio recebido (psicoterapêutico e/ou farmacológico);

Com base na literatura existente, foram formuladas hipóteses para orientar o presente estudo. Especificamente, espera-se que adultos com PHDA utilizem com menor frequência a estratégia de reavaliação cognitiva e recorram com maior frequência à supressão emocional (Seymour et al., 2011; Liu et al., 2022; Thorell et al., 2020). Estas diferenças podem refletir dificuldades em ativar processos de reinterpretação cognitiva, fundamentais para uma modulação eficaz da resposta emocional. Por outro lado, a maior prevalência da supressão emocional pode representar uma tentativa de controlo imediato da experiência emocional, ainda que menos adaptativa a longo prazo (Seymour et al., 2011).

Estudos indicam que a menor frequência de uso da reavaliação cognitiva faz a mediação da relação entre a PHDA e desregulação emocional (Liu et al., 2022), enquanto a supressão, apesar de compensatória, tende a associar-se a maior sofrimento psicológico. A reavaliação, por atuar precocemente no processo emocional está associada a respostas mais adaptativas. Contribui também para maior bem-estar psicológico (Gross & John, 2003), já a supressão, por inibir a expressão emocional após a sua ativação, relaciona-se com uma maior reativação fisiológica, menor satisfação interpessoal e aumento da sintomatologia negativa (Gross & John, 2003; Bardeen et al., 2013; Fortes et al., 2022).

Adicionalmente, estudos mostram que a forma como os adultos com PHDA regulam as emoções influencia diretamente o seu funcionamento psicológico, sendo as estratégias menos adaptativas associadas a maiores níveis de ansiedade, depressão e sofrimento emocional (Skirrow & Asherson, 2013; Beheshti et al., 2020).

Prevê-se ainda que indivíduos com PHDA de apresentação combinada tendam a recorrer com maior frequência à supressão emocional. Apesar de a evidência direta ser limitada, esta hipótese é sustentada por estudos que associam esta apresentação a maior gravidade clínica e défices de autorregulação mais acentuados (Barkley, 2014; Shaw et al., 2014; Martel, 2009).

Por fim, considera-se que a intervenção farmacológica e/ou psicoterapêutica possa contribuir para o uso mais adaptativo de estratégias de regulação emocional. Indivíduos sem apoio tendem a apresentar um padrão mais disfuncional de regulação, enquanto os que recebem tratamento demonstram maior consistência emocional e competências metacognitivas facilitadoras da reavaliação cognitiva (Retz et al., 2012; Surman et al., 2013; Linehan, 1993; Sprich et al., 2010).

Método

Este estudo é de cariz quantitativo, descritivo e correlacional. O delineamento quantitativo permite a recolha e análise de dados numéricos para identificar padrões e relações estatísticas entre variáveis (Creswell, 2014). O estudo descritivo visa caracterizar as estratégias de regulação emocional utilizadas por adultos com PHDA, descrevendo as variáveis em análise de forma sistemática (Gil, 2019). Paralelamente, a componente correlacional permite avaliar a associação entre as variáveis, nomeadamente entre estratégias de regulação emocional e sintomas da PHDA, sem determinar relações causais (Hair et al., 2014; Field, 2018).

Participantes

Para este estudo são incluídos participantes com mais de 18 anos, todos com diagnóstico confirmado de Perturbação de Hiperatividade/Défice de atenção (PHDA)

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Características	Amostra	
	N	%
Género		
Masculino	10	23.3%
Feminino	32	74.4%
Não binário	1	2.3%
Escolaridade		
Secundário	5	11.6%

Licenciatura	21	48.8%
Mestrado	14	32.6%
Doutoramento	3	7.0%
Ocupação Atual		
Desempregado	4	9.3%
Estudante	5	11.6%
Estudante-trabalhador	2	4.7%
Trabalhador	32	74.4%
Estado Civil		
Solteiro	23	53.5%
Casado/União de facto	18	41.9%
Divorciado	2	4.7%
Apresentação de diagnóstico da PHDA		
Não sabe	3	7%
Apresentação desatenta	14	32.6%
Apresentação combinada	26	60.5%
Presença de comorbilidades		
Não	27	62.8%
Sim	16	37.2%
Diagnóstico específico da comorbilidade		
Perturbação de Ansiedade	4	9.3%
Perturbação Depressiva	2	4.7%
Perturbação de Ansiedade e Perturbação Depressiva	4	9.3%
Perturbação do Neurodesenvolvimento	3	7.0%

Outros- burnout, adenomiose, insónia	2	4.7%
Em análise	1	2.3%
Toma medicação para a PHDA		
Não	11	25.6%
Sim	32	74.4%
Regularidade da toma da medicação		
Uso diário	25	58.1%
Uso diário, exceto fim de semana	5	11.6%
Uso pontual, só quando preciso	1	2.3%
Outro	1	2.3%
Apoio terapêutico		
Não	1	2.3%
Já recebi no passado	4	9.3
Sim	38	88.4%

A amostra do presente estudo é composta por 43 participantes, dos quais 10 (23.3%) se identificam como sendo do sexo masculino, 32 (74.4%) do sexo feminino e 1 (2.3%) com identidade não binária. A idade dos participantes varia entre 19 e 54, com uma média de 35.05 anos e um desvio padrão de 8.55.

No que diz respeito à escolaridade, 5 participantes (11.6%) possuem o ensino secundário, 21 (48.8%) têm licenciatura, 14 (32.6%) completaram o mestrado, e 3 (7.0%) possuem o grau de doutorado.

Relativamente à ocupação atual, 4 participantes (9.3%) encontram-se desempregados, 5 (11.6%) são estudantes, 2 (4.7%) identificam-se como estudantes trabalhadores, e a maioria, 32 (74.4%) está empregada.

Quanto ao estado civil, 23 participantes (53.5%) referem estar solteiros, 18 (41.9%) estão casados ou em união de facto, e 2 (4.7%) são divorciados.

No que diz respeito à apresentação clínica da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), 14 participantes (32.6%) referem uma apresentação desatenta, 26 (60,5%) uma apresentação combinada, e 3 (7%) indicam não saber qual a apresentação que possuem. Quanto ao tratamento farmacológico, 32 participantes (74.4%) reportam fazer uso de medicação para a PHDA, enquanto 11 (25.6%) não utilizam fármacos.

Entre os que utilizam medicação, a regularidade da toma varia: 25 participantes (58.1%) referem uso diário, 5 (11.6%) fazem uso diário, exceto ao fim de semana, 1 (2.3%) utiliza a medicação apenas quando necessário, e 1 (2.3%) indicou outra forma de utilização.

Relativamente à presença de comorbilidades, 27 participantes (62.8%) indicaram não apresentar comorbilidades, enquanto 16 (37.2%) referiram a sua presença. As comorbilidades reportadas incluem: ansiedade (n=4; 9,3%), depressão (n=2; 4.7%), ansiedade e depressão em simultâneo (n=4; 9.3%), condições do neurodesenvolvimento, como autismo e perturbação obsessivo-compulsiva (POC) (n=3; 7.0%), e outras condições, incluindo burnout, adenomiose e insónia (n=2; 4.7%). Adicionalmente, 1 participante (2.3%) encontra-se em processo de avaliação diagnóstica.

Por fim, no que concerne ao acompanhamento psicoterapêutico, 38 participantes (88.4%) indicam que atualmente recebem apoio psicológico, 4 (9.3%) referem já o ter recebido no passado, e apenas 1 participantes (2.3%) declara nunca ter recebido acompanhamento psicoterapêutico.

No que diz respeito aos **critérios de inclusão**, estes foram: (a) idade superior a 18 anos; (b) diagnóstico de PHDA estabelecido independentemente da apresentação. No que

concerne aos **critérios de exclusão**, estes englobaram indivíduos com comorbilidades com outras perturbações do neurodesenvolvimento e/ou outras perturbações neurológicas (outros diagnósticos de neurodesenvolvimento e perturbação de personalidade borderline).

Cálculo do tamanho amostral

Para garantir um poder estatístico adequado na deteção de correlações com um tamanho de efeito moderado ($r = 0.30$), foi calculado o tamanho amostral necessário utilizando o software G*Power, considerando um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$) e um poder de 95% ($1 - \beta = 0.95$). O cálculo indicou que seria necessário recrutar uma amostra de 134 participantes para as análises de correlações.

Instrumentos

Para o presente estudo, foi solicitado aos participantes que preenchessem quatro questionários, descritos abaixo.

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico teve como principal objetivo a recolha de dados relativo às características pessoais e clínicas dos participantes do estudo. As informações obtidas incluíram: idade, género, nível de escolaridade, estado civil, situação profissional, idade do diagnóstico da PHDA, tipo de apresentação atual da perturbação, existência de diagnósticos comórbidos, uso de medicação para a PHDA e frequência da toma, bem como o acompanhamento terapêutico (atual/passado), incluindo a sua regularidade e momento de início.

Questionário de Regulação Emocional- (ERQ)

O Questionário de Regulação Emocional (ERQ), desenvolvido por Gross e John (2003), é um instrumento amplamente utilizado na avaliação das estratégias de regulação emocional. Composto por 10 itens, o ERQ avalia duas estratégias distintas: a Reavaliação Cognitiva (RC) e a Supressão Emocional (SE). A Reavaliação Cognitiva refere-se à modificação da interpretação de uma situação com o objetivo de alterar o seu impacto emocional, enquanto a Supressão Emocional diz respeito à inibição da expressão externa das emoções já experienciadas. Exemplos de itens representativos incluem “*Guardo as minhas emoções para mim próprio*”, no caso da Supressão Emocional, e “*Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza e raiva), mudo o que estou a pensar*”, no caso da Reavaliação Cognitiva. Os participantes avaliam cada item numa escala de Likert de 7 pontos, que varia entre 1 (Discordo totalmente) e 7 (Concordo totalmente). O instrumento demonstrou bons índices de consistência interna nas subescalas originais, com $\alpha = .79$ para a Reavaliação Cognitiva e $\alpha = .73$ para a Supressão Emocional (Gross & John, 2003). Em Portugal, o ERQ foi traduzido e validado por Vaz e Martins (2009), tendo apresentado uma consistência interna de 0,76 para a subescala de Reavaliação Cognitiva e de 0,65 para a subescala de Supressão Emocional. Na amostra do presente estudo o alfa de Cronbach obtido foi de $\alpha = .735$, indicando uma consistência interna aceitável dos itens (George & Mallery, 2003; Marôco, 2014).

Escala de Autoavaliação de PHDA para Adulto (ASRS- v1.1)

A escala de Autoavaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto (ASRS-v1.1) foi desenvolvida com o objetivo de facilitar o diálogo entre o psicólogo e o cliente, contribuindo para a identificação de sintomas compatíveis com a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). Este instrumento baseia-se nos dezoito critérios de diagnóstico definidos para a PHDA, avaliando os sintomas

através de uma escala de Likert de cinco pontos, que varia entre 0 (“Nunca”) e 4 (“Muito frequente”). A escala encontra-se dividida em duas partes: a parte A, composta por seis itens, considerados os mais preditivos de sintomatologia compatível com PHDA, e a Parte B, que inclui os doze itens restantes (OMS et al., 2003). O preenchimento da ASRS- v1.1 é rápido, demorando cerca de cinco minutos, e pode fornecer informações relevantes para o processo de avaliação clínica.

Antes da aplicação da ASRS, é essencial considerar a presença de sintomas durante a infância. Embora o diagnóstico formal na infância não seja obrigatório para adultos com PHDA, devem ser recolhidas evidências de dificuldades precoces ou persistentes ao nível da atenção e do controlo de impulsos. A presença de alguns sintomas significativos durante o desenvolvimento infantil é um critério necessário, ainda que não se exija a manifestação da perturbação nessa fase. Na amostra do presente estudo o alfa de Cronbach obtido foi de $\alpha = .831$, indicando uma boa consistência interna dos itens (George & Mallery, 2003; Marôco, 2014).

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – versão reduzida (DERS – VR)

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional- Versão Reduzida (DERS-VR; Moreira et al., 2020) foi utilizada com o objetivo de avaliar o grau de desregulação emocional dos participantes. Esta versão breve da escala original é composta por 18 itens e contempla seis domínios específicos da regulação emocional: a não aceitação das emoções negativas, a dificuldade em manter comportamentos orientados para objetivos na presença de emoções negativas, o controlo de impulsos perante emoções negativas, a perceção da ineficácia das estratégias de regulação disponíveis, a consciência emocional e a clareza emocional. Os itens são avaliados numa escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (“Quase nunca se aplica a mim”) e 5 (“Aplica-se quase sempre

a mim”). Um exemplo de item é “*Costumo prestar atenção àquilo que estou a sentir*”. Pontuações mais elevadas indicam níveis superiores de dificuldades. No que respeita às propriedades psicométricas, a versão reduzida da escala apresenta uma consistência interna global elevada ($\alpha = .89$), com valores de alfa de Cronbach satisfatórios para cada uma das subescalas: consistência ($\alpha = .75$), clareza ($\alpha = .81$), objetivos ($\alpha = .87$), controlo de impulsos ($\alpha = .89$), não aceitação ($\alpha = .87$) e estratégias ($\alpha = .83$), segundo Hallion et al., (2018). Na amostra do presente estudo o alfa de Cronbach obtido foi de $\alpha = .889$, indicando uma consistência interna muito boa dos itens (George & Mallery, 2003; Marôco, 2014).

Procedimentos

Recolha de dados

O presente estudo foi previamente submetido à apreciação da Comissão de Ética da Universidade Lusíada do Porto, tendo parecer favorável, o que permitiu dar início ao processo de recolha de dados. Para garantir o uso adequado dos instrumentos de avaliação, foram solicitadas aos autores as versões em português dos questionários, bem como as devidas autorizações para a sua utilização no contexto da investigação.

Foi elaborado um consentimento informado, o qual era apresentado aos participantes antes do início do questionário. Apenas os indivíduos que consentiram participar de forma informada puderam prosseguir com o preenchimento. A recolha de dados decorreu através de uma plataforma online, onde os participantes acediam aos questionários através de um link que lhes era disponibilizado. Este link era acompanhado de uma breve explicação sobre os objetivos de estudo, os critérios de inclusão e as condições de participação.

A confidencialidade dos dados foi totalmente assegurada, sendo garantido o anonimato dos participantes. A participação no estudo foi voluntária e não implicou qualquer tipo de compensação ou gratificação. Os participantes puderam interromper a sua colaboração a qualquer momento, bastante para tal abandonar o questionário. Para esclarecimento de dúvidas, foi facultado um contacto de e-mail da investigadora responsável, acessível antes, durante e após a participação.

O tempo estimado para a conclusão do questionário foi de aproximadamente 15 a 20 minutos. A divulgação do estudo foi feita com o apoio de profissionais de saúde com experiência no acompanhamento de indivíduos com PHDA, com os quais foi estabelecida uma parceria de colaboração. Estes profissionais disponibilizaram o link do questionário aos pacientes diagnosticados com PHDA, em que na definição do diagnóstico tenha sido utilizado a entrevista DIVA 5 e este tenha sido validado por um médico psiquiatra e/ou o paciente tenha sido submetido a prova terapêutica. Os profissionais foram também informados de que o link deveria ser enviado a pacientes que não apresentassem comorbilidades com outras perturbações do neurodesenvolvimento nem perturbações de personalidade.

Análise de dados

A análise dos dados foi conduzida com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27.0. Numa fase inicial, procedeu-se à análise descritiva, com o objetivo de caracterizar os participantes em termos de variáveis sociodemográficas (género, idade, escolaridade, estado civil, ocupação e relação de intimidade) e variáveis clínicas (apresentação da PHDA, presença de comorbilidades, tipo de comorbilidade, medicação e apoio terapêutico). Foram calculadas frequências, percentagens, médias e desvios padrão.

Posteriormente, foi analisada a distribuição das variáveis principais relativas às estratégias de regulação emocional- Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional- utilizando o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados indicaram que a variável Reavaliação Cognitiva ($p=0.133$) e Supressão Emocional ($p=0.056$). apresentam uma distribuição aproximadamente normal.

Além disso, procedeu-se à análise de normalidade para as subescalas da DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) e para a escala ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale), utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados indicaram que a maioria das subescalas da DERS não segue uma distribuição normal, com exceção da subescala “falta de clareza emocional” ($p= .167$), cujo valor de significância é superior a .05. A pontuação total do ASRS apresentou uma distribuição aproximadamente normal ($p= .139$). Com base nestes resultados, optou-se por recorrer a testes paramétricos para variáveis com distribuição aproximadamente normal, e não paramétricos nas análises que envolvem variáveis com distribuição não normal, assegurando a adequação dos procedimentos estatísticos aos pressupostos exigidos. As análises foram realizadas de acordo com os objetivos específicos do estudo.

Para testar as diferenças na utilização das estratégias de regulação emocional, foi utilizado um teste t para amostras emparelhadas, dado que a Reavaliação Cognitiva e a Supressão seguem distribuição aproximadamente normal, comparando as médias de utilização das duas estratégias no total da amostra. Para testar as diferenças na utilização das estratégias de regulação emocional em função do tipo de apoio terapêutico (psicoterapia isolada e psicoterapia com farmacologia) utilizou-se o teste t, dado o tamanho da amostra e as distribuições observadas. De forma a testar as diferenças na utilização de estratégias de regulação emocional em função da apresentação clínica da

PHDA (desatenta e combinada) foi utilizado o teste t para amostras independentes. Para testar a relação entre as estratégias de regulação emocional e os sintomas da PHDA (ASRS) realizou-se uma correlação de Pearson, uma vez que as variáveis apresentavam uma distribuição aproximadamente normal. Para analisar a relação entre as estratégias de regulação emocional e as dificuldades de regulação emocional (DERS), foram calculadas correlações de Spearman, uma vez que a maioria das variáveis não apresentou distribuição normal. A exceção foi a subescala “Falta de Clareza Emocional” que apresentou uma distribuição aproximadamente normal, neste caso, foi utilizada uma correlação de Pearson com as estratégias de regulação emocional. Por fim, para analisar as diferenças nos níveis de dificuldades de regulação emocional em função do tipo de apoio terapêutico e/ou farmacológico foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que as variáveis dependentes não apresentam distribuição normal e a variável independente é composta três grupos. A única exceção foi a subescala “Falta de Clareza Emocional”, que apresenta uma distribuição aproximadamente normal, neste caso recorreu-se a uma ANOVA para comparação entre grupos.

O nível de significância adotado para todas as análises foi de $p < .05$.

Resultados

Diferenças na frequência de utilização das estratégias de Reavaliação Cognitiva e de Supressão Emocional em adultos com PHDA

Com o objetivo de analisar se existiam diferenças significativas na frequência de utilização das estratégias de regulação emocional- Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional- foi realizado um teste *t* para amostras emparelhadas. Esta análise permitiu comparar as médias das duas estratégias no total da amostra.

Tabela 2

Diferenças na frequência de utilização das estratégias de Reavaliação Cognitiva e de Supressão Emocional em adultos com PHDA

	Reavaliação Cognitiva		Supressão Emocional		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Estratégias	24.02	7.54	15.58	5.84	5.75 (42)	<.001	.88

Nota. *M*= média; *DP*= desvio padrão; *gl*= graus de liberdade; *p*= significância; *d* de Cohen: tamanho do efeito.

Os resultados do teste *t* para amostras emparelhadas revelaram uma diferença estatisticamente significativa entre as médias das duas estratégias, $t(42) = 5.753, p < .001$. A média da Reavaliação Cognitiva ($M = 24.02$; $DP = 7.54$) foi significativamente superior à média da Supressão Emocional ($M = 15.58$; $DP = 5.84$), o que sugere que os participantes tendem a recorrer mais frequentemente à estratégia de Reavaliação Cognitiva.

O tamanho do efeito foi calculado através do Cohen $d = 0.88$, o que representa um efeito grande, indicando que a diferença entre as duas estratégias não é apenas estatisticamente significativa, mas também relevante do ponto de vista prático.

Estes resultados sugerem que, no presente estudo, os adultos com PHDA da amostra apresentam uma maior utilização de estratégias de Reavaliação Cognitiva em detrimento das de Supressão Emocional no processo de regulação emocional.

Diferenças no uso de estratégias de regulação emocional em função do apoio psicoterapêutico ou psicoterapêutico e farmacológico

Com o objetivo de analisar possíveis diferenças na utilização de estratégias de regulação emocional entre adultos com PHDA em função do tipo de apoio terapêutico, foi realizado um teste t para amostras independentes. Compararam-se dois grupos: participantes que recebem apenas apoio psicoterapêutico e participantes que recebem apoio psicoterapêutico e farmacológico.

Tabela 3

Diferenças no uso de estratégias de regulação emocional em função do apoio psicoterapêutico ou psicoterapêutico e farmacológico

Estratégia	Psicoterapia	Psicoterapia + Farmacologia	$t(40)$	p	d de Cohen
	$M (DP)$	$M (DP)$			
Reavaliação Cognitiva	26.30 (7.33)	23.88 (7.02)	0.944	.351	0.34
Supressão Emocional	19.20 (5.61)	14.34 (5.56)	2.405	.021*	0.87

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p \leq .001$

Os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas na utilização da estratégia de reavaliação cognitiva entre os dois grupos, $t(40)= 0.94, p= .351, d= 0.34$.

Por outro lado foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na utilização da supressão emocional, $t(40)= 2.41, p=.021, d=0.87$. Os participantes que recebem apenas apoio psicoterapêutico apresentaram valores médios mais elevados nesta estratégia ($M= 19.20, DP=5.61$), comparativamente aos participantes que recebem ambos os tipos de apoio ($M=14.34, DP=5.56$).

Diferenças na utilização de estratégias de regulação emocional entre as apresentações desatenta e combinada da PHDA

Com o objetivo de analisar possíveis diferenças na utilização de estratégias de regulação emocional entre adultos com PHDA com apresentação desatenta e combinada, foram realizados teste t para amostras independentes.

Tabela 4

Diferenças na utilização de estratégias de regulação emocional entre as apresentações desatenta e combinada da PHDA

Estratégia	Desatenta	Combinada	$t(38)$	p	d
	$M (DP)$	$M (DP)$			
Reavaliação	22.00 (6.13)	25.12 (8.45)	-1.22(38)	.116	0.40
Cognitiva					
Supressão	15.86 (6.56)	15.38 (5.74)	0.24(38)	.407	0.08
Emocional					

Nota. *M*: média; *DP*: desvio-padrão; *t*(*df*): valor do teste *t* de Student para amostras independentes; *p*: valor de significância; *d*: tamanho do efeito de Cohen. $p < .05$ indica significância estatística.

Para a estratégia de reavaliação cognitiva, foi realizado um teste *t* para amostras independentes. Os resultados indicaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo com apresentação desatenta ($M=22.00$, $DP= 6.13$) e o grupo com apresentação combinada ($M=25.12$, $DP= 8.45$), $t(38) = -1.22$, $p= .116$, $d= 0.40$. Assim, não há evidências suficientes para afirmar que a frequência da utilização da estratégia de reavaliação cognitiva difere entre as apresentações da PHDA.

Relativamente à supressão emocional, também foi aplicado o teste *t* para amostras independentes, uma vez que a variável apresenta distribuição aproximadamente normal. Os resultados indicaram ausência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo desatento ($M=15.86$, $DP= 6.56$) e o grupo combinado ($M=15.38$, $DP=5.74$), $t(38)= 0.24$, $p= .407$, $d= 0.08$.

Assim, conclui-se que as apresentações desatenta e combinada da PHDA não diferem significativamente na utilização das estratégias de Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional para a regulação emocional.

Relação entre os sintomas totais da PHDA e as estratégias de regulação emocional

Com o objetivo de explorar a associação entre a gravidade dos sintomas da PHDA e a frequência de utilização das estratégias de regulação emocional, foi realizada uma análise de correlação de Pearson.

Tabela 5

Relação entre o score total dos sintomas da PHDA e o uso de estratégias de regulação emocional

Variáveis	1.	2.	3.
1-ASRS Total	—		
2-Reavaliação Cognitiva	-0.03	—	
3-Supressão Emocional	0.03	-0.02	—

Nota: N= 43; Coeficiente de correlação de Pearson (r); Nenhuma correlação atingiu significância estatística ($p>.05$); ASRS Total: Sintomas totais da PHDA.

Foi realizada uma análise de correlação de Pearson para explorar a relação entre as estratégias de regulação emocional (Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional) e o score total de sintomas da PHDA (ASRS Total).

Os resultados indicaram que não houve uma associação estatisticamente significativa entre a utilização da reavaliação cognitiva e os sintomas da PHDA, $r(41) = -0.03$, $p = .830$, nem entre a supressão emocional e os sintomas da PHDA, $r(41) = 0.03$, $p = .851$.

Assim, estes dados sugerem que, na amostra analisada, a frequência de uso das estratégias de regulação emocional, quer de supressão quer de reavaliação cognitiva, não está significativamente relacionada com a intensidade dos sintomas da PHDA reportados.

Relação entre estratégias de regulação emocional e dificuldades na regulação emocional

Com o objetivo de analisar a associação entre as estratégias de regulação emocional e as dificuldades específicas de regulação emocional em adultos com PHDA, foram realizadas análises de correlação. Dado que a maioria das subescalas da DERS apresentaram distribuição não normal, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. A única

exceção foi a subescala “Falta de clareza emocional”, cuja distribuição se aproxima da normal, sendo analisada através do coeficiente de correlação de Spearman.

Tabela 6

Correlações de Spearman entre estratégias de regulação emocional e as dimensões das dificuldades de regulação emocional em adultos com PHDA

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7
1.Reavaliação Cognitiva (RC)	___	.009	-.255	-.363*	-.557**	-.499**	-.114
2.Supressão Emocional (SE)	.009	___	.179	.001	.157	.166	.236
3.Não aceitação das emoções negativas (DERS)	-.255	.179	___	.431**	.442**	.505**	.466**
4.Incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos (DERS)	-.363*	.001	.431**	___	.339*	.441**	.101
5.Dificuldade em controlar comportamentos impulsivos (DERS)	-	.157	.442**	.339*	___	.487**	.289

6.Carência de estratégias efetivas (DERS)	-	.166	.505**	.441**	.487**	___	.033
		.499*					
		*					

7.Falta de consciência emocional (DERS)	-.114	.236	.466**	.101	.289	.033	___
---	-------	------	--------	------	------	------	-----

Nota: rs: correlação de Spearman, N= 43; * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p \leq .001$.

Tabela 7

Correlações de Pearson entre as estratégias de regulação emocional e a subescala “Falta de Clareza Emocional” da DERS em adultos com PHDA

Variáveis	1.Reavaliação Cognitiva	2.Supressão Emocional	3.Falta de clareza emocional
1.Reavaliação Cognitiva (RC)	___	-.018	-.202
2.Supressão Emocional (SE)	-.018	___	.377*
3.Falta de clareza emocional	-.202	.377*	___

Nota: r: correlação de Pearson; N= 43; $p < .05$

Os resultados indicaram que a reavaliação cognitiva apresentou associações negativas e estatisticamente significativas com várias dimensões das dificuldades de regulação emocional. Particularmente, observou-se que quanto menos o uso da reavaliação cognitiva, maior a incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos

por objetivos ($r_s = -0.363$, $p = .017$), maior dificuldade em controlar comportamentos impulsivos ($r_s = -0.557$, $p < .001$) e maior carência de estratégias efetivas de regulação emocional ($r_s = -0.499$, $p < .001$). Estes resultados sugerem que indivíduos que utilizam menos a Reavaliação Cognitiva tendem a apresentar maiores dificuldades em manter o foco em metas, controlar impulsos e encontrar estratégias eficazes para regular as emoções.

Por outro lado, a supressão emocional mostrou uma correlação positiva significativa com a subescala “Falta de clareza emocional” ($r = 0.377$, $p = .013$). Isto indica que um maior uso da estratégia de supressão emocional está associado a maiores dificuldades em identificar e compreender as próprias emoções.

Diferenças nas dificuldades de regulação emocional em função do tipo de apoio recebido

Com o objetivo de explorar se existem diferenças nos níveis de dificuldades de regulação emocional entre participantes que recebem apenas apoio psicoterapêutico e aqueles que recebem apoio psicoterapêutico juntamente com apoio farmacológico, foram realizadas análises estatísticas apropriadas à distribuição das variáveis.

Tabela 8

Diferenças entre os níveis de dificuldades de regulação emocional em função do apoio psicoterapêutico e apoio psicoterapêutico juntamente com apoio farmacológico

Posto médio			
Subescalas DERS	Psicoterapia (n=10)	Psicoterapia +Farmacologia (n=32)	X ² (1)

Não aceitação das emoções negativas	18.40	22.47	0.85
Dificuldade em comportamentos dirigidos a objetivos	19.05	22.27	0.53
Dificuldade em controlar impulsos	20.20	21.91	0.15
Carência de estratégias eficazes	21.90	21.38	0.01
Falta de consciência emocional	21.50	21.50	0.00

Nota: n= número de pessoas; X²: estatística de Kruskal-Wallis

Tabela 9

Médias, desvios padrão e resultados da ANOVA para a subescala “falta de clareza emocional” em função do tipo de apoio recebido

		Psicoterapia		Psicoterapia +Farmacologia		F (2.40)	η ²
		M	DP	M	DP		
Falta de clareza emocional		9.40	3.34	8.72	2.40	0.341	.017

Nota: F: valor da estatística F; gl: graus de liberdade; p: nível de significância, η²= tamanho do efeito

Para analisar as diferenças nos níveis das dificuldades de regulação emocional em função do tipo de apoio recebido, foram realizados testes de Kruskal-Wallis para as subescalas da DERS, comparando participantes que recebem apenas apoio psicoterapêutico ($n=10$) e aqueles que recebem apoio psicoterapêutico juntamente com farmacológico ($n=32$).

Os resultados indicaram que não houve diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas analisadas. Especificamente, as medianas dos postos médios para “não aceitação das emoções negativas” foram 18.40 e 22.47, $X^2(1) = 0.85$, $p = .356$; para “dificuldades em comportamentos dirigidos por objetivos”, 19.05 e 22.27, $\chi^2(1) = 0.53$, $p = .456$; para “dificuldade em controlar impulsos”, 20.20 e 21.91, $X^2(1) = 0.15$, $p = .687$; para “carência de estratégias de regulação emocional percebidas como eficazes”, 21.90 e 21.38, $X^2(1) = 0.01$, $p = .905$; e para “falta de consciência emocional”, ambos os grupos apresentam postos médios iguais (21.50), $X^2(1) = 0.00$, $p = 1.000$.

Para a subescala “fala de clareza emocional”, foi realizada uma ANOVA para comparar as médias entre os dois grupos. A análise não revelou diferenças significativas entre os participantes que recebem apenas apoio psicoterapêutico ($M = 9.40$, $DP = 3.34$) e aqueles com apoio psicoterapêutico e farmacológico ($M = 8.72$, $DP = 2.40$), $F(1,40) = 0.34$, $p = .713$, $\eta^2 = .017$.

Estes resultados sugerem que, neste conjunto de dados, o tipo de apoio recebido não se associa a diferenças significativas nas dificuldades de regulação emocional medidas pelas subescalas da DERS.

Discussão de Resultados

O presente estudo teve como objetivo principal investigar as estratégias de regulação emocional mais prevalentes entre adultos com diagnósticos de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção e, analisar de que forma estas estratégias variam em função da apresentação de PHDA (desatento, hiperativo/impulsivo e combinado) e em função de receberem apoio psicoterapêutico e/ou farmacológico.

Tabela 2: Os resultados do presente estudo revelaram que os adultos com PHDA desta amostra utilizam significativamente mais a estratégia de reavaliação cognitiva do que a de supressão emocional, com efeito prático considerável. Um aspeto central que pode ajudar a compreender este padrão é o facto de grande parte dos participantes estar a receber acompanhamento psicoterapêutico e/ou tratamento farmacológico. Existem intervenções psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental e a terapia comportamental dialética que têm demonstrado eficácia em promover o uso de estratégias cognitivas adaptativas, como a reavaliação cognitiva (Linehan, 1993; Sprich et al., 2010). Da mesma forma, o tratamento farmacológico pode contribuir para a redução de sintomas de impulsividade e irritabilidade que dificultam a regulação emocional (Retz et al., 2012; Surman et al., 2013).

Esta condição específica da amostra pode explicar a divergência em relação a alguns estudos anteriores que indicaram uma tendência maior para o uso de estratégias menos adaptativas, como a supressão emocional, em adultos com PHDA (Liu et al., 2022). Outros estudos com populações mais jovens também apontam para dificuldades na regulação emocional associadas à PHDA (Seymour et al., 2011). Esta divergência pode estar relacionada com diferenças metodológicas entre estudos, perfil clínico da amostra e variáveis contextuais que influenciam a regulação emocional.

A preferência pela reavaliação cognitiva pode refletir um melhor desenvolvimento das competências cognitivas de modulação emocional, sugerindo um potencial positivo no controlo emocional. Gross e John (2003) destacam que a reavaliação está associada a respostas emocionais mais adaptativas, com menor reatividade fisiológica e maior bem-estar psicológico. Alguns estudos neuropsicológicos também indicam a ativação do córtex pré-frontal dorsolateral durante esta estratégia, região crucial para o controlo executivo, que pode estar comprometida em adultos com PHDA (Buhle et al., 2014; McRae et al., 2008).

Desta forma, a maior utilização da reavaliação cognitiva por parte dos participantes pode indicar a presença de recursos cognitivos que lhes permitem reinterpretar situações emocionalmente desafiantes, reduzindo a intensidade das respostas emocionais negativas. Este tipo de estratégia é reconhecido na literatura como um fator protetor importante no funcionamento emocional saudável (Gross & John, 2003). Apesar destas evidências positivas, é importante considerar que, a desregulação emocional permanece um problema persistente na PHDA, especialmente em contextos de stress, como demonstraram diversos estudos (Shaw, P. et al., 2014). Assim, torna-se fundamental compreender melhor os fatores que podem atenuar esse impacto.

Além disso, esta capacidade de reavaliação pode estar ligada à prática ou treino das competências emocionais, como as promovidas em intervenções terapêuticas com base na regulação emocional e na terapia cognitivo-comportamental (Linehan, 1993; Sprich et al., 2010). Por outro lado, a menor frequência de uso da supressão emocional, uma estratégia geralmente associada a maior reatividade fisiológica, menor satisfação interpessoal e maior sofrimento psicológico, representa um dado importante no que diz respeito ao funcionamento emocional da amostra estudada (Gross & John, 2003).

Apesar disso, é importante salientar que a supressão emocional, embora possa ser eficaz a curto prazo para controlar a expressão externa das emoções, está relacionada a efeitos negativos a longo prazo, como o aumento do stress, pior desempenho cognitivo e dificuldades sociais (John & Gross, 2004; Srivastava et al., 2009). Assim, a menor dependência desta estratégia pode sugerir um padrão de regulação emocional mais adaptativo entre os participantes. Ainda assim, é importante destacar que a supressão emocional, apesar de menos utilizada, continua presente, possivelmente atuando como mecanismo compensatório em momentos de maior dificuldade emocional. Isto está de acordo com estudos que indicam a prevalência desta estratégia em fases de impulsividade e desregulação emocional, comuns em adultos com PHDA (Beheshti et al., 2020; Shaw et al., 2014).

Esta coexistência de estratégias adaptativas e menos adaptativas evidencia a complexidade da regulação emocional na PHDA e reforça a necessidade de estratégias terapêuticas integradas que promovam a flexibilidade regulatória (Aldao et al., 2015).

Em suma, os resultados reforçam a importância de promover intervenções que não só reduzam os sintomas nucleares da PHDA, mas também desenvolvam competências de regulação emocional, visando um funcionamento mais adaptativo.

Tabela 3- A análise dos dados revelou ainda que não houve diferenças estatisticamente significativas no uso da estratégia de reavaliação cognitiva entre os participantes que recebem apenas apoio psicoterapêutico e aqueles que combinam apoio psicoterapêutico e psicofarmacologia. Este resultado sugere que a presença do tratamento farmacológico, quando associado ao apoio psicoterapêutico, não influencia diretamente a frequência com que os adultos com PHDA utilizam estratégias cognitivas adaptativas para a regulação emocional. Esta evidência é consistente com a literatura que sublinha o papel central da intervenção psicoterapêutica no desenvolvimento de competências

emocionais e cognitivas. Beidas e Kendall (2010) argumentam que a promoção de estratégias adaptativas de regulação emocional depende fortemente da formação terapêutica e da implementação de práticas psicossociais baseadas em evidência. Da mesma forma, Kazdin e Blase (2011) reforçam a necessidade de intervenções psicossociais para promover mudanças duradouras no comportamento e nas competências de regulação emocional, considerando que o tratamento farmacológico, embora importante para a redução de sintomas, não substitui o treino das competências emocionais nem promove diretamente alterações neste domínio.

Por outro lado, foi observada uma diferença estatisticamente significativa na utilização da estratégia de supressão emocional entre os grupos, com participantes em apoio psicoterapêutico isolado a apresentarem um maior uso dessa estratégia do que aqueles que recebem também apoio farmacológico. Este resultado é consistente com evidências que indicam que o tratamento farmacológico na PHDA, particularmente com estimulantes como metilfenidato, pode reduzir os sintomas de impulsividade e irritabilidade, contribuindo para um melhor controlo dos impulsos e menor necessidade de recorrer à supressão emocional, considerada uma estratégia menos adaptativa (Whalen, C. K., & Henler, B. 1991). Isto sugere que o controlo farmacológico dos sintomas pode atuar como um facilitador para que os indivíduos evitem estratégias emocionais disfuncionais e possam utilizar respostas mais adaptativas.

Além disso, estudos de neuroimagem indicam que o tratamento farmacológico pode promover alterações em áreas relacionadas ao controlo executivo e processamento cognitivo, o que potencialmente reduz a necessidade de reprimir emoções e favorece a adoção de estratégias mais flexíveis (Spencer et al., 2013). A comorbilidade com outras condições, como o trauma, pode também interferir nesse processo, como destacado por Biederman et al., (2012), o que reforça a complexidade da regulação emocional na PHDA.

Com base nestes resultados, podemos concluir que o tratamento farmacológico, quando associado ao apoio psicoterapêutico, está relacionado com uma menor utilização de estratégias de supressão emocional, sem alterar significativamente o uso da reavaliação cognitiva. Estes resultados reforçam também a importância de abordagens terapêutica integradas que visem otimizar a regulação emocional em adultos com PHDA, promovendo tanto o desenvolvimento de competências cognitivas adaptativas quanto a redução de mecanismos emocionais menos eficazes. Ressalta-se também a relevância da flexibilidade no uso das estratégias emocionais, um aspeto essencial para o funcionamento emocional saudável e adaptativo.

Tabela 4- Os resultados obtidos na comparação entre as apresentações desatenta e combinada da PHDA revelaram que não há diferenças estatisticamente significativas na utilização das estratégias de reavaliação cognitiva e supressão emocional. Embora a PHDA combinada, caracterizada por sintomas simultâneos de desatenção, impulsividade e hiperatividade, esteja geralmente associada a maiores níveis de desregulação emocional (Shaw et al., 2014; Martel, 2009), os dados obtidos não mostram diferenças claras no uso autorrelatado dessas estratégias específicas de regulação emocional.

Barkley & Fischer (2010) destacam o impacto da impulsividade emocional no funcionamento dos adultos com PHDA, mas não identificam diferenças específicas no uso de estratégias conscientes de regulação emocional, como a reavaliação cognitiva e a supressão emocional. Esta distinção é importante, pois a desregulação emocional observada em ambas a apresentação da PHDA pode estar mais relacionada com dificuldades no processamento automático das emoções, como a reatividade aumentada e o défice no controlo inibitório, do que ao uso deliberado de estratégias cognitivas (Shaw et al., 2014; Graziano & Garcia, 2016).

Além disso, estudos indicam que fatores individuais, como o traço de impulsividade, o contexto terapêutico ou outras características pessoais, podem influenciar mais o padrão de regulação emocional do que a apresentação da PHDA (Seymour et al., 2011). Embora a literatura reconheça a desregulação emocional como um problema transversal na PHDA em adultos, afetando significativamente a qualidade de vida (Surman et al., 2013), ainda são necessários mais estudos que explorem como esta componente varia entre as diferentes apresentações clínicas da perturbação.

Finalmente, é relevante considerar que o tamanho reduzido da amostra, especialmente no grupo desatento (n=14), pode ter limitado o poder estatístico para detetar diferenças. A literatura também sugere que a desregulação emocional impulsiva, frequente na PHDA, está mais associada a respostas emocionais automáticas e a dificuldades de inibição do que ao uso consciente e planeado de estratégias cognitivas, como a reavaliação cognitiva e supressão emocional (Barkley & Fischer, 2010; Bunford et al., 2015).

Tabela 5- Os resultados obtidos na correlação entre a intensidade dos sintomas da PHDA e a frequência de utilização das estratégias de regulação emocional indicam que não existe uma relação estatisticamente significativa entre as mesmas. Este resultado sugere que, nesta amostra, o uso destas estratégias em específico não se relaciona com a gravidade dos sintomas autorrelatados da PHDA.

Este dado é relevante, uma vez que, embora a literatura aponte uma associação consistente entre a PHDA e a desregulação emocional (Shaw et al., 2014; Martel, 2009), essa desregulação parece estar mais relacionada a dificuldades no processamento emocional automático, tais como a impulsividade emocional e o défice no controlo inibitório, do que à escolha ou frequência do uso de estratégias cognitivas conscientes (Barkley, 2015; Shaw et al., 2014).

Uma possível explicação para os resultados obtidos é que a desregulação emocional observada na PHDA se relaciona sobretudo com respostas emocionais impulsivas e automáticas, como explosividade e baixa tolerância à frustração, e não diretamente com repertório de estratégias cognitivas conscientemente utilizadas após um evento emocional (Graziano & Garcia, 2016).

Neste sentido, o uso de estratégias como a reavaliação cognitiva e supressão emocional pode representar um domínio parcialmente dissociado da desregulação emocional reativa típica da PHDA, que está relacionada a défices de inibição e impulsividade emocional (Barkley, 2015; Shaw et al., 2014). Além disso, estudos apontam que o uso de estratégias de regulação emocional apresenta elevada variabilidade intraindividual, sendo influenciado por múltiplos fatores, como o contexto situacional, o suporte social, a prática terapêutica, a autoconsciência emocional e o histórico de aprendizagem (Gross, 2015; Schafer et al., 2017). Assim, mesmo indivíduos com maior gravidade de sintomas podem ter aprendido a usar estratégias cognitivas adaptativas, enquanto outros com sintomas menos intensos podem não ter desenvolvido essas competências (Aldao, Aheppes & Gross, 2015; Berking & Wupperman, 2012).

Estes resultados encontram-se ainda alinhados com a literatura que aponta para a complexidade da relação entre a gravidade dos sintomas da PHDA e o uso de estratégias de regulação emocional. Estudos sobre o desenvolvimento e a regulação emocional indicam que a relação entre impulsividade e regulação emocional é influenciada por fatores individuais e contextuais (Steinberg, 2008; Casey et al., 2008; Gross, 2015).

Além disso, estudos em intervenção terapêutica, como o de Sprich et al., (2010), demonstram que adultos com PHDA podem aprender a utilizar estratégias cognitivas de regulação emocional, como a reavaliação cognitiva, em contextos específicos, independentemente da intensidade dos sintomas. Esta aprendizagem pode ser

particularmente relevante em processos de terapia cognitivo-comportamental, mesmo em indivíduos com sintomas persistentes.

De forma mais geral, modelos como o proposto por Linehan (1993), no âmbito da terapia comportamental dialética, também reforçam a ideia de que indivíduos com dificuldades na regulação emocional, independentemente da condição clínica, podem adquirir estratégias adaptativas de intervenção estruturada.

Tabela 6- A análise revelou associações significativas entre as estratégias de regulação emocional e diversas dimensões da desregulação emocional, avaliadas pelo DERS. Os resultados indicam que quanto menor o uso da reavaliação cognitiva, maior a presença de dificuldades emocionais. De acordo com a literatura, a reavaliação cognitiva é apontada como um fator protetor contra dificuldades emocionais (Gross & John, 2003).

Embora estudos como o de Shaw et al., (2014) e Graziano e Garcia (2016) sublinhem a elevada prevalência de desregulação emocional na PHDA, o papel específico da reavaliação cognitiva nesta população ainda é um domínio em exploração, embora intervenções terapêuticas indiquem que o seu uso pode ser promotor de melhor regulação emocional em adultos com PHDA (Sprich et al., 2010).

Por outro lado, a supressão emocional apresentou uma associação positiva significativa com a falta de clareza emocional, isto indica que quanto maior o uso da supressão emocional, maior a dificuldade em identificar e compreender as próprias emoções. Esta relação já foi apresentada em diversos estudos, que apontam a supressão como uma estratégia associada à evitação e menor consciência emocional (Gross & John, 2003; Bardeen et al., 2013). No caso dos adultos com PHDA, esta associação pode ser particularmente problemática, dado que esta população já tende a apresentar fragilidades na percepção emocional (Surman et al., 2013) embora a relação específica entre supressão emocional e estas dificuldades na PHDA exija mais investigação.

Estes dados sugerem, portanto, que há diferenças qualitativas no impacto das estratégias de regulação emocional. Enquanto a reavaliação cognitiva se associa a um perfil de maior ajuste e competência emocional, a supressão emocional relaciona-se a dificuldades específicas na percepção e compreensão das emoções, potencialmente agravando o ciclo da desregulação emocional (Aldao et al., 2010; Schafer et al., 2017).

Estes resultados vão de acordo com o modelo processual de regulação emocional de Gross (2015), segundo o qual as estratégias utilizadas em momentos iniciais de resposta emocional tendem a ser mais adaptativas, enquanto estratégias tardias e de evitamento, como a supressão emocional, estão associadas a custos emocionais e interpessoais mais elevados.

Tabela 7- Por fim, o resultado obtido na análise das diferenças nos níveis de dificuldades de regulação emocional em função do tipo de apoio recebido, não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas da DERS. Estes resultados sugerem que, na amostra estudada, o tipo de intervenção clínica reportada não diferencia de forma significativa as dificuldades de regulação emocional reportadas pelos participantes.

Este dado é relevante, considerando a literatura que aponta para um papel importante da psicoterapia nomeadamente na promoção de competências de regulação emocional em adultos com PHDA (Knouse & Safren, 2010; Ramsay & Rostain, 2015). No entanto, os resultados não corroboram, de forma estatisticamente significativa essa hipótese.

A ausência de diferenças significativas pode ser explicada, em parte, pelas limitações da amostra relativamente pequena ($n=43$), que pode ter reduzido o poder estatístico da análise, dificultando a deteção de efeitos reais entre os grupos. Além disso, a regulação emocional é influenciada por múltiplos fatores individuais e contextuais, tais

como a duração e qualidade do tratamento, a adesão às intervenções, o suporte social e as características clínicas específicas de cada participante (Gross, 2015; Linehan, 1993).

Estudos anteriores demonstram que intervenções psicoterapêuticas, especialmente aquelas que focam o desenvolvimento de competências de regulação emocional, podem promover melhorias importantes neste domínio, mesmo em adultos com PHDA e sintomas persistente (Sprich et al., 2010; Linehan, 1993). Do mesmo modo, a intervenção farmacológica tem mostrado efeitos benéficos na redução da impulsividade emocional e na melhora do controle emocional global, podendo facilitar a adoção de estratégias regulatórias mais eficazes (Retz et al., 2012; Surman et al., 2013).

Assim, ainda que os resultados do presente estudo não indiquem diferenças estatisticamente significativas, não se pode excluir a possibilidade de que intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas exerçam efeitos clínicos relevantes na regulação emocional.

Tabela 8 e 9- Os resultados das análises não revelaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de dificuldades de regulação emocional entre os participantes que recebem apenas apoio psicoterapêutico e aqueles que recebem apoio psicoterapêutico em conjunto com farmacológico. Tanto nas subescalas analisadas pelo teste Kruskal-Wallis (Tabela 8) como na subescala “Falta de clareza emocional” avaliada pela ANOVA (Tabela 9), os valores de significância foram superiores a .05, o que indica ausência de evidência para diferenças consistentes entre os grupos.

Estes dados sugerem que, na amostra estudada, o tipo de apoio terapêutico não parece influenciar de forma expressiva as dificuldades de regulação emocional autorreportadas. Uma possível explicação é que a intervenção farmacológica na PHDA, embora eficaz para reduzir os sintomas centrais como a desatenção e impulsividade (Faraone & Buitelaar, 2010), possa não ter impacto direto e imediato sobre competência

de regulação emocional, as quais tendem a ser trabalhadas no contexto psicoterapêutico (Barkley, 2015). Além disso, o tamanho reduzido da amostra, especialmente no grupo apenas com psicoterapia, pode ter limitado o poder estatístico para detetar diferenças de pequena ou moderada magnitude.

Os resultados deste estudo revelam um perfil de regulação emocional relativamente mais adaptativo do que o frequentemente reportado na literatura sobre adultos com PHDA, com maior utilização da reavaliação cognitiva e menor dependência da supressão emocional (Gross & John, 2003; Sprich et al., 2010). Este padrão pode estar associado, pelo menos em parte, à elevada proporção de participantes com acompanhamento psicoterapêutico e/ou psicofarmacológico, o que poderá ter contribuído para a aprendizagem e consolidação de estratégias mais adaptativas (Beidas & Kendall, 2010; Retz et al., 2012). No entanto, a ausência de diferenças significativas nas dificuldades de regulação emocional em função do tipo de apoio recebido sugere que a regulação emocional na PHDA é um fenómeno complexo e multidimensional, não determinado apenas pelo tratamento em curso (Gross, 2015; Linehan, 1993). Existem variáveis como a duração da intervenção, a abordagem terapêutica utilizada, o contexto de vida e as características individuais que poderão exercer um papel tão ou mais determinantes do que o tipo de tratamento isoladamente (Aldao, Aheppes & Gross, 2015). Estes resultados reforçam a necessidade de abordagens terapêuticas integradas e flexíveis, que considerem a especificidade do perfil regulatório de cada indivíduo, e apontam para a relevância de estudos longitudinais e com amostras maiores que permitam clarificar a relação entre a intervenção, variabilidade intraindividual e mudança nas competências de regulação emocional (Schafer et al., 2017; Sprich et al., 2010).

Implicações para a prática da Psicologia Clínica

Os resultados deste estudo apontam para a importância de incluir a regulação emocional como um alvo central nas intervenções clínicas com adultos com PHDA (Knouse & Safren, 2010; Ramsay & Rostain, 2015). A predominância da reavaliação cognitiva sugere que estratégias terapêuticas que reforcem competências cognitivas adaptativas, como a terapia cognitivo-comportamental e a terapia comportamental dialética, podem ser especialmente eficazes na promoção do controle emocional e na melhoria do funcionamento psicológico geral (Linehan, 1993; Sprich et al., 2010). Por outro lado, a diminuição do uso da supressão emocional em indivíduos em tratamento farmacológico destaca a relevância da combinação entre intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas para otimizar a redução de estratégias menos adaptativas, sobretudo em contextos de impulsividade e irritabilidade (Retz et al., 2012).

É fundamental, na psicologia clínica, que os psicólogos adotem uma abordagem integrativa e personalizada, que considere não só os sintomas nucleares da PHDA, mas também as dificuldades emocionais associadas, promovendo flexibilidade no uso das estratégias regulatórias (Aldao et al., 2015; Gross, 2015). Além disso, a avaliação contínua das competências emocionais e o seu treino específico podem favorecer resultados terapêuticos mais duradouros e o aumento da qualidade de vida dos pacientes (Beidas & Kendall, 2010; Berking & Wupperman, 2012). O estudo reforça ainda necessidade de capacitar os profissionais para o uso de técnicas focadas na regulação emocional e o acompanhamento próximo dos efeitos combinados do tratamento psicoterapêutico e farmacológico (Kazdin & Blase, 2011; Surman et al., 2013).

Limitações e sugestões para investigações futuras

Apesar das contribuições importantes, o presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra, especialmente em subgrupos clínicos, pode ter limitado o poder estatístico para detetar diferenças mais subtis entre as apresentações da PHDA e entre tipos de tratamento, o que é uma limitação frequente em estudos clínicos (Button et al., 2013; Simons et al., 2017). A amostra também não foi probabilística, reduzindo a generalização dos resultados para uma população mais ampla de adultos com PHDA (Simons et al., 2017).

Adicionalmente, o desenho transversal impede inferências causais e a compreensão das trajetórias ao longo do tempo, sendo recomendada a realização de estudos longitudinais que acompanhem as mudanças nas estratégias de regulação emocional em função do tratamento e de fatores contextuais (Kazdin, 2007; Singer & Willet, 2003). Outra limitação importante prende-se com a dependência exclusiva de medidas autorrelatadas, que podem ser influenciadas por vieses de memória, percepção e desejabilidade social (Podsakoff et al., 2003; Paulhus & Vazire, 2007). A incorporação de métodos multimodais, incluindo avaliações comportamentais, fisiológicas e neuroimagem, poderia enriquecer a compreensão dos processos regulatórios subjacentes (Joormann & Stanton, 2016; Poldrack et al., 2017).

Por fim, futuras intervenções devem explorar a interação entre fatores clínicos, como comorbidades, traços de personalidade e variáveis ambientais, para aprofundar a compreensão dos mecanismos que influenciam a regulação emocional na PHDA e identificar alvos específicos para intervenções personalizadas (Sonuga-Barke et al., 2013; Nigg et al., 2018).

Conclusão

Este estudo aprofundou o conhecimento sobre as estratégias de regulação emocional em adultos com PHDA, mostrando que a reavaliação cognitiva é a estratégia mais utilizada, contrastando com as hipóteses iniciais que esperavam maior uso da supressão emocional.

Observou-se que o tipo de tratamento influencia a utilização da supressão: adultos em psicoterapia isolada recorrem mais a essa estratégia do que aqueles que também usam medicação. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as apresentações desatenta e combinada no uso das estratégias, embora tenham sido encontradas associações relevantes entre as estratégias e dificuldades específicas na regulação emocional.

A reavaliação cognitiva relacionou-se negativamente com impulsividade e falta de estratégias eficazes, enquanto a supressão esteve associada à dificuldade em identificar emoções. Isto reforça o papel adaptativo da reavaliação e o impacto negativo da supressão no bem-estar emocional.

Não foram encontradas correlações entre a gravidade dos sintomas da PHDA e as estratégias emocionais, sugerindo que outros fatores podem influenciar essa relação. Além disso, apesar da ausência de diferenças globais na desregulação emocional entre os tipos de tratamento, os resultados indicam a importância de promover estratégias adaptativas, especialmente em contextos psicoterapêuticos.

Assim, este estudo destaca a relevância de focar na avaliação e intervenção da regulação emocional em adultos com PHDA, visando melhorar o seu funcionamento e qualidade de vida. Recomenda-se que estudos futuros incluam amostras maiores e avaliem o impacto longitudinal das intervenções.

Referências bibliográficas

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263–278. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9662-4>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- Ayano, G., Yohannes, K., & Abraha, M. (2020). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00271-w>
- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2013). Experiential avoidance as a moderator of the relationship between anxiety sensitivity and perceived stress. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 416–421. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.001>
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 503–513. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.019>

Barkley, R. A. (Ed.). (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). The Guilford Press.

Barrett, L. F., Gross, J., Conner, T., & Benvenuto, M. (2001). *Emotion differentiation and regulation*. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
<https://doi.org/10.1080/02699930143000239>

Barrett, L. F. (1998). Discrete emotions or dimensions? The role of valence focusses and arousal focus. *Cognition and Emotion*, 12, 579-599.
<https://doi.org/10.1080/026999398379574>

Beheshti, A., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20, Article 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>

Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(1), 1–30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x>

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional Impairments in Adults with Self-Reports of Diagnosed ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(04), 524–540. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0403>

Biederman, J., Petty, C. R., Woodworth, K. Y., Lomedico, A., Hyder, L. L., & Faraone, S. V. (2012). Adult outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder: A controlled 16-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(7), 941–950.
<https://doi.org/10.4088/JCP.11m07529>

- Buhle, J. T., Silvers, J. A., Wager, T. D., Lopez, R., Onyemekwu, C., Kober, H., ... & Ochsner, K. N. (2014). Cognitive reappraisal of emotion: A meta-analysis of human neuroimaging studies. *Cerebral Cortex*, 24(11), 2981–2990. <https://doi.org/10.1093/cercor/bht154>
- Bunford, N., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2015). Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(11), 911–920. <https://doi.org/10.1177/1087054714527793>
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3, 48 – 67 <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation and aging. In J.J Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 307-322). New York: Guilford Press.
- Cicchetti, D., Ackerman, B., & Izard, C. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006301>
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion Regulation as a Scientific Construct: Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. *Child Development*, 75(2), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Cortese, S., Sabé, M., Chen, C., Perroud, N., & Solmi, M. (2022). Half a century of research on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A scientometric study. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (Vol. 140). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104769>

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*.

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)

Dickstein, D. P., & Leibenluft, E. (2006). Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and bipolar disorder. *Development and Psychopathology*, 18(04). <https://doi.org/10.1017/S0954579406060536>

Dobrosavljevic, M., Solares, C., Cortese, S., Andershed, H., & Larsson, H. (2020). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: A systematic review and meta-analysis. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (Vol. 118, pp. 282–289). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.07.042>

Fabbri, C., Hagenaars, S. P., John, C., Williams, A. T., Shrine, N., Moles, L., Hanscombe, K. B., Serretti, A., Shepherd, D. J., Free, R. C., Wain, L. V., Tobin, M. D., & Lewis, C. M. (2021). Genetic and clinical characteristics of treatment-resistant depression using primary care records in two UK cohorts. *Molecular Psychiatry*, 26(7), 3363–3373. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01062-9>

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljouadi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience*

& *Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*.

Fortes, A. B., Tractenberg, S., & Lisboa, C. S. de M. (2022). A Regulação Emocional como Moderadora da Relação entre Afeto Positivo e Negativo e Bem-Estar Psicológico.

Estudos e Pesquisas Em Psicologia, 22(1), 342–359.

<https://doi.org/10.12957/epp.2022.66488>

Gil, A. C. (2019). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>

Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 106–123. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011>

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10447-000>

Gross, J. J. & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2, 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>

Gross, J.J. & Levenson, R.W. (1997). Emotional Suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.6.970>

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Gross, J.J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in Psychological Science*, 10, 214-219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>

Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford.

Gross, J.J. (2008). Emotional Regulation. In M. Lewis, J.M. Haviland-Jones & L. Barrett (Ed.), *Handbook of emotions* (pag 498). New York: The Guilford Press.

Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359–365. <https://doi.org/10.1037/a0032135>

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis*.

Kazdin, A. E., & Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 21–37. <https://doi.org/10.1177/1745691610393527>

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. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>

Lazarus, R., & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Levenson, R.W. (1994). Human emotion: A functional view. In P. Ekman & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 123-126). New York: Oxford University Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Liu, Q., Chen, W., Preece, D. A., Xu, D., Li, H., Liu, N., Fu, G., Wang, Y., Qian, Q., Gross, J. J., & Liu, L. (2022). Emotion dysregulation in adults with ADHD: The role of

cognitive reappraisal and expressive suppression. *Journal of Affective Disorders*, 319, 267–276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.058>

Martel, M. M. (2009). Research review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: Emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(9), 1042–1051. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02105.x>

Martel, M. M., Pan, P. M., Hoffmann, M. S., Gadelha, A., do Rosário, M. C., Mari, J. J., & Salum, G. A. (2017). A general psychopathology factor (P factor) in children: Structural model analysis and external validation through familial risk and child global functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 137–148. <https://doi.org/10.1037/abn0000205>

Matos, C. P. N. N. de. (2013). *O sono e a perturbação de hiperatividade e défice de atenção* (dissertação de mestrado). ISPA – Instituto Universitário. <http://hdl.handle.net/10400.12/4086>

McGough, J. J., & Barkley, R. A. (2004). Diagnostic Controversies in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 1948–1956. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.1948>

McRae, K., Ochsner, K. N., Mauss, I. B., Gabrieli, J. D., & Gross, J. J. (2012). Gender differences in emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations*, 11(2), 143–162. <https://doi.org/10.1177/1368430207088035>

- Mendelson, W., Johnson, N., & Stewart, M. A. (1971). Hyperactive children as teenagers: a follow-up study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 153(4), 273–279. <https://doi.org/10.1097/00005053-197110000-00005>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16, 361-388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Parreira, A. F., Martins, A., Ribeiro, F., & Silva, F. G. (2019). Validação clínica da versão portuguesa do Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ-PT) em crianças com perturbações do sono e PHDA. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 195–201. <https://doi.org/10.20344/amp.10906>
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2015). *Cognitive behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach* (2nd ed.). Routledge.
- Retz, W., Stieglitz, R. D., Corbisiero, S., Retz-Junginger, P., & Rösler, M. (2012). Emotional dysregulation in adult ADHD: What is the empirical evidence? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(10), 1241–1251. <https://doi.org/10.1586/ern.12.109>
- Richards, J.M., & Gross, J.J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 410-424. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.410>
- Robert L. Leahy. (2018). *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta* (2ª edição). 2019.

Safren, S. A., Sprich, S., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2005). Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195188196.001.0001>

Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175–186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)

Schafer, J., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>

Seymour, K. E., Chronis-Tuscano, A., Halldorsdottir, T., Stupica, B., & Owens, M. (2011). Emotion regulation mediates the relationship between ADHD and depressive symptoms in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(4), 595–606. [10.1007/s10802-011-9593-4](https://doi.org/10.1007/s10802-011-9593-4)

Seymour, K. E., Chronis-Tuscano, A., Iwamoto, D. K., Kurdziel, G., & MacPherson, L. (2013). Emotion regulation mediates the association between ADHD and depressive symptoms in a community sample of youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 611–621. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9799-8>

Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>

Sibley, M. H., Pelham, W. E., Molina, B. S., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Babinski, D. E., & Kuriyan, A. B. (2010). The delinquency outcomes of boys with ADHD with and without comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 431–442. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9443-9>

Sibley, M. H., Mitchell, J. T., & Becker, S. P. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *The Lancet Psychiatry*, 3(12), 1157–1165. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30190-0)

Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Link to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74 (6), 1869-1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>

Skirrow, C., & Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity, and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.011>

Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 1–9. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>

Spencer, T. J., Brown, A., Seidman, L. J., Valera, E. M., Makris, N., Lomedico, A., ... & Biederman, J. (2013). Effect of psychostimulants on brain structure and function in ADHD: A qualitative literature review of magnetic resonance imaging-based neuroimaging studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(9), 902–917. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08287>

Sprich, S., Safren, S. A., Finkelstein, D., Remmert, J. E., & Hammerness, P. (2010). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 659–667.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12549>

Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K. M., John, O. P., & Gross, J. J. (2009). The social costs of emotional suppression: A prospective study of the transition to college. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 883–897. <https://doi.org/10.1037/a0014755>

Sugden, K., Williams, B., Rohde, L. A., & Caspi, A. (2015). Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 967–977.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>

Surman, C. B., Hammerness, P. G., Pion, K., & Faraone, S. V. (2013). Do stimulants improve functioning in adults with ADHD? A review of the literature. *European Neuropsychopharmacology*, 23(6), 528–

533. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.07.012>

Thompson, R. A. (1990). *Emotion and self-regulation*. In R. A. Thompson (Ed.), *Socioemotional development* (Vol. 36 pp. 367–467).

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52.

<https://doi.org/10.2307/1166137>

Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(1), 163–182. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007021>

Thorell, L. B., Tilling, H., & Sjöwall, D. (2020). *Emotion dysregulation in adult ADHD: Introducing the Comprehensive Emotion Regulation Inventory (CERI)*. [10.1080/13803395.2020.1800595](https://doi.org/10.1080/13803395.2020.1800595)

Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 13-37). The Guilford Press.

Whalen CK, Henker B. Hyperactivity and the attention deficit disorders: expanding frontiers. *Pediatr Clin North Am*. 1984 Apr;31(2):397-427. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(16\)34585-0](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(16)34585-0)

Wilens, T. E., Biederman, J., Spencer, T. J., & Frances, R. J. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid substance use disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 283–301. <https://doi.org/10.1176/ps.46.8.761>

Wranik, T., Feldman Barrett, L., & Salovey, P. (2007). Intelligent emotion regulation: Is knowledge power? In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 393-407). New York: Guilford.

Young, S., Heptinstall, E., Sonuga-Barke, E. J. S., Chadwick, O., & Taylor, E. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls: self-report of psychosocial status. *Journal*

of Child Psychology and Psychiatry, 46(3), 255–262. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00350.x>