



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**Autoestima e estratégias de regulação emocional em raparigas com PHDA: O papel da
idade de diagnóstico**

Daniela Elizabeth-Anne de Freitas

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ANA CARVALHEIRA

Coorientação:

PROFESSORA DOUTORA INÊS PINTO

Professora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ANA CARVALHEIRA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Carvalheira, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Agradeço profundamente à Professora Doutora Ana Carvalheira e à Professora Doutora Inês Pinto pela disponibilidade, orientação e acompanhamento prestados ao longo deste percurso. À professora Inês, deixo um reconhecimento especial pela abertura e entusiasmo com que acolheu esta investigação, bem como pela dedicação constante demonstrada em cada etapa do processo.

Um especial agradecimento à clínica que acolheu esta investigação, pela disponibilidade, confiança e apoio ao longo de todo o processo. A vossa abertura e colaboração tornaram o processo mais simples e enriquecedor, facilitando o caminho e contribuindo para que este trabalho se tornasse possível. Agradeço igualmente às escolas que gentilmente aceitaram participar, tornado possível a recolha de dados, e a todas as adolescentes e respectivas famílias pela disponibilidade e contributo. A vossa participação foi essencial para dar vida a este projeto.

À Dra. Cláudia Chasqueira, agradeço profundamente pela inspiração e pelo exemplo que sempre iluminaram o meu caminho, e cujo impacto foi determinante para o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha família, agradeço do fundo do coração por me terem proporcionado a oportunidade de seguir este sonho e por todo o apoio incondicional ao longo do caminho. O vosso encorajamento permanente, a certeza que sempre tiveram nas minhas capacidades e o vosso apoio nos momentos menos fáceis foram fundamentais para me ajudar a crescer e a acreditar plenamente em mim.

Deixo um agradecimento à Margarida, pelo apoio e confiança ao longo deste percurso. A tua presença ajudou-me a manter o foco e a avançar com mais segurança e serenidade.

Finalmente, aos meus amigos, pelo apoio constante, pela amizade e por serem a âncora que me manteve firme e o riso que deu cor a este percurso - mesmo quando a minha sanidade parecia já um conceito teórico.

Resumo

Problema: A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é frequentemente subdiagnosticado em raparigas, o que pode atrasar o acesso a intervenções adequadas. Um diagnóstico tardio associa-se a efeitos adversos no desenvolvimento socioemocional, sobretudo na autoestima, aumentando a vulnerabilidade a ansiedade e depressão. **Objetivo:** Investigar se a idade de diagnóstico de PHDA em adolescentes do sexo feminino influencia a autoestima, ao comparar adolescentes com e sem PHDA. **Método:** Participaram neste estudo 103 raparigas (N=103), com idades situadas entre os 15 e os 18 anos de idade. Foram utilizados três instrumentos adaptados para a população portuguesa: a *Escala de Autoconceito para Adolescentes de Susan Harter (SPPA)*, o *Questionário de Regulação Emocional - Crianças e Adolescentes (QRE-CA)*, e o *Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)*. O estudo seguiu um desenho quantitativo, comparativo, correlacional e transversal. **Resultados:** As adolescentes com PHDA apresentaram níveis significativamente mais baixos de autoestima, maior recurso à supressão emocional e menor uso da reavaliação cognitiva. As diagnosticadas antes dos 12 anos reportaram níveis de autoestima mais elevados do que as diagnosticadas posteriormente, embora não se tenha verificado diferenças nas estratégias de regulação emocional. Observou-se ainda que maior uso da reavaliação cognitiva associa-se a níveis mais altos de autoestima, enquanto maior recurso à supressão emocional relaciona-se com níveis mais baixos. **Conclusão:** Os resultados demonstram que a idade do diagnóstico influencia a autoestima em raparigas com PHDA, com diagnósticos precoces associados a trajetórias mais positivas. As diferenças nas estratégias de regulação emocional esclarecem mecanismos que aumentam a vulnerabilidade socioemocional neste grupo.

Palavras-Chave: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA); Auto-estima; Adolescentes Femininas; Regulação emocional;

Abstract

Problem: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is frequently underdiagnosed in girls, which may delay access to appropriate interventions. Late diagnosis is associated with adverse effects on socioemotional development, particularly self-esteem, and increases vulnerability to anxiety and depression. **Objective:** This study aimed to investigate whether the age of ADHD diagnosis in adolescent girls influences self-esteem, by comparing girls with and without ADHD. **Method:** A total of 103 adolescent girls (N=103), aged 15 to 18 years, participated in the study. Three instruments validated for the Portuguese population were administered: the Self-Perception Profile for Adolescents (Susan Harter), the Emotion Regulation Questionnaire - Children and Adolescents (ERQ-CA), and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). The study followed a quantitative, comparative, correlational, and cross-sectional design. **Results:** Girls with ADHD reported significantly lower self-esteem, greater reliance on emotional suppression, and less use of cognitive reappraisal compared to those without ADHD. Girls diagnosed before 12 showed higher levels of self-esteem than those diagnosed later, although no significant differences emerged in emotion regulation strategies. Additionally, greater use of cognitive reappraisal was associated with higher self-esteem, whereas reliance on emotional suppression was linked to lower self-esteem. **Conclusion:** Findings indicate that the age of diagnosis influences self-esteem in girls with ADHD, with earlier diagnoses associated with more positive trajectories. Differences in emotion regulation strategies help to clarify mechanisms that contribute to socioemotional vulnerability in this group.

Key-words: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD); Self-esteem; Female adolescents; Emotion Regulation

Índice

Introdução	1
Questão de Investigação e Hipóteses.....	9
Hipóteses.....	9
Objetivo Exploratório	9
Métodos	10
Tipo de Estudo.....	10
Participantes.....	10
Instrumentos	11
Questionário Sociodemográfico.....	11
Escala de Autoconceito para Adolescentes de Susan Harter (SPPA).....	11
Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (QRE-CA)	12
Questionário de Capacidades e Dificuldades - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).....	12
Procedimento de Recolha de Dados	13
Procedimentos Estatísticos	14
Resultados	15
Caracterização da Amostra	15
Hipótese 1 – Autoestima e Presença de Diagnóstico de PHDA.....	19
Hipótese 2 – Estratégias de regulação emocional e presença de diagnóstico de PHDA	19
Hipótese 3 – Autoestima e idade do diagnóstico de PHDA	21
Hipótese 4 – Estratégias de regulação emocional e idade do diagnóstico de PHDA	21
Hipótese 5 – Associação entre autoestima e estratégias de regulação emocional	23
Análise Exploratória dos Traços de PHDA	24
Discussão	26
Limitações e Estudos Futuros.....	36

Implicações Práticas	37
Conclusão	38
Referências	40
Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)	60
Contextualização e Conceptualização da PHDA.....	60
Modelos teóricos contemporâneos e enquadramento atual da PHDA.....	62
PHDA no feminino: Sub-representação clínica, diferenças de expressão e características específicas.....	63
Comorbilidades associadas à PHDA	65
Adolescência	67
Contextualização e Conceptualização da Adolescência	67
PHDA na Adolescência	68
Regulação Emocional	69
Conceptualização da Regulação Emocional	69
Regulação Emocional e Raparigas com PHDA.....	70
Margem de Tolerância Fisiológica	72
Estratégias de Regulação Emocional e Padrões de Vulnerabilidade.....	73
Autoestima	74
Conceptualização da Autoestima.....	74
Autoestima e Psicopatologia.....	75
Autoestima em Raparigas com PHDA	75

Lista de Abreviaturas

AE - Autoestima

APA - Associação Americana de Psiquiatria

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

RC - Reavaliação Cognitiva

SE - Supressão Emocional

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra.....	15
Tabela 2. Diferenças nos níveis de autoestima entre adolescentes com e sem diagnóstico de PHDA (Teste de Mann-Whitney).....	18
Tabela 3. Diferenças na utilização da estratégia de supressão emocional entre adolescentes com e sem diagnóstico de PHDA (Teste de Mann-Whitney).....	18
Tabela 4. Diferenças na utilização da estratégia de reavaliação cognitiva entre adolescentes com e sem diagnóstico de PHDA (Teste de Mann-Whitney).....	19
Tabela 5. Diferenças nos níveis de autoestima entre adolescentes diagnosticados com PHDA antes e depois dos 12 anos (Teste de Mann-Whitney).....	19
Tabela 6. Diferenças na utilização da estratégia de supressão emocional entre adolescentes diagnósticos com PHDA antes e depois dos 12 anos (Teste de Mann-Whitney).....	20
Tabela 7. Diferenças na utilização da estratégia de reavaliação cognitiva entre adolescentes diagnósticos com PHDA antes e depois dos 12 anos (Teste de Mann-Whitney).....	21
Tabela 8. Correlação entre autoestima e estratégias de regulação emocional em adolescentes do sexo feminino (Coeficiente de Spearman).....	21
Tabela 9. Capacidades e Dificuldades (SDQ) em raparigas com e sem diagnóstico de PHDA.....	23

Índice de Anexos

Anexo I: Revisão Literatura.....	57
Anexo II: Consentimento Informado.....	76
Anexo III: Questionário Sociodemográfico.....	77
Anexo IV: Escala de Autoconceito para Adolescentes de Susan Harter (SPPA).....	78
Anexo V: Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (QRE-CA)....	79
Anexo VI: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	80
Anexo VII: Normalidade.....	86
Anexo VIII: Falibilidade da Escala de Autoconceito de Susan Harter.....	88
Anexo IX: Fiabilidade do QRE-CA.....	90
Anexo X: Fiabilidade SDQ.....	98

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) integra-se nas Perturbações do Neurodesenvolvimento e caracteriza-se por um padrão persistente de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, que se manifestam antes dos 12 anos de idade, frequentemente associados a dificuldades em funções executivas, memória de trabalho, linguagem e controlo motor, tendo um impacto relevante no funcionamento social, académico e/ou ocupacional da pessoa em comparação com indivíduos do mesmo nível de desenvolvimento, sendo essas alterações mais frequentes, graves e intensas (APA, 2022).

Embora o interesse científico pela PHDA em mulheres tenha vindo a aumentar nas últimas décadas (Rucklidge, 2010; Quinn e Madhoo, 2014; Nadeau, Littman e Quinn, 2015; Mowlem et al., 2019a), a literatura continua limitada, marcada por enviesamentos de género e pela escassez de estudos quantitativos centrados na adolescência. No contexto português, estudos como os de Sousa (2022) e Cordinhã e Boavida (2008) sugerem que a investigação sobre esta população permanece escassa e fragmentada. Em particular, são escassos os estudos que examinam de forma quantitativa o papel da idade de diagnóstico na autoestima e nas estratégias de regulação emocional em adolescentes do sexo feminino com PHDA. A compreensão destas dimensões é particularmente relevante, uma vez que a autoestima e a regulação emocional assumem um papel central no ajustamento psicológico das adolescentes com PHDA (Harter, 2012; Orth e Robins, 2014). As dificuldades de autorregulação e o impacto cumulativo das experiências de crítica e frustração tornam-nas mais vulneráveis a sentimentos de inadequação e instabilidade emocional, aspetos que influenciam diretamente o bem-estar e o funcionamento social durante esta fase do desenvolvimento (Shaw et al., 2014; Mikami e Hinshaw, 2006). Compreender estes mecanismos é essencial para promover diagnósticos mais precoces e intervenções psicoeducativas que favoreçam o bem-estar e o ajustamento emocional destas jovens.

Tradicionalmente diagnosticada na infância, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, também conhecida por PHDA, é frequentemente confundida com comportamentos desajustados. A dificuldade em permanecer sossegado numa sala de aula, a constante movimentação ou a tendência para falar em momentos inoportunos são muitas vezes interpretados por pais e professores como indisciplina, falta de esforço ou desinteresse (Barkley, 2006; Neto, 2014). Embora o diagnóstico precoce seja comum, a perturbação pode persistir ao longo da vida, ainda que com manifestações distintas em diferentes fases do desenvolvimento (APA, 2022; Barkley, 2006).

Na infância, comportamentos como abanar as pernas de forma repetida, mexer constantemente em objetos (por exemplo, chaves ou canetas) ou levantar-se do lugar em situações que exigem quietude são característicos. Com o avançar da idade, estas manifestações de hiperatividade tendem a atenuar-se, mas raramente desaparecem por completo. Na idade adulta, os sintomas predominantes passam a ser os défices de atenção e a inquietação interna, frequentemente acompanhados por impulsividade. Esta impulsividade pode traduzir-se em tomadas de decisão precipitadas, dificuldade em adiar recompensas e gestão ineficaz do tempo. Entre as mulheres, estes sintomas expressam-se de forma particular, através de dificuldades na organização de tarefas, no cumprimento de prazos e uma marcada tendência para procrastinar (Barkley, 2006; Neto, 2014).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR; APA, 2022), a desatenção caracteriza-se por “divagação em tarefas, falta de persistência, demonstrando dificuldades em manter a concentração e sendo desorganizado, sem que isso se deva a comportamento desafiante ou falta de compreensão” (APA, 2014, p.71). A hiperatividade refere-se a “atividade motora excessiva, em momentos desapropriados, ou inquietação, agitação ou loquacidade excessivos”, podendo nos adultos, manifestar-se através de extrema inquietação ou por esgotarem outras pessoas com a sua atividade (APA, 2014, p.71). Por sua vez, a impulsividade é definida como “ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação, tendo um elevado potencial de prejudicar o indivíduo”, através da reflexão de um “desejo de recompensa imediata ou uma inaptidão para adiar a gratificação” (APA, 2014, p.71), frequentemente expressa através de intrusividade social e tomadas de decisão sem considerar consequências a longo prazo.

A PHDA é uma das perturbações mais prevalentes em idade escolar (Barkley, 2006; Neto, 2014), sendo geralmente identificada nos primeiros anos de escolaridade, altura em que as exigências académicas e sociais se tornam mais estruturadas e exigentes. A capacidade de manter a atenção em tarefas prolongadas, de controlar impulsos e de regular a atividade motora é fundamental neste período, e a ausência destas competências pode refletir-se em dificuldades de aprendizagem, problemas de disciplina e maior vulnerabilidade a dificuldades relacionais, o que torna os sintomas mais visíveis e disruptivos (Cordinhã e Boavida, 2008; Cherkasova et al., 2013; Afonso, 2014).

Ao longo do desenvolvimento, a expressão da PHDA sofre transformações relevantes, refletindo a interação entre maturação neurobiológica e exigências contextuais crescentes. As alterações nas funções executivas, no controlo inibitório e na regulação emocional, associadas

à imaturidade relativa do córtex pré-frontal, tornam a transição para a adolescência um momento de especial vulnerabilidade. Neste período, a procura de autonomia e a intensificação das relações com os pares exigem maior capacidade de autorregulação e planeamento, o que expõe com maior nitidez as dificuldades típicas da PHDA (Rubia, 2018; Shaw et al., 2014).

Na adolescência, estas dificuldades podem intensificar-se devido às exigências acrescidas de autonomia, planeamento e organização. Estudos sugerem que, durante a puberdade, os sintomas, particularmente os de desatenção e instabilidade emocional, tornam-se mais marcados nas raparigas, à medida que aumentam as exigências académicas e sociais (Nadeau, Littman e Quinn, 2015; Cordinhã e Boavida, 2008; Cherkasova et al., 2013). Nadeau e colaboradores (2015) salientam que estas exigências, associadas ao aumento da autonomia e à necessidade de planeamento e organização, potenciam o agravamento dos sintomas, sobretudo nas funções executivas e na autorregulação comportamental.

Do ponto de vista epidemiológico, as estimativas portuguesas e internacionais indicam uma prevalência global entre 3% e 7% em idade escolar, com um rácio médio de 3:1 entre rapazes e raparigas em estudos populacionais e até 9:1 em amostras clínicas (Gaub e Carlson, 1997; Skogli et al., 2013; Cordinhã e Boavida, 2008). Consequentemente, observa-se um subdiagnóstico significativo no género feminino, especialmente durante a infância, sendo a perturbação identificada apenas quando as exigências emocionais e sociais da adolescência tornam o impacto funcional evidente (Hinshaw et al., 2006; Nøvik et al., 2006). Este desequilíbrio evidencia o subdiagnóstico feminino, frequentemente resultante de estereótipos de género e da expressão menos externalizante dos sintomas nas raparigas (Hinshaw et al., 2006; Nøvik et al., 2006; Ramtekkar et al., 2010).

No entanto, várias diretrizes internacionais, como as do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2018, 2021), têm sublinhado que a PHDA continua subdiagnosticada nas raparigas. Estas apresentam menor probabilidade de serem encaminhadas para avaliação clínica e, em muitos casos, recebem diagnósticos incorretos de perturbações do humor ou de ansiedade. Estudos sugerem que esta discrepância resulta, em parte, de estereótipos de género e da expressão menos externalizante dos sintomas femininos (Kessler et al., 2006; Ramtekkar et al., 2010). Adicionalmente, as raparigas tendem a mascarar as suas dificuldades para evitar julgamentos dos pares e constrangimento social, desenvolvendo estratégias compensatórias (Quinn, 2008; Steer, 2021).

Enquanto os rapazes tendem a expressar sintomas mais externalizantes, como agitação e comportamentos disruptivos, as raparigas manifestam predominantemente sintomas internalizantes, caracterizados por distração silenciosa, desorganização, insegurança e maior sensibilidade interpessoal (Quinn, 2008; Rucklidge, 2010). Estas manifestações, de natureza mais subtil e menos disruptiva, são frequentemente interpretadas por pais e professores como traços de personalidade (i.e., timidez, imaturidade ou falta de confiança) em vez de indicadores clínicos de uma perturbação do neurodesenvolvimento (Gershon, 2002; Mikami e Hinshaw, 2006). Com o tempo, estas interpretações tendem a ser internalizadas pelas próprias jovens, que passam a percecionar as suas dificuldades como falhas pessoais ou limitações estáveis, reforçando sentimentos de inadequação e diminuindo a autoestima (Hinshaw e Blachman, 2005; Mikami e Hinshaw, 2006; Ringer, 2019).

Esta perceção contribui para a invisibilidade diagnóstica das raparigas, uma vez que os seus comportamentos não suscitam o mesmo tipo de preocupação ou encaminhamento clínico que os dos rapazes (Sciutto, Nolfi e Bluhm, 2004; Ramtekkar et al., 2010). O resultado é um atraso significativo no reconhecimento e tratamento da PHDA, que priva muitas jovens de apoios precoces e agrava o impacto cumulativo das experiências de crítica, frustração e falha percebida, com consequências diretas para a autoestima e ajustamento emocional (Mowlem et al., 2019a; Quinn, 2008; Ramtekkar et al., 2010; Ringer, 2019).

A investigação revela que um diagnóstico tardio de PHDA aumenta significativamente a probabilidade de mulheres desenvolverem comorbilidades de saúde mental, como ansiedade, baixa autoestima, perturbações do sono, depressão, abuso de substâncias e distúrbios alimentares (Glaser Holthe e Langvik, 2017; NICE, 2018).

A literatura recente reforça que este padrão de subdiagnóstico tem implicações diretas no ajustamento emocional e no desenvolvimento psicossocial. As raparigas com PHDA relatam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, bem como menor autoestima e maior autocritica, refletindo o peso cumulativo das experiências de crítica, rejeição e fracasso académico (Biederman et al., 2002; Hinshaw e Owens, 2006). O atraso no diagnóstico impede estas jovens de compreender as suas dificuldades, favorecendo trajetórias de vulnerabilidade psicológica (Rucklidge e Tannock, 2001).

Mais recentemente, alguns autores têm discutido o conceito clínico descritivo de *Rejection Sensitive Dysphoria (RSD)*, entendido como uma forma de reatividade emocional extrema à rejeição, crítica ou à perceção de não corresponder às expectativas externas (Dodson,

2020). Embora não constitua um diagnóstico validado, o conceito tem sido considerado relevante na prática clínica por descrever um padrão de sensibilidade interpessoal intensa e sofrimento psicológico desproporcionado face a experiências de desaprovação ou exclusão social. Esta hipersensibilidade à rejeição, frequentemente acompanhada de alterações rápidas do humor e de sentimentos de vergonha ou desvalorização, tem sido apontada como uma manifestação possível da desregulação emocional que caracteriza muitas mulheres e raparigas com PHDA (Cubbin e Parry, 2021).

De um ponto de vista clínico, a identificação tardia da PHDA nas raparigas compromete não apenas o ajustamento académico e social, mas também o desenvolvimento emocional. A ausência de compreensão sobre a origem das suas dificuldades leva muitas adolescentes a interpretar os próprios fracassos como sinais de incapacidade pessoal, reforçando padrões de autocritica e internalização da culpa (Owens e Hinshaw, 2016; Rucklidge e Tannock, 2001). Esta perceção distorcida de si próprias enfraquece a autoeficácia percebida e limita os recursos de coping, favorecendo ciclos de desvalorização e desregulação emocional (Biederman et al., 2002).

O conceito de *scaffolding*, introduzido por Wood, Bruner e Ross (1976) e desenvolvido com base na perspetiva sociocultural de Vygotsky (1978), refere-se ao apoio estruturado e temporário que um adulto ou figura significativa oferece para promover a aprendizagem e a autorregulação, ajustando o grau de ajuda às necessidades do indivíduo. Este tipo de suporte é particularmente relevante no caso da PHDA, uma vez que as dificuldades nas funções executivas e de autorregulação frequentemente requerem a presença de figuras externas que auxiliem na organização e gestão de tarefas. Em muitos casos, as raparigas com PHDA contam frequentemente com um nível significativo de *scaffolding* proporcionado por pais e professores, que as apoiam nas rotinas diárias, desde a preparação do material escolar à gestão dos trabalhos e compromissos, o que pode mascarar sintomas de desatenção ou desorganização (Berry e Brunet, 2021). Embora este suporte desempenhe um papel protetor nos primeiros anos, tende a diminuir à medida que as adolescentes procuram maior autonomia e independência. Esta redução, natural no percurso desenvolvimental, pode contudo expor as dificuldades associadas à PHDA, que se tornam mais evidentes quando o apoio externo deixa de compensar as fragilidades executivas (Quinn e Madhoo, 2014; Berry e Brunet, 2021). Esta transição evidencia a interação entre vulnerabilidade individual e fatores contextuais no reconhecimento clínico da perturbação.

Como mencionado previamente, a PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento cuja expressão clínica reflete a interação entre fatores biológicos e contextuais. Estudos sobre a maturação cerebral indicam que o córtex pré-frontal, região associada ao controlo inibitório e à regulação emocional, apresenta um desenvolvimento mais tardio em adolescentes com PHDA (Halperin e Schulz, 2006). No caso das raparigas, as flutuações hormonais típicas da adolescência interagem com os sistemas dopaminérgico e noradrenérgico, podendo amplificar a reatividade emocional e as dificuldades de autorregulação (Martel, 2013). Para além disso, investigações recentes indicam que a puberdade tem vindo a ocorrer mais precocemente nas raparigas, o que pode ter implicações relevantes na expressão clínica da PHDA.

O início mais precoce das alterações hormonais, especialmente das flutuações de estrogénio, pode modular temporariamente a atenção e a reatividade emocional, reduzindo a visibilidade dos sintomas em fases iniciais (Biro e Dorn, 2005; Martel, 2013). No entanto, esta maturação antecipada tende a ampliar a discrepância entre a aparência de maturidade e a autorregulação efetiva, o que dificulta o reconhecimento precoce da perturbação. Assim, durante a adolescência, as raparigas com PHDA enfrentam uma tripla exigência cognitiva, emocional e biológica que intensifica a complexidade do ajustamento psicológico. As exigências académicas e sociais requerem competências de planeamento, organização e autorregulação mais refinadas, precisamente quando o equilíbrio hormonal introduz instabilidade nos processos de atenção e controlo emocional (Casey, 2015; Silk, Steinberg e Morris, 2003). Esta combinação de vulnerabilidade neurobiológica e exigências contextuais crescentes contribui para a intensificação dos sintomas e para a maior sensibilidade à crítica e à rejeição nesta fase desenvolvimental (Quinn e Madhoo, 2014).

Apesar das dificuldades amplamente documentadas, nem todas as raparigas com PHDA apresentam trajetórias de insucesso académico (Cubbin e Parry, 2021). Brown (2017) descreve este fenómeno como o “mistério central da PHDA”, ao salientar que muitos indivíduos demonstram um desempenho elevado em domínios de interesse específico, conseguindo manter níveis elevados de funcionamento graças à capacidade de hiperfoco e ao recurso a mecanismos compensatórios. Milioni e colaboradores (2017) acrescentam que um quociente de inteligência mais elevado pode permitir que alguns jovens compensem as fragilidades executivas, mascarando sintomas e contribuindo para diagnósticos tardios.

De facto, nas raparigas com PHDA, a presença de maiores recursos cognitivos pode favorecer uma progressão escolar aparentemente ajustada, com menor expressão sintomática e

menos dificuldades comportamentais do que nos rapazes, o que contribui para o atraso no reconhecimento clínico (Mowlem et al., 2019b). Estes perfis de alto funcionamento, contudo, não anulam as dificuldades emocionais e de autoestima, que frequentemente persistem apesar do bom desempenho acadêmico observável. Em alguns casos, a presença de um bom rendimento acadêmico contribui para o atraso no diagnóstico, uma vez que pais e professores tendem a associar a PHDA apenas a dificuldades de aprendizagem ou a comportamentos disruptivos (Brown, 2017; Mowlem et al., 2019b; Ohan e Johnston, 2005; Sciutto, Nolfi e Bluhm, 2004; Quinn, 2008).

A adolescência, definida entre os 10 e os 19 anos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021; Casey, 2015), constitui uma fase distinta do desenvolvimento humano, marcada por transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais. A literatura distingue três subfases: a adolescência inicial (10-13 anos), média (14-16 anos) e tardia (17-19 anos), cada uma associada a desafios específicos de adaptação psicossocial (Radzik, Sherer e Neinstein, 2008). Entre os processos centrais desta etapa destacam-se a autoestima e a regulação emocional.

A autoestima, entendida como avaliação global do valor pessoal (Rosenberg, 1965; Harter, 2012), tende a oscilar durante a adolescência, influenciada por mudanças identitárias, comparações sociais e feedback dos pares, assumindo um papel decisivo no bem-estar psicológico (Orth e Robins, 2014). Do ponto de vista desenvolvimental, a adolescência constitui um período particularmente sensível, no qual a autoestima se encontra associada à aprovação social e à adesão a papéis socialmente valorizados, funcionando como um indicador relevante do ajustamento socioemocional (Pfeifer e Berkman, 2018).

Já a regulação emocional, definida como os “processos através dos quais os indivíduos monitorizam avaliam e modulam as suas respostas emocionais” (Thompson, 1994; Gross, 1998, 2015), encontra-se sob pressão acrescida neste período: o sistema límbico amadurece rapidamente, potenciando maior reatividade emocional, enquanto o córtex pré-frontal, responsável pelo controlo e inibição, apresenta um desenvolvimento mais tardio. Este desfasamento, aliado à crescente influência das relações entre pares, torna os adolescentes particularmente suscetíveis a instabilidade emocional e dificuldades de autorregulação afetiva (Silk, Steinberg e Morris, 2003; Young et al., 2019).

A adolescência representa, assim, uma janela desenvolvimental crítica, em que as exigências sociais e identitárias intensificam-se e o equilíbrio emocional depende da capacidade de gerir frustração, rejeição e críticas externas (Harter, 2012; Orth e Robins, 2014). No caso das

raparigas com PHDA, a autoestima e a regulação emocional assumem relevância acrescida, uma vez que as dificuldades de inibição e autorregulação comprometem a regulação emocional, enquanto as críticas dos pares e a frustração académica fragilizam a autoestima, potenciando trajetórias de maior vulnerabilidade psicológica (Eccles, Templeton, Barber e Stone, 2003; Shaw, Stringaris, Nigg e Leibenluft, 2014).

A convergência entre vulnerabilidades individuais, como défices executivos e desregulação emocional (Shaw et al., 2014) e fatores interpessoais, como crítica, rejeição e comparação social (Mikami e Hinshaw, 2006) torna a adolescência um contexto de risco cumulativo para o desenvolvimento de sintomatologia internalizante. As dificuldades em reconhecer e gerir emoções intensas estão associadas a padrões de ruminação e perfeccionismo, frequentemente observados em raparigas com PHDA (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Quinn e Madhoo, 2014), os quais amplificam o impacto na autoestima e no bem-estar psicológico.

Muitas vezes, os sintomas destas adolescentes são interpretados como sinais de perturbações emocionais ou do humor, contribuindo para atrasos no diagnóstico e agravando o impacto negativo na autoimagem (Ringer, 2019). Além disso, a PHDA em raparigas associa-se frequentemente a consequências psicossociais significativas. No plano escolar, observa-se maior risco de insucesso académico, retenções e frustração persistente (Owens et al., 2009). No domínio social, são comuns experiências de rejeição, isolamento e bullying, que afetam diretamente a construção da identidade e a perceção de valor pessoal (Mikami e Hinshaw, 2006). Acresce que diagnósticos tardios aumentam a probabilidade de desenvolvimento de comorbilidades como ansiedade, depressão ou perturbações do comportamento alimentar (Owens et al., 2017).

Tendo em conta este enquadramento, torna-se essencial compreender de que forma a idade do diagnóstico influencia a autoestima e a regulação emocional, clarificando os mecanismos de vulnerabilidade e proteção que moldam o ajustamento psicossocial das adolescentes com PHDA (Harter, 2012; Orth e Robins, 2014; Owens e Hinshaw, 2016; Rucklidge e Tannock, 2001). Este conhecimento poderá sustentar práticas clínicas mais sensíveis ao género, centradas na deteção precoce e na promoção de competências emocionais e de autovalorização.

Questão de Investigação e Hipóteses

O presente estudo tem como objetivo central investigar se a idade do diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) em adolescentes femininas influencia a autoestima durante a adolescência.

Em complemento, pretende-se analisar se a presença de diagnóstico de PHDA está associada a diferenças no uso de estratégias específicas de regulação emocional, avaliadas pela reavaliação cognitiva e supressão emocional, e de que forma estas estratégias se relacionam com a autoestima.

Hipóteses

1. As raparigas com diagnóstico de PHDA apresentam níveis significativamente mais baixos de autoestima em comparação com as raparigas sem diagnóstico de PHDA.
2. As raparigas com PHDA apresentam maiores dificuldades na regulação emocional (menor recurso à reavaliação cognitiva e maior recurso à supressão emocional) do que as raparigas sem diagnóstico de PHDA.
3. As raparigas diagnosticadas antes dos 12 anos (inclusive) apresentam níveis de autoestima mais elevados em comparação com aquelas diagnosticadas depois dos 12 anos de idade.
4. As raparigas diagnosticadas depois dos 12 anos recorrem mais a estratégias de supressão emocional e menos à reavaliação cognitiva em comparação com as diagnosticadas antes dos 12 anos.
5. Existe uma correlação negativa entre as dificuldades na regulação emocional e autoestima: quanto maior o recurso à supressão emocional, menor será a autoestima, e quanto maior o recurso à reavaliação cognitiva, maior será a autoestima.

Objetivo Exploratório

Para além destes objetivos e hipóteses, pretende-se ainda averiguar a presença de sintomas de PHDA no grupo de raparigas sem diagnóstico de PHDA, recorrendo à análise descritiva dos resultados do SDQ.

Métodos

Tipo de Estudo

O presente estudo adota uma abordagem quantitativa, comparativa, correlacional e transversal, com o objetivo de analisar a relação entre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), a autoestima e as estratégias de regulação emocional. Para tal, foram comparados dois grupos de adolescentes femininas (um com diagnóstico de PHDA e outro sem diagnóstico) de forma a identificar diferenças nos níveis de autoestima e no uso das estratégias de reavaliação cognitiva (RC) e supressão emocional (SE). Paralelamente, foi analisado se a idade do diagnóstico de PHDA constitui um fator diferenciador relevante, influenciando a autoestima e as estratégias de regulação emocional. O estudo segue um desenho transversal, dado que a recolha de dados ocorreu num único momento, o que possibilita avaliar associações entre as variáveis sem recurso a acompanhamento longitudinal.

Participantes

A amostra foi constituída por 103 adolescentes portuguesas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, definidos como critérios de inclusão. Foram incluídas participantes com diagnóstico clínico de PHDA ($n = 22$), previamente estabelecido por profissionais de saúde qualificados, bem como participantes sem diagnóstico ($n = 81$), de forma a permitir a comparação entre os dois grupos. Não foram definidos critérios de exclusão.

O diagnóstico de PHDA foi reportado pelos cuidadores através do questionário sociodemográfico, com base na informação clínica previamente obtida no contexto de acompanhamento clínico. Embora não tenham sido recolhidos comprovativos formais, a inclusão de participantes provenientes de contextos clínicos reforça a fiabilidade dos dados reportados, sendo de salientar que a maioria das adolescentes com PHDA se encontrava sob medicação específica para esta perturbação, o que constitui um indicador adicional de consistência diagnóstica.

O tamanho amostral, em particular no grupo com PHDA ($n = 22$), reflete a natureza exploratória e de conveniência do estudo. A subdivisão deste grupo em participantes diagnosticadas antes e depois dos 12 anos de idade ($n = 11$ em cada subgrupo) resultou numa dimensão reduzida, o que poderá limitar o poder estatístico das análises. Assim, os resultados devem ser interpretados de forma cautelosa, privilegiando uma leitura descritiva e exploratória dos dados.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Os cuidadores das adolescentes responderam a um breve questionário sociodemográfico, que recolheu informações sobre a idade e ano de escolaridade da participante, a existência de diagnóstico de PHDA e respetiva idade de diagnóstico, a presença de comorbilidades e antecedentes com PHDA, bem como a toma de medicação e o tipo de fármaco utilizado, quando aplicável. Foram ainda registadas outras dificuldades de saúde mental, selecionadas a partir de uma lista pré-definida de opções disponibilizada no questionário.

O preenchimento foi realizado pelos cuidadores responsáveis com o intuito de assegurar a precisão e completude da informação clínica e contextual, nomeadamente no que respeita à idade de diagnóstico e antecedentes familiares, reduzindo potenciais enviesamentos decorrentes de omissões ou desconhecimento por parte das adolescentes.

Escala de Autoconceito para Adolescentes de Susan Harter (SPPA)

A Escala de Autoconceito para Adolescentes (SPPA; Harter, 1988; adaptação portuguesa de Peixoto, Alves-Martins, Mata e Monteiro, 1996) destina-se a jovens entre os 12 e os 18 anos. É composta por sete domínios específicos (competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, atração romântica, comportamento e amizades íntimas) e uma medida de autoestima global. A cotação varia entre 1 e 4 pontos, correspondendo os valores mais baixos a perceções de menor competência e os valores mais altos a perceções de maior competência. Para cada subescala calcula-se a média dos itens correspondentes, sendo a autoestima global obtida como medida independente.

Neste estudo, utilizou-se apenas a dimensão de Autoestima Global do Perfil de Autoperceção, por ser a variável central. O formato de escolha forçada, reduzindo a desejabilidade social, reforça a validade da medida. A Escala de Importância não foi incluída nas análises, sendo apenas reportada em termos psicométricos. Na presente amostra, as subescalas apresentaram bons índices de consistência interna, com valores de alpha de Cronbach entre .722 e .901.

Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (QRE-CA)

O Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (QRE-CA; Gullone e Taffe, 2012; validação portuguesa de Teixeira, Silva, Tavares e Freire, 2015) avalia duas estratégias de regulação emocional: Reavaliação Cognitiva (RC) e Supressão Emocional (SE). É composto por 10 itens respondidos numa escala de Likert de 5 pontos (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente). Na presente amostra, o valor de alfa de Cronbach foi de .753 para a subescala de Reavaliação Cognitiva e de .721 para a Supressão Emocional, indicando boa consistência interna.

Questionário de Capacidades e Dificuldades - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

O Questionário de Capacidades e Dificuldades - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, Meltzer e Bailey, 1998; versão portuguesa de Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar, 2004) é um instrumento de triagem comportamental composto por 25 itens, distribuídos por cinco escalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com pares e comportamento pró-social. Para o desenvolvimento desta investigação, foi utilizada a versão de autoavaliação por parte dos adolescentes (Goodman et al., 1998; Theunissen, de Wolff e Reijneveld, 2019), disponível gratuitamente em www.sdqinfo.org. Cada item é respondido numa escala Likert (0 = não é verdade; 1 = é um pouco verdade; 2 = é muito verdade). A pontuação total de dificuldades resulta da soma das quatro primeiras subescalas, variando entre 0 a 40. Os intervalos estabelecidos para interpretação dos sintomas assentam no pressuposto de que os 80% dos jovens na comunidade pontuam no intervalo normal, 10% no limítrofe e 10% no anormal.

Na presente amostra, o SDQ apresentou valores de alfa de Cronbach para os sintomas emocionais ($\alpha = .690$), para problemas de comportamento ($\alpha = .360$), para hiperatividade ($\alpha = .821$), para relacionamento com colegas ($\alpha = .713$), para comportamento pró-social ($\alpha = .684$), e para o total de dificuldade ($\alpha = .842$). Embora o valor relativo à subescala de problemas de comportamento seja baixo, a consistência interna global do instrumento revelou-se adequada. Neste estudo, o SDQ foi usado com o objetivo exploratório de identificar sintomas de PHDA em participantes sem diagnóstico, como também para analisar diferenças nos resultados entre adolescentes diagnosticadas com PHDA antes e depois dos 12 anos.

De forma geral, os instrumentos selecionados mostraram-se adequados aos objetivos do estudo. A escolha das medidas baseou-se na sua adequação à faixa etária e ao sexo das

participantes, uma vez que se tratam de instrumentos validados para adolescentes e sensíveis às diferenças de género na expressão emocional e na perceção de competência pessoal. O SPPA e o QRE-CA permitem captar dimensões centrais ao ajustamento psicossocial na adolescência, como a autoestima global e as estratégias de regulação emocional, que se revelam especialmente relevantes em raparigas com PHDA. O SDQ foi incluído pelo seu reconhecido valor de triagem comportamental e pela sua utilidade na caracterização de sintomas associados à PHDA, sendo amplamente utilizado em contextos escolares e clínicos portugueses, com propriedades psicométricas adequadas e boa aceitação na avaliação de dificuldades comportamentais e emocionais em jovens.

Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados decorreu em três contextos distintos: duas escolas privadas do distrito de Lisboa, uma clínica especializada em saúde mental e através da técnica de amostragem em cadeia (“bola de neve”). Num momento inicial, foi estabelecido contacto com as escolas e as clínicas, através de correio eletrónico, com o pedido de colaboração e autorização dos participantes (Anexo II, III). Após a respetiva aprovação, procedeu-se à apresentação e divulgação do projeto junto dos professores das escolas e da equipa técnica da clínica, com vista à promoção da participação no estudo.

Os materiais incluíam o Termo de Consentimento Informado (Anexo IV) e um breve Questionário Sociodemográfico (Anexo V), a preencher por um cuidador legal, e os instrumentos de autorresposta, nomeadamente, a Escala de Autoconceito para Adolescentes de Susan Harter (Anexo VI), o Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (Anexo VII) e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (Anexo VIII), acompanhados de instruções breves para o preenchimento de cada um. O tempo médio de resposta foi de aproximadamente 10 minutos.

Em contexto escolar, os protocolos foram entregues para preenchimento em casa e posteriormente devolvidos ao diretor de turma. Em contexto clínico, o preenchimento foi realizado preferencialmente nos minutos finais da sessão; quando tal não era possível os materiais eram levados para casa e devolvidos na sessão seguinte. No caso da amostragem em cadeia, o preenchimento foi realizado em casa e devolvido diretamente à investigadora ou ao contacto mediador.

Os questionários preenchidos foram acondicionados em pasta própria e recolhidos semanalmente. Os consentimentos informados foram arquivados separadamente dos restantes materiais, garantindo anonimato e confidencialidade. A participação foi voluntária e os adolescentes podiam desistir a qualquer momento sem qualquer penalização.

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da investigação em psicologia, assegurando confidencialidade, anonimato e respeito pela autonomia dos participantes.

Procedimentos Estatísticos

A análise estatística foi realizada através do software de análise estatística *IBM SPSS Statistics 30*. Inicialmente, procedeu-se a análises descritivas para caracterizar a amostra. Foram calculados valores de tendência central e dispersão (média, desvio-padrão, mínimo e máximo) para a idade e idade de diagnóstico. Foram também calculadas as frequências e percentagens para o ano de escolaridade, presença de diagnóstico de PHDA e variáveis sociodemográficas e clínicas recolhidas através do questionário sociodemográfico, nomeadamente, toma de medicação para PHDA, antecedentes familiares com PHDA, presença de comorbilidades e outras dificuldades reportadas. Relativamente ao SDQ, foram analisadas as pontuações nas subescalas de dificuldades emocionais, comportamentais, hiperatividade e relacionamento com os pares, na escala de comportamento pró-social e no total de dificuldades, sendo ainda consideradas as categorias normativas (normal, limítrofe e anormal).

A fiabilidade das escalas foi verificada através do alfa de Cronbach (α) de forma a avaliar os níveis de consistência interna (Anexo IX). A normalidade das distribuições foi posteriormente verificada com o Teste de Kolmogorov-Smirnov, que revelou desvios significativos em algumas variáveis (Anexo X). Dada a violação deste pressuposto, acrescida da dimensão relativamente reduzida de alguns subgrupos, optou-se pela utilização de testes não paramétricos, considerados mais robustos nestas condições (Marôco, 2007).

De forma a responder às hipóteses 1 a 4, foram realizados testes de Mann-Whitney, comparando raparigas com e sem diagnóstico de PHDA, bem como raparigas diagnosticadas antes e depois dos 12 anos. Para a hipótese 5, recorreu-se à correlação de Spearman, de modo a examinar as associações entre a autoestima global e as duas estratégias de regulação emocional avaliadas, reavaliação cognitiva (RC) e supressão emocional (SE).

Foi também realizada uma análise exploratória de traços de PHDA no grupo sem diagnóstico (N = 81), bem como nos subgrupos diagnosticados antes dos 12 anos (N = 11) e depois dos 12 anos (N = 11), através da utilização de estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão), analisadas em função dos critérios normativos do SDQ (normal, limítrofe, anormal), do modo a caracterizar o perfil sintomático de cada grupo.

Resultados

Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por 103 adolescentes portuguesas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos (M = 17, DP = 0.66). Do total, 22 participantes (21.4%) apresentavam diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e 81 (78.6%) não apresentavam diagnóstico. Entre as adolescentes com PHDA, onze foram diagnosticadas antes dos 12 anos e onze após os 12 anos. A distribuição por ano de escolaridade foi a seguinte: 9º ano (8.7%), com quatro adolescentes (44.5%) diagnósticos com PHDA e cinco (55.6%) sem diagnóstico; 10º ano (21.4%), com três (13.6%) diagnosticadas e dezanove (86.4%) sem diagnóstico; 11º ano (34.0%), com cinco (14.3%) diagnosticadas e trinta (85.7%) sem diagnóstico; e 12º ano (35.7%), com dez (27.0%) diagnosticadas e vinte e sete (73.0%) sem diagnóstico.

Relativamente ao tratamento farmacológico, 18 adolescentes (81.8%) com PHDA reportaram tomar medicação específica para a perturbação, enquanto 4 adolescentes (18.2%) não o faziam. No que se refere a comorbilidades, dez adolescentes com PHDA (45.5%) reportaram comorbilidades, entre as quais dislexia (n = 4), ansiedade generalizada (n = 2), ansiedade social (n = 2) e depressão (n = 2). No grupo sem PHDA (N = 81), cinco participantes (6.2%) indicaram outros diagnósticos, nomeadamente, dislexia (n = 1), ansiedade generalizada (n = 1), depressão (n = 2) e perturbação do espectro do autismo (PEA; nível 1) (n = 1).

Quanto aos antecedentes familiares, 24 adolescentes (23.3%) reportaram ter familiares com diagnóstico de PHDA, sendo que 13 (59.1%) pertenciam ao grupo com diagnóstico de PHDA e 11 (13.6%) ao grupo sem diagnóstico. Por outro lado, 79 adolescentes (76.7%) afirmaram não ter antecedentes familiares de PHDA, correspondendo a 9 (40.9%) do grupo com PHDA e 70 (86.4%) do grupo sem PHDA.

No que respeita às dificuldades emocionais e comportamentais reportadas, observou-se que, segundo os cuidadores, 34 adolescentes (33.0%) apresentavam dificuldades de ansiedade, 21 (20.4%) baixa autoestima, 16 (15.5%) perturbações do sono e 15 (14.6%) sintomas depressivos. Foram ainda assinaladas dificuldades menos frequentes, nomeadamente distúrbios alimentares, a respeito de 5 adolescentes (4.9%), e uso abusivo de substâncias, a respeito de 2 adolescentes (1.9%). Por outro lado, 37 participantes (35.9%) foram descritas como não apresentando dificuldades significativas em nenhuma destas áreas. Estas variáveis foram incluídas com o objetivo de caracterizar indicadores de saúde mental e ajustamento psicológico da amostra. Importa salientar que estas informações refletem perceções parentais e não avaliações clínicas diretas, assumindo um carácter exclusivamente descritivo.

Tabela 1

Caracterização da Amostra (N = 103)*

Variáveis	N	%	Média (DP)	Min-Máx
Idade	103		16.66	15-18
Idade Diagnóstico	22		11.82	6-18
Antes dos 12	11		8.36	6-10
Depois dos 12	11		15.27	12-18
Escolaridade				
9º ano	9	8.7%		
Com PHDA	4	44.5%		
Sem PHDA	5	55.6%		
10º ano	22	21.4%		
Com PHDA	3	13.6%		
Sem PHDA	19	86.4%		
11º ano	35	34.0%		
Com PHDA	5	14.3%		
Sem PHDA	30	85.7%		
12º ano	37	35.9%		
Com PHDA	10	27.0%		
Sem PHDA	27	73.0%		
Tem PHDA				
Sim	22	21.4%		

Não	81	78.6%
<hr/>		
Medicação PHDA		
Sim	18	81.8%
Não	4	18.2%
<hr/>		
Nome da Medicação		
Metilfenidato	9	50.0%
Lisdexanfetamina	7	38.9%
Combinação de fármacos	2	11.1%
<hr/>		
Famíliares com PHDA		
Sim	24	23.3%
Com PHDA	13	59.1%
Sem PHDA	11	13.6%
Não	79	76.7%
Com PHDA	9	40.9%
Sem PHDA	70	86.4%
<hr/>		
Quais Familiares		
Mãe	5	4.9%
Pai	2	1.9%
Irmão	10	9.7%
Irmã	3	2.9%
Primo	4	3.9%
<hr/>		
Outro Diagnóstico		
Sim	15	14.6%
Com PHDA	10	45.5%
Sem PHDA	5	6.2%
Não	88	85.4%
Com PHDA	12	54.5%
Sem PHDA	76	93.8%
<hr/>		
Qual Diagnóstico (Sem PHDA)		
Dislexia	1	1.2%
Ansiedade Generalizada	1	1.2%
Depressão	2	2.5%
PEA (nível 1)	1	1.2%
<hr/>		
Comorbilidade PHDA		
Dislexia	4	18.18%
Ansiedade Generalizada	2	9.09%

Depressão	2	9.09%
Ansiedade Social	2	9.09%
<hr/>		
Já apresentou dificuldades significativas_Ansiedade		
Sim	62	60.2%
Não	41	39.8%
<hr/>		
Já apresentou dificuldades significativas_Baixa Autoestima		
Sim	46	44.7%
Não	57	55.3%
<hr/>		
Já apresentou dificuldades significativas_Perturbação Sono		
Sim	39	37.9%
Não	64	62.1%
<hr/>		
Já apresentou dificuldades significativas_Depressão		
Sim	18	17.5%
Não	85	82.5%
<hr/>		
Já apresentou dificuldades significativas_Distúrbios Alimentares		
Sim	20	19.4%
Não	83	80.6%
<hr/>		
Já apresentou dificuldades significativas_Uso Abusivo de Substâncias		
Sim	1	1.0%
Não	102	99.0%
<hr/>		
Não apresenta dificuldades significativas		
Sim	29	28.2%
Não	74	71.8%

Nota. *As percentagens das variáveis referentes à PHDA foram calculadas em função das 22 participantes diagnosticadas. DP = Desvio-Padrão

Hipótese 1 – Autoestima e Presença de Diagnóstico de PHDA

De forma a responder ao primeiro objetivo, foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Marôco, 2007) para analisar diferenças de autoestima entre raparigas com e sem diagnóstico de PHDA. Os resultados apresentados na Tabela 2, evidenciaram diferenças estatisticamente significativas ($U = 458.000$; $W = 711.000$; $p < .001$), indicando um efeito da presença de PHDA na autoestima, uma vez que as raparigas com PHDA apresentaram níveis de autoestima significativamente mais baixos do que as raparigas sem diagnóstico.

Tabela 2

Diferenças nos níveis de autoestima entre adolescentes com e sem diagnóstico de PHDA (teste de Mann-Whitney)

Com Diagnóstico		Sem Diagnóstico		U	W	p*
N	Média das Ordens	N	Média das Ordens			
22	32.32	81	57.35	458.000	711.000	< .001

*Exact Sig. (1-tailed)

Observa-se que as adolescentes com PHDA apresentam pontuações de autoestima significativamente mais baixas do que as adolescentes sem diagnóstico, confirmando a existência de diferenças entre os grupos.

Hipótese 2 – Estratégias de regulação emocional e presença de diagnóstico de PHDA

De forma a responder ao segundo objetivo, foi utilizado o teste Mann-Whitney (Maroco, 2007) para analisar diferenças nas estratégias de regulação emocional entre raparigas com e sem diagnóstico de PHDA. A escala que avalia a regulação emocional está dividida em 2 subescalas: Supressão Emocional (SE) e Reavaliação Cognitiva (RC), pelo que foram realizados dois testes de Mann-Whitney. Os resultados relativamente à subescala SE (Tabela 3), revelaram que as raparigas diagnosticadas com PHDA apresentam níveis significativamente mais elevados de supressão emocional em comparação com as que não têm diagnóstico ($U = 566.500$; $W = 3887.500$; $p = .004$). No que diz respeito à subescala RC (Tabela 4), os resultados mostraram que esta estratégia foi significativamente mais utilizada por raparigas sem PHDA

($U = 535.500$; $W = 788.500$; $p = .002$). Em síntese, estes resultados indicam diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de regulação emocional entre raparigas com e sem diagnóstico de PHDA, sugerindo que a presença de PHDA está associada a maior recurso à supressão emocional e menor uso da reavaliação cognitiva.

Tabela 3

Diferenças na utilização da estratégia de supressão emocional entre adolescentes com e sem diagnóstico de PHDA (teste de Mann-Whitney)

Com Diagnóstico		Sem Diagnóstico		U	W	p*
N	Média das Ordens	N	Média das Ordens			
22	66.75	81	47.99	566.500	3887.500	.004

*Exact Sig. (1-tailed)

Tabela 4

Diferenças na utilização da estratégia de reavaliação cognitiva entre adolescentes com e sem diagnóstico de PHDA (teste de Mann-Whitney)

Com Diagnóstico		Sem Diagnóstico		U	W	p*
N	Média das Ordens	N	Média das Ordens			
22	35.84	81	56.39	535.500	788.500	.002

*Exact Sig. (1-tailed)

Na Tabela 3, verifica-se que as adolescentes com PHDA recorrem mais frequentemente à supressão emocional do que as adolescentes sem diagnóstico. Na Tabela 4, constata-se que as adolescentes sem diagnóstico de PHDA utilizam mais a reavaliação cognitiva, evidenciando diferenças significativas entre os grupos quanto às estratégias de regulação emocional.

Hipótese 3 – Autoestima e idade do diagnóstico de PHDA

De forma a responder ao terceiro objetivo, foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Maroco, 2007) para analisar diferenças de autoestima entre raparigas diagnosticadas com PHDA antes dos 12 anos e raparigas diagnosticadas depois dos 12 anos. Os resultados apresentados na Tabela 5 mostraram diferenças estatisticamente significativas ($U = 30.000$; $W = 96.000$; $p = .022$), indicando um impacto da idade do diagnóstico na autoestima, uma vez que as raparigas diagnosticadas antes dos 12 anos apresentaram níveis de autoestima significativamente mais elevados do que as diagnosticadas depois dos 12 anos.

Tabela 5.

Diferenças nos níveis de autoestima entre adolescentes diagnosticadas com PHDA antes e depois dos 12 anos (teste de Mann-Whitney)

Antes dos 12 anos		Depois dos 12 anos		U	W	p*
N	Média das Ordens	N	Média das Ordens			
11	14.27	11	8.73	30.000	96.000	.022

*Exact Sig. (1-tailed)

Observa-se que as adolescentes diagnosticadas antes dos 12 anos apresentam pontuações de autoestima mais elevadas do que as diagnosticadas após os 12 anos, indicando um efeito da idade de diagnóstico na autoestima.

Hipótese 4 – Estratégias de regulação emocional e idade do diagnóstico de PHDA

De forma a responder ao quarto objetivo, foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Maroco, 2007) para analisar diferenças nas estratégias de regulação emocional entre raparigas diagnosticadas com PHDA antes dos 12 anos e raparigas diagnosticadas depois dos 12 anos. Foram realizados dois testes independentes para cada subescala do QRE-CA: Supressão Emocional (SE) e Reavaliação Cognitiva (RC). Os resultados relativos à subescala SE (Tabela 6) revelaram que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($U = 45.500$; $W = 111.500$; $p = .168$). Do mesmo modo, os resultados relativos à subescala RC (Tabela 7), não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre raparigas

diagnosticadas antes e depois dos 12 anos ($U = 50.000$; $W = 116.000$; $p = .254$). Em síntese, estes resultados sugerem que a idade do diagnóstico não exerce influência significativa no uso das estratégias de regulação emocional avaliadas pelo QRE-CA, nomeadamente a supressão emocional e a reavaliação cognitiva.

Tabela 6

Diferenças na utilização da estratégia de supressão emocional entre adolescentes diagnosticadas com PHDA antes e depois dos 12 anos (teste de Mann-Whitney)

Antes dos 12 anos		Depois dos 12 anos		U	W	p*
N	Média das Ordens	N	Média das Ordens			
11	10.14	11	12.86	45.500	111.500	.168

*Exact Sig. (1-tailed)

Tabela 7

Diferenças na utilização da estratégia de reavaliação cognitiva entre adolescentes diagnosticadas com PHDA antes e depois dos 12 anos (teste de Mann-Whitney)

Antes dos 12 anos		Depois dos 12 anos		U	W	p*
N	Média das Ordens	N	Média das Ordens			
11	12.45	11	10.55	50.000	116.000	.254

*Exact Sig. (1-tailed)

Conforme apresentado na Tabela 6, não se observaram diferenças estatisticamente significativas na supressão emocional entre os dois grupos. De igual modo, a Tabela 7 mostra ausência de diferenças estatisticamente significativas na reavaliação cognitiva, sugerindo padrões semelhantes de regulação emocional entre adolescentes diagnosticadas antes e depois dos 12 anos.

Hipótese 5 – Associação entre autoestima e estratégias de regulação emocional

De forma a responder ao quinto objetivo, foi utilizada a análise de correlação de Spearman (Maroco, 2007), para analisar a associação entre autoestima e as estratégias de regulação emocional. Os resultados da análise de correlação de Spearman (Tabela 8) mostraram uma correlação fraca, mas positiva e estatisticamente significativa entre autoestima (AE) e reavaliação cognitiva (RC) ($\rho = .287$; $p < 0.01$). Por outro lado, verificou-se uma correlação moderada, negativa e estatisticamente significativa entre autoestima (AE) e supressão emocional (SE) ($\rho = - .345$; $p < .001$). Em suma, estes resultados sugerem que maior uso da reavaliação cognitiva associa-se a níveis mais elevados de autoestima, enquanto que maior recurso à supressão emocional relaciona-se com níveis mais baixos de autoestima.

Tabela 8

Correlação entre a Autoestima e estratégias de regulação emocional (Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional) em adolescentes do sexo feminino (coeficiente de Spearman)

Variáveis	1	2	3
1.Total_AE	-	-	-
2.Total_RC			
Ró Spearman	.287**	-	-
Sig.	.003	-	-
3.Total_SE			
Ró Spearman	- .345**	- .133	-
Sig.	< .001	.180	-

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

AE = Autoestima; RC = Reavaliação Emocional; SE = Supressão Emocional

As correlações apresentadas na Tabela 8 revelam uma associação positiva fraca entre autoestima e reavaliação cognitiva e uma associação fraca a moderada entre autoestima e supressão emocional, ambas estatisticamente significativas. Apesar de estatisticamente significativas, as associações observadas apresentam magnitudes reduzidas, sugerindo efeitos de pequena a média intensidade na relação entre autoestima e regulação emocional, o que indica que outros fatores poderão igualmente contribuir para o ajustamento emocional destas adolescentes.

Análise Exploratória dos Traços de PHDA

Conforme mencionado anteriormente, foi realizada uma análise exploratória com o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) para identificar a presença de traços de PHDA em adolescentes sem diagnóstico, bem como para observar as diferenças entre as participantes diagnosticadas antes e depois dos 12 anos. Esta análise baseou-se em estatísticas descritivas com base nas médias e interpretadas de acordo com os critérios normativos disponibilizados em www.sdqinfo.org.

Os resultados na tabela 9 evidenciam que, ao nível dos sintomas emocionais, as adolescentes diagnosticadas antes dos 12 anos apresentaram uma média de 6.00 (DP = 2.646) encontrando-se no nível limítrofe, enquanto as diagnosticadas depois dos 12 anos registaram uma média de 6.91 (DP = 2.343), correspondente ao nível anormal. Por sua vez, as participantes sem diagnóstico apresentaram uma média inferior, de 4.58 (DP = 2.339), situada no nível normal.

Relativamente aos problemas de comportamento, o grupo diagnosticado antes dos 12 anos apresentou uma média de 3.64 (DP = 2.157) posicionada no intervalo limítrofe, enquanto o grupo diagnosticado depois dos 12 anos apresentou valores de 3.00 (DP = 1.897) situados no nível normal. As adolescentes sem diagnóstico de PHDA revelaram, neste domínio, uma média ainda mais baixa, de 2.23 (DP = 1.527) igualmente no nível normal.

No que diz respeito à hiperatividade, tanto as diagnosticadas antes dos 12 anos (M = 7.36; DP = 2.014) como as diagnosticadas depois dos 12 anos (M = 8.45; DP = 1.864) apresentaram médias classificadas no intervalo anormal. Já as adolescentes sem diagnóstico registaram valores consideravelmente mais baixos (M = 4.30; DP = 2.615), situados no nível normal.

Em relação aos problemas de relacionamento com os colegas, as diagnosticadas antes dos 12 anos apresentaram uma média de 3.18 (DP = 2.639) compatível com o nível normal, enquanto o grupo diagnosticado depois dos 12 anos revelou uma média superior de 4.91 (DP = 3.048), correspondente ao nível limítrofe. O grupo sem diagnóstico apresentou valores substancialmente mais baixos (M = 1.77; DP = 1.653), também dentro do nível normal.

Quanto ao comportamento pró-social, a média das participantes diagnosticadas antes dos 12 anos foi de 7.55 (DP = 2.544), situando-se no intervalo normal. As diagnosticadas depois dos 12 anos apresentaram uma média de 8.27 (DP = 1.794) igualmente no intervalo normal, e

as participantes sem diagnóstico registaram uma média de 8.35 (DP = 1.567) também no intervalo normal.

Por fim, relativamente ao total de dificuldades, a média das adolescentes diagnosticadas antes dos 12 anos foi de 20.18 (DP = 5.600), situada no nível anormal. As diagnosticadas depois dos 12 anos apresentaram uma média de 23.27 (DP = 5.867), também no nível anormal, enquanto as participantes sem diagnóstico obtiveram uma média de 12.88 (DP = 6.007) encontrando-se no nível normal.

Tabela 9

Capacidades e Dificuldades (SDQ) em Raparigas com e sem Diagnóstico PHDA

Escala SDQ	Com PHDA				Sem PHDA (N = 81)	
	Antes dos 12 anos (N = 11)		Depois dos 12 anos (N = 11)		Média	Desvio Padrão
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Total_ESE	6.00	2.646	6.91	2.343	4.58	2.339
Total_EPC	3.64	2.157	3.00	1.897	2.23	1.527
Total_EH	7.36	2.014	8.45	1.864	4.30	2.615
Total_EPRC	3.18	2.639	4.91	3.048	1.77	1.653
Total_ECPS	7.55	2.544	8.27	1.794	8.35	1.567
Total_Dificuldades	20.18	5.600	23.27	5.867	12.88	6.007

ESE = Escala de Sintomas Emocionais; EPC = Escala de Problemas de Comportamento; EH = Escala de Hiperatividade; EPRC = Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas; ECPS = Escala de Comportamento Pró-Social

A Tabela 9 evidencia que as adolescentes diagnosticadas antes dos 12 anos apresentam níveis ligeiramente inferiores de sintomas emocionais e de total de dificuldades do que as diagnosticadas após os 12 anos. Em contraste, as adolescentes sem diagnóstico revelam valores substancialmente mais baixos em todas as dimensões avaliadas, situando-se predominantemente nos intervalos normais.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal analisar de que forma a idade de diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) influencia a autoestima e o uso de estratégias específicas de regulação emocional em raparigas adolescentes. Procurou-se, em particular, comparar adolescentes com e sem diagnóstico de PHDA, de modo a compreender de que forma a presença de PHDA está associada a diferenças nos níveis de autoestima e na utilização das estratégias de reavaliação cognitiva e supressão emocional.

De forma global, as hipóteses 1, 2, 3 e 5 foram confirmadas, revelando diferenças significativas na autoestima e nas estratégias de regulação emocional em função da presença de PHDA e da idade de diagnóstico, bem como associações significativas entre regulação emocional e autoestima. Por outro lado, a hipótese 4, relativa ao impacto da idade de diagnóstico nas estratégias de regulação emocional, não foi confirmada, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Relativamente à primeira hipótese, os resultados confirmaram que as adolescentes com PHDA apresentaram níveis de autoestima significativamente inferiores aos das participantes sem diagnóstico. Este resultado é consistente com a literatura que aponta para níveis mais baixos de autoestima em raparigas com PHDA (Mikami e Hinshaw, 2006; Owens et al., 2009).

De acordo com Biederman e colaboradores (2002) e Mikami e Hinshaw (2006), a PHDA nas raparigas está frequentemente associada a uma maior vulnerabilidade a experiências de rejeição pelos pares e a críticas no ambiente escolar, fatores que poderão contribuir para níveis mais baixos de autoestima. A literatura tem também evidenciado que a exposição a contextos interpessoais marcados por rejeição ou feedback negativo tende a fragilizar o sentimento de pertença e aceitação, considerados dimensões centrais para o desenvolvimento da autoestima durante a adolescência (Harter, 2012; Hoza e colaboradores, 2004; Owens et al., 2017).

Essa vulnerabilidade social pode estar relacionada com características específicas da expressão da PHDA nas raparigas. Ao contrário dos rapazes, que tendem a exibir comportamentos mais externalizantes, as raparigas apresentam frequentemente uma expressão mais internalizantes, marcada por desatenção, distração e retraimento (Quinn e Madhoo, 2014). Estas manifestações menos visíveis são muitas vezes interpretadas como falta de esforço ou desmotivação, levando a críticas reiteradas por parte dos professores e pares (Hinshaw e Blachman, 2005). Além disso, as normas sociais de género valorizam a competência social, a

organização e o autocontrolo, o que aumenta o impacto subjetivo de qualquer falha percebida nestes domínios (Owens et al., 2017).

O fenómeno da camuflagem (*masking*), inicialmente descrito em mulheres com perturbações do espectro do autismo (Bargiela, Steward e Mandy, 2016), tem também sido observado em raparigas e mulheres com PHDA (Quinn e Madhoo, 2014; Young et al., 2020). Estas adolescentes tendem a mascarar as suas dificuldades, esforçando-se por corresponder às expectativas sociais e académicas. Embora este processo possa reduzir a probabilidade de crítica imediata, tende a gerar um sentimento persistente de insuficiência e de esforço não reconhecido, contribuindo para níveis mais baixos de autoestima e para a sensação de não serem suficientemente competentes ou merecedoras de aceitação.

Do ponto de vista teórico, o resultado obtido no presente estudo é coerente com o modelo de vulnerabilidade proposto por Orth e Robins (2014), que defende que níveis persistentemente baixos de autoestima aumentam o risco de desenvolver sintomas depressivos e ansiosos. Assim, a confirmação desta hipótese reforça a importância de intervenções precoces que ajudem as adolescentes com PHDA a fortalecer a autoestima e a desenvolver uma autoimagem mais estável e positiva.

Relativamente à segunda hipótese, os resultados confirmaram que as adolescentes com PHDA recorrem significativamente mais à supressão emocional e menos à reavaliação cognitiva do que as adolescentes sem diagnóstico. Este padrão está em consonância com estudos que evidenciam um perfil de desregulação emocional característico da PHDA, traduzido em dificuldades na modulação de respostas afetivas e no uso de estratégias adaptativas (Bunford, Evans e Wymbs, 2015; Shaw, Stringaris, Nigg e Leibenluft, 2014).

A supressão emocional é uma estratégia considerada menos adaptativa, pois implica inibir a expressão das emoções após a sua ativação fisiológica, o que está associado a maior sofrimento psicológico e menor ajustamento social (Gross e John, 2003). O predomínio desta estratégia nas raparigas com PHDA pode refletir uma tentativa de controlo comportamental face a emoções intensas, num esforço para corresponder às expectativas sociais de autocontrolo e adequação (Bunford, Evans e Wymbs, 2015). Por outro lado, a reavaliação cognitiva, que envolve reinterpretar uma situação de modo a alterar o seu impacto social, requer recursos executivos como atenção sustentada, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva, domínios frequentemente comprometidos na PHDA (Barkley, 2015). Estas limitações podem dificultar o

acesso a estratégias cognitivamente mais elaboradas, favorecendo o uso de mecanismos de supressão emocional.

Vários estudos sustentam que esta tendência é particularmente pronunciada nas raparigas com PHDA, que tendem a internalizar o conflito emocional em vez de o expressar externamente (Mikami e Hinshaw, 2006; Seymour et al., 2012). Esta orientação mais internalizante pode estar associada à socialização de género, que reforça a inibição emocional e a conformidade comportamental (Crick e Zahn-Waxler, 2003). Consequentemente, a supressão emocional, embora funcional a curto prazo, contribui para a manutenção de instabilidade afetiva e vulnerabilidade a estados depressivos e ansiosos, refletindo o papel mediador da desregulação emocional entre PHDA e psicopatologia internalizante (Seymour et al., 2012).

Do ponto de vista teórico, o resultado obtido no presente estudo reforça a conceptualização da desregulação emocional como um núcleo transversal da PHDA (Shaw et al., 2014), inferindo de forma significativa no ajustamento psicológico e social das adolescentes. Estes dados sugerem a relevância de intervenções que promovam a reavaliação cognitiva e o desenvolvimento de competências metacognitivas que favoreçam uma gestão emocional mais flexível e adaptativa (Gross, 2015).

Relativamente à terceira hipótese, os resultados confirmaram que as adolescentes diagnosticadas com PHDA antes dos 12 anos apresentaram níveis de autoestima significativamente mais elevados do que aquelas diagnosticadas após os 12 anos. Este resultado sugere que a idade de diagnóstico constitui um fator relevante no ajustamento psicológico destas adolescentes, influenciando diretamente a autoestima.

A literatura tem evidenciado que um diagnóstico precoce permite uma maior compreensão das dificuldades pessoais e um acesso mais rápido a estratégias de apoio e intervenção, o que tende a proteger a autoestima e a reduzir o impacto das experiências de fracasso e rejeição (Young, 2013; Quinn e Madhoo, 2014). Por contraste, um diagnóstico mais tardio é frequentemente antecedido por um período prolongado de invalidação subjetiva, durante o qual as dificuldades são interpretadas como falhas pessoais, favorecendo sentimentos de inadequação e autocrítica (Young et al., 2020).

Nas raparigas, esta questão assume particular relevância, uma vez que a PHDA tende a manifestar-se de forma interna e emocional, mais do que motora, expressando-se através de inquietação mental, pensamento acelerado e necessidade constante de estímulo (Cubin e Perry,

2021; Kooij et al., 2019). Esta expressão menos disruptiva contribui para o subdiagnóstico e o atraso na identificação clínica, ampliando o risco de impactos cumulativos na autoestima (Quinn e Madhoo, 2014).

Um diagnóstico precoce pode funcionar como um elemento de validação e reorganização identitária, permitindo que as adolescentes passem a ver as suas dificuldades como algo explicável e trabalhável, em vez de um sinal de insuficiência pessoal (Young, 2013; Quinn e Madhoo, 2014). Do ponto de vista desenvolvimental, o diagnóstico precoce ocorre numa fase em que o *self* ainda se encontra em consolidação e é fortemente influenciado pelo feedback externo, permitindo que a validação e o apoio psicoeducativo modifiquem trajetórias de autoperceção (Harter, 2012). Em contraste, o diagnóstico após o início da adolescência intervém quando a autoestima já se tornou mais estável e autorreferencial, sendo menos permeável à reinterpretação positiva das dificuldades.

Deste modo, o resultado obtido no presente estudo reforça a importância do momento do diagnóstico como fator protetor do ajustamento emocional. Um diagnóstico precoce permite uma intervenção mais eficaz e uma perceção mais ajustada das dificuldades, refletindo-se positivamente na autoestima e no bem-estar psicológico.

Relativamente à quarta hipótese, os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de reavaliação cognitiva e supressão emocional entre as adolescentes diagnosticadas com PHDA antes e depois dos 12 anos. Assim, contrariamente ao esperado, a idade do diagnóstico não parece exercer influência significativa sobre o uso das estratégias de regulação emocional avaliadas pelo QRE-CA, nomeadamente a reavaliação cognitiva e a supressão emocional.

Contudo, a direção dos resultados observados indica que as adolescentes diagnosticadas antes dos 12 anos tendem a recorrer mais à reavaliação cognitiva e menos à supressão emocional do que aquelas diagnosticadas mais tarde. Embora estas diferenças não tenham atingido significância estatística, a tendência observada é consistente com a literatura, que sugere que o diagnóstico precoce pode facilitar um desenvolvimento emocional mais adaptativo, através de uma maior consciencialização das dificuldades e de intervenções mais precoces que favorecem o uso de estratégias de regulação mais eficazes (Gross, 2015; Bunford, Evans e Wymbs, 2015; Mikami e Hinshaw, 2006).

Os resultados deste estudo reforçam a conceção da desregulação emocional como um traço transversal e persistente da PHDA, relativamente estável ao longo do desenvolvimento e

pouco influenciado pela idade de diagnóstico (Shaw et al., 2014). Em linha com esta perspetiva, a regulação emocional assume um papel central no funcionamento psicológico das adolescentes com PHDA, constituindo um indicador relevante do seu ajustamento emocional e comportamental (Shaw et al., 2014; Quinn e Madhoo, 2014). Este padrão resulta de uma combinação de fatores neurobiológicos, cognitivos e contextuais, incluindo défices nas funções executivas, hiper-reatividade do sistema límbico e dificuldades na modulação da resposta emocional perante situações de frustração ou rejeição (Martel, 2009; Barkley, 2015).

Deste modo, a ausência de diferenças significativas entre as adolescentes diagnosticadas antes e depois dos 12 anos poderá refletir o caráter estrutural e estável das dificuldades de regulação emocional associadas à PHDA, que parecem ser inerentes ao funcionamento emocional característico da perturbação, mais do que um efeito do momento em que ocorre a identificação clínica. A adolescência, enquanto período de particular vulnerabilidade emocional, marcada por intensa reatividade afetiva e pelo desenvolvimento ainda incompleto dos sistemas de controlo pré-frontal (Casey, 2015; Ahmed, Bittencourt-Hewitt e Sebastian, 2015), poderá reforçar essa estabilidade, dificultando a diferenciação entre grupos. Assim, este resultado corrobora a conceção teórica da desregulação emocional como um traço central e persistente da PHDA, cuja modificação requer intervenções prolongadas e específicas, mais do que a mera precocidade do diagnóstico (Thompson, 2019).

A ausência de diferenças estatisticamente significativas poderá também estar relacionada com a reduzida dimensão amostral, que limita a sensibilidade das análises e pode ter dificultado a deteção de diferenças subtis entre os grupos. Importa ainda considerar o potencial impacto da medicação na regulação emocional e na autoestima. No presente estudo, a maioria das adolescentes com PHDA (81.8%) encontrava-se sob tratamento farmacológico, o que poderá ter contribuído para uma maior estabilização emocional e atenuação das diferenças entre os grupos. Embora a medicação possa melhorar o controlo atencional e impulsivo, estudos indicam que o seu impacto na regulação emocional varia em função de fatores individuais e contextuais (Shaw et al., 2014; Bunford, Evans e Wymbs, 2015). Assim, este aspeto deve ser interpretado como uma possível variável moderadora na relação entre regulação emocional e autoestima.

Além disso, o impacto do diagnóstico precoce poderá depender mais da qualidade e continuidade das intervenções subsequentes do que do momento em que ocorre a identificação clínica. O diagnóstico, por si só, não garante a aquisição de competências de regulação emocional, sendo essencial a implementação de intervenções estruturadas e o envolvimento de

contextos familiares e escolares de suporte, capazes de promover mudanças emocionais sustentadas (Bunford, Evans e Wymbs, 2015; Berking e Wupperman, 2012).

Deste modo, o resultado obtido no presente estudo sugere que, embora a idade de diagnóstico não exerça influência estatisticamente significativa sobre as estratégias de regulação emocional, a tendência observada aponta para um possível efeito protetor do diagnóstico precoce no ajustamento das raparigas com PHDA, reforçando a importância de intervenções precoces e consistentes que promovam o desenvolvimento de competências de regulação emocional adaptativas e o fortalecimento do bem-estar psicológico (Gross, 2015; Bunford, Evans e Wymbs, 2015; Mikami e Hinshaw, 2006).

Os resultados da quinta hipótese confirmaram a existência de uma associação significativa entre as estratégias de regulação emocional e a autoestima. Verificou-se uma correlação positiva entre a reavaliação cognitiva e a autoestima, e uma correlação negativa entre a supressão emocional e a autoestima, o que indica que maior recurso a estratégias adaptativas de regulação emocional, como a reavaliação cognitiva, associa-se a níveis mais elevados de autoestima, enquanto o uso predominante de estratégias menos adaptativas, como a supressão emocional, relaciona-se com níveis mais baixos de autoestima.

Estes resultados alinham-se com a literatura que conceptualiza a regulação emocional como um processo central no desenvolvimento do *self* e da autoestima durante a adolescência (Harter, 2012; Orth e Robins, 2014). A reavaliação cognitiva, ao permitir reinterpretar as situações de forma mais flexível, favorece uma maior perceção de controlo emocional e de competência pessoal, elementos essenciais para a integração de uma identidade coerente e para o sentimento de eficácia interna (Gross e John, 2003; Gross, 2015). Já a supressão emocional, frequentemente utilizada como estratégia de controlo ou evitamento das próprias emoções, tende a restringir a consciência emocional e a reforçar padrões de autocrítica, por dificultar a aceitação das experiências internas como legítimas (John e Gross, 2004; Harter, 2012). Este padrão pode traduzir uma tendência para a autoavaliação punitiva e para a dificuldade em transformar o erro ou o impulso em informação reguladora, o que fragiliza a autoestima e compromete o ajustamento emocional.

Durante a adolescência, a regulação emocional adquire particular relevância no processo de reorganização identitária, uma vez que é neste período que o indivíduo procura integrar emoções, experiências e autoconceitos de forma coerente e contínua (Casey, 2015; Harter, 2012). Nas adolescentes com PHDA, a instabilidade emocional e a impulsividade

podem interferir com a coerência dessa narrativa pessoal, dificultando a construção de uma identidade estável e positiva. A capacidade de reinterpretar as experiências através da reavaliação cognitiva poderá, assim, constituir um mecanismo de integração emocional e identitária, promovendo uma percepção mais ajustada de si próprias e protegendo a autoestima face às dificuldades associadas à perturbação (Orth e Robins, 2014).

Os resultados podem também ser interpretados à luz do conceito de consciência emocional, entendido como a capacidade de reconhecer e refletir sobre os próprios estados afetivos. Um maior nível de consciência e reflexão emocional facilita a utilização de estratégias de regulação mais adaptativas, como a reavaliação cognitiva, e contribui para uma maior integração emocional, enquanto a supressão emocional tende a reduzir essa consciência e a perpetuar uma gestão emocional mais automática e menos flexível (Teixeira et al., 2014; Thompson, 2019).

Em conjunto, estes resultados reforçam a importância de intervenções clínicas e psicoeducativas que desenvolvam simultaneamente competências de regulação e de consciência emocional, ajudando as adolescentes com PHDA a reconhecer, nomear e reinterpretar as suas emoções de forma construtiva. Tal abordagem poderá favorecer a formação de um *self* mais coerente e resiliente, contribuindo para a estabilidade e fortalecimento da autoestima ao longo do desenvolvimento (Bunford, Evans e Wymbs, 2015; Gross, 2015).

Esta associação entre reavaliação cognitiva e autoestima sugere que a forma como as adolescentes gerem as suas emoções influencia e é simultaneamente influenciada pela forma como compreendem as suas capacidades e se valorizam enquanto pessoas. Importa salientar que a relação entre autoestima e regulação emocional é provavelmente bidirecional, ou seja, níveis mais elevados de autoestima favorecem o uso de estratégias adaptativas, enquanto dificuldades persistentes na regulação emocional tendem a fragilizar a percepção de valor pessoal (Orth e Robins, 2014; Harter, 2012).

A análise exploratória realizada a partir do *Questionário de Capacidades e Dificuldades* (SDQ) teve como objetivo identificar a possível presença de traços de PHDA em adolescentes sem diagnóstico, bem como observar as diferenças entre as participantes diagnosticadas antes e depois dos 12 anos. Os resultados descritivos indicam que, no grupo sem PHDA, as médias mantêm-se dentro dos valores normativos em todas as subescalas, não sugerindo a presença generalizada de traços de PHDA neste grupo. Contudo, por se tratarem de médias, estes resultados não permitem excluir a existência de casos individuais com

dificuldades específicas, devendo ser interpretados como uma tendência global da amostra. Por outro lado, no grupo com PHDA, emergiram diferenças relevantes entre as participantes diagnosticadas antes e depois dos 12 anos, particularmente nos domínios emocional e comportamental, apontando para variações no ajustamento em função da idade de diagnóstico.

No domínio dos sintomas emocionais, observou-se que as raparigas diagnosticadas antes dos 12 anos apresentaram níveis mais baixos do que as raparigas diagnosticadas mais tarde, ainda que ambas se situem acima das participantes sem diagnóstico. Este resultado pode refletir o efeito de intervenções mais precoces, que possibilitam um reconhecimento mais claro das dificuldades e o desenvolvimento de competências de compreensão e gestão emocional, o que, segundo Bunford e colaboradores (2015) e Thompson (2019) favorece uma resposta mais eficaz às dificuldades de desregulação emocional. Além disso, uma intervenção atempada pode desempenhar um papel protetor na prevenção de sintomas internalizantes, como depressão e ansiedade, ao promover estratégias mais adaptativas de regulação emocional e maior validação das experiências internas (Chronis-Tuscano et al., 2010; Seymour et al., 2012).

A intervenção precoce, sobretudo quando acompanhada por suporte familiar e escolar, pode ainda fomentar uma maior consciência emocional e estratégias de adaptação mais ajustadas. Contudo, e em linha com os resultados obtidos no presente estudo, estas diferenças entre as adolescentes diagnosticadas antes e depois dos 12 anos não se traduzem em variações estatisticamente significativas nas estratégias de regulação emocional, o que sugere que o impacto precoce poderá refletir-se mais no nível de compreensão e gestão das dificuldades do que na alteração direta dos padrões de regulação (Mikami e Hinshaw, 2006). Por outro lado, as raparigas diagnosticadas depois dos 12 anos evidenciam níveis emocionais mais elevados, o que poderá refletir uma menor capacidade de reconhecimento e gestão das emoções antes de compreenderem a origem das suas dificuldades. A ausência de um enquadramento explicativo e de estratégias de regulação adequadas tende a aumentar a sensação de descontrolo e de imprevisibilidade emocional, tornando estas jovens mais vulneráveis a estados de frustração e sobrecarga emocional (Mikami e Hinshaw, 2006; Quinn e Madhoo, 2014).

No domínio dos problemas de comportamento, verificou-se uma tendência decrescente entre os grupos, com valores mais elevados nas adolescentes com PHDA e mais baixos nas sem diagnóstico. Esta diferença deve ser interpretada com cautela, uma vez que a subescala do SDQ avalia sobretudo comportamentos externalizantes, como agressividade, oposição e condutas desafiantes, que são mais característicos nos rapazes. Nas raparigas, estes comportamentos tendem a não se manifestar, devido a um maior controlo temperamental e a uma maior

sensibilidade às normas sociais, aspetos amplamente descritos na literatura como característicos da socialização feminina e da expressão menos disruptiva da PHDA (Gershon, 2002; Mikami e Hinshaw, 2006; Quinn e Madhoo, 2014).

Embora os valores observados sejam globalmente baixos, verificou-se que as adolescentes diagnosticadas antes dos 12 anos apresentaram valores ligeiramente superiores aos das diagnosticadas depois. Este resultado poderá refletir uma maior autenticidade comportamental e menor necessidade de mascaramento, associadas a uma maior autoestima e aceitação das próprias características, aspetos observados também noutros resultados do presente estudo. Por outro lado, as diagnosticadas após os 12 anos podem apresentar menor expressão comportamental observável, não por melhor ajustamento, mas devido a maior esforço de contenção e conformidade social, frequentemente descrito na literatura como uma estratégia de coping relacional que, a longo prazo, aumenta o risco de sobrecarga emocional (Mikami e Hinshaw, 2006; Quinn e Madhoo, 2014; Bargiela, Steward e Mandy, 2016).

No domínio da hiperatividade, embora os itens avaliem predominantemente comportamentos externalizantes, como a hiperatividade motora e a impulsividade comportamental, não captando plenamente a dimensão interna e cognitiva da hiperatividade nas raparigas, frequentemente caracterizada por pensamento acelerado e agitação interna (Quinn e Madhoo, 2014; Kooij et al., 2019), ainda assim, observaram-se diferenças claras entre as adolescentes com PHDA a apresentarem valores mais elevados e as adolescentes sem diagnóstico. As adolescentes diagnosticadas antes dos 12 anos apresentaram valores ligeiramente inferiores aos das raparigas diagnosticadas depois dos 12, o que poderá refletir um efeito positivo do diagnóstico precoce, associado a maior consciência das próprias dificuldades e à aquisição de estratégias de autorregulação promovidas por intervenções mais precoces (Gross, 2015; Mikami e Hinshaw, 2006).

No domínio dos problemas de relacionamento com os colegas, as adolescentes diagnosticadas com PHDA apresentaram mais dificuldades de integração social do que as sem diagnóstico, sendo essas dificuldades mais acentuadas nas participantes diagnosticadas após os 12 anos. Este resultado sugere que o diagnóstico tardio poderá estar associado a um maior historial de experiências interpessoais negativas, como rejeição pelos pares e críticas no contexto escolar, que tendem a acentuar sentimentos de exclusão e incompreensão (Mikami e Hinshaw, 2006; Owens et al., 2009). Por outro lado, as adolescentes diagnosticadas antes dos 12 anos apresentaram resultados mais baixos neste domínio, o que poderá refletir um efeito protetor do reconhecimento precoce, permitindo-lhes compreender melhor as suas dificuldades

e beneficiar de relações familiares e de pares mais compreensivas e ajustadas, que funcionam como contextos facilitadores do desenvolvimento de competências sociais adequadas, promovendo interações mais positivas e o fortalecimento do sentimento de pertença (Mikami e Hinshaw, 2006; Quinn e Madhoo, 2014).

No domínio do comportamento pró-social, os três grupos apresentaram valores médios situados no intervalo normal, o que sugere uma preservação das capacidades de empatia, cooperação e ajuda entre as participantes. Ainda assim, observou-se uma tendência para valores ligeiramente inferiores nas adolescentes diagnosticadas antes dos 12 anos. Este resultado poderá refletir um maior equilíbrio relacional e autenticidade social nas adolescentes diagnosticadas mais cedo, traduzindo-se no desenvolvimento de limites interpessoais mais definidos e uma menor necessidade de agradar ou corresponder a expectativas externas para garantir aceitação social, o que poderá resultar numa expressão pró-social mais seletiva, mas emocionalmente mais estável. Já as que foram diagnosticadas depois dos 12 anos poderão recorrer a estratégias pró-sociais compensatórias para evitar rejeição, um padrão descritivo na literatura sobre PHDA nas raparigas (Blachman e Hinshaw, 2002; Mikami, 2010; Murray-Close et al., 2010).

No domínio do total de dificuldades, verificou-se que as adolescentes com PHDA apresentaram valores mais elevados do que as sem diagnóstico, o que confirma a presença de um perfil globalmente mais vulnerável no funcionamento emocional e comportamental. Dentro do grupo com PHDA, observou-se que as participantes diagnosticadas depois dos 12 anos obtiveram resultados mais altos do que as diagnosticadas mais cedo, o que sugere um efeito cumulativo das dificuldades não reconhecidas e não intervencionadas durante a infância. Esta acumulação de experiências de frustração, crítica e rejeição pode contribuir para o aumento da carga emocional e comportamental, refletindo-se num funcionamento mais instável e num maior impacto global das dificuldades (Mikami e Hinshaw, 2006; Owens et al., 2009; Quinn e Madhoo, 2014). Por outro lado, as adolescentes diagnosticadas mais cedo parecem beneficiar de um maior tempo de intervenção e de oportunidades de ajustamento, o que poderá atenuar parcialmente a expressão das dificuldades, embora sem a eliminar completamente (Barkley, 2015; Shaw et al., 2014). A identificação precoce da perturbação possibilita uma intervenção psicológica em momentos desenvolvimentais críticos, nos quais os processos de autorregulação emocional, controlo executivo e formação do *self* se encontram em consolidação. A intervenção nesta fase tende a favorecer a construção de um modelo interno de funcionamento mais integrado, promovendo maior *insight* sobre os sintomas, bem como o desenvolvimento de estratégias de modulação emocional mais flexíveis e adaptativas (Gross, 2014; Thompson,

2019). Em termos clínicos, o reconhecimento atempado das dificuldades reduz a exposição prolongada a experiências de fracasso ou crítica, prevenindo a interiorização de esquemas de autodepreciação e a estabilização de padrões emocionais e relacionais disfuncionais (Harter, 2012; Hinshaw, 2017; Mikami e Hinshaw, 2006).

Limitações e Estudos Futuros

Apesar da relevância dos resultados obtidos, este estudo apresenta algumas limitações que importa salientar. Em primeiro lugar, trata-se de uma amostra de dimensão reduzida, o que pode limitar a generalização dos resultados para a população mais alargada de adolescentes do género feminino. Embora o número de participantes tenha sido suficiente para realizar as análises estatísticas previstas, a reduzida dimensão amostral implica que os resultados devem ser interpretados com cautela, sobretudo no que respeita à robustez externa das conclusões. Ainda assim, a natureza exploratória do estudo e o foco numa população clínica específica justificam a dimensão amostral, permitindo obter dados preliminares relevantes para investigações futuras de maior escala.

Em segundo lugar, o diagnóstico de PHDA foi considerado com base em informação previamente reportada, não tendo sido possível confirmar de forma independente os critérios clínicos em todos os casos. No contexto escolar e clínico, este risco foi mitigado pela colaboração com instituições e profissionais de saúde qualificados, mas nas situações provenientes da amostragem em cadeia (“bola de neve”) essa validação não foi viável, dependendo da informação fornecida pelos cuidadores. Este aspeto pode introduzir alguma heterogeneidade no grupo com PHDA, devendo os resultados ser interpretados com esta cautela.

Por último, o recurso a um desenho transversal permitiu analisar associações entre as variáveis de interesse, mas não possibilita estabelecer relações de causalidade ou inferir trajetórias desenvolvimentais ao longo do tempo. Esta limitação abre, no entanto, espaço para futuros estudos longitudinais que possam clarificar de que forma a idade do diagnóstico e as estratégias de regulação emocional influenciam a evolução da autoestima nas raparigas com PHDA.

Seria igualmente pertinente recorrer a instrumentos mais abrangentes de avaliação da regulação emocional, como a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE; Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias, 2010; original Gratz e Roemer, 2004), de modo a captar

um leque mais vasto de dificuldades e estratégias neste domínio. Futuras investigações poderão também beneficiar da utilização da escala completa da Escala de Autoperceção de Susan Harter (Harter, 1988; Peixoto, Alves-Martins, Mata e Monteiro, 1996), permitindo analisar de forma diferenciada os vários domínios do *self* (académico, social, físico e comportamental) e identificar áreas específicas de vulnerabilidade nas adolescentes com PHDA.

De igual modo, investigações futuras poderão ainda focar-se no desenvolvimento e validação de instrumentos mais sensíveis às manifestações femininas da PHDA, capazes de captar expressões menos visíveis e mais internalizadas da perturbação, que permanecem frequentemente sub-representadas na avaliação clínica.

Por último, a inclusão de amostras mais diversificadas e de maior dimensão, bem como a inclusão de diferentes perspectivas, não apenas das próprias adolescentes, mas também de familiares, professores e clínicos, poderiam contribuir para um retrato mais completo e robusto da experiência das adolescentes com PHDA.

Implicações Práticas

Os resultados do presente estudo oferecem implicações relevantes para a prática clínica com adolescentes do sexo feminino com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA). A confirmação de níveis mais baixos de autoestima e de maiores dificuldades na regulação emocional reforça a importância de uma avaliação clínica sensível ao género e ao estágio desenvolvimental, capaz de reconhecer manifestações menos evidentes da perturbação na adolescência, uma fase marcada por intensa reorganização emocional, redefinição identitária e vulnerabilidade à avaliação social. O reconhecimento precoce destes sinais pode prevenir trajetórias de vulnerabilidade emocional e facilitar intervenções que promovam o fortalecimento da autoestima, da identidade e das competências de regulação emocional, componentes essenciais do ajustamento psicológico nesta etapa da vida.

Do ponto de vista da intervenção, os resultados sublinham a necessidade de abordagens terapêuticas integradas, que considerem simultaneamente a dimensão emocional, cognitiva e relacional da PHDA. Intervenções que promovam consciência emocional, autoaceitação e reformulação das dificuldades poderão ajudar estas jovens a desenvolver uma relação mais equilibrada consigo próprias, reduzindo a autocrítica e o impacto de experiências repetidas de crítica ou rejeição. O envolvimento da família no processo terapêutico continua a ser crucial,

sobretudo no reconhecimento e validação das dificuldades vividas pelas adolescentes, promovendo ambientes de apoio consistentes e emocionalmente seguros.

A nível mais amplo, este estudo contribui para ampliar a compreensão clínica e científica da PHDA nas raparigas, um domínio ainda sub-representado na literatura. Os dados obtidos salientam a importância de continuar a investigar os processos emocionais e identitários que atravessam a adolescência, explorando como fatores como o momento do diagnóstico, a qualidade das intervenções e o suporte relacional influenciam o desenvolvimento psicológico e o bem-estar emocional ao longo do tempo.

Neste contexto, é fundamental que os profissionais de psicologia reconheçam o valor do diagnóstico atempado, não apenas como um ato clínico, mas como uma oportunidade de validação e compreensão que pode promover a aceitação, o fortalecimento emocional e o ajustamento psicológico destas jovens. O reconhecimento precoce destas características permite intervir antes que as dificuldades se consolidem, facilitando o desenvolvimento de competências emocionais e de autoestima mais estáveis e resilientes.

De forma mais abrangente, os resultados reforçam a necessidade de uma reflexão crítica sobre os modelos diagnósticos atuais, que ainda tendem a basear-se em padrões masculinos de expressão psicopatológica. Tal como evidenciado em investigações recentes sobre a perturbação do espectro do autismo no género feminino, fenómenos de subdiagnóstico e mascaramento social partilham mecanismos semelhantes aos observados na PHDA, o que sublinha a importância de desenvolver instrumentos e práticas clínicas mais sensíveis às especificidades de género (Bargiela, Steward e Mandy, 2016).

Em síntese, os contributos do presente trabalho residem na valorização de um olhar clínico e desenvolvimental diferenciado sobre a PHDA no género feminino, incentivando práticas mais empáticas, diagnósticos mais rigorosos e intervenções que favoreçam o bem-estar e a integração emocional das adolescentes.

Conclusão

O presente estudo procurou compreender de que forma a idade de diagnóstico influencia a autoestima e as estratégias de regulação emocional em adolescentes do género feminino com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Os resultados demonstraram que o diagnóstico precoce associa-se a níveis elevados de autoestima, sugerindo que uma identificação atempada pode favorecer trajetórias de ajustamento mais positivas. As

diferenças observadas nas estratégias de regulação emocional, ainda que não estatisticamente significativas, reforçam a importância de intervenções precoces que promovam a compreensão das dificuldades e o desenvolvimento de competências emocionais mais adaptativas.

Os resultados reforçam a necessidade de um olhar clínico mais diferenciado sobre a PHDA no género feminino, valorizando as experiências emocionais e relacionais que moldam o seu desenvolvimento e a construção da autoestima. Compreender estas jovens para além dos sintomas permite não só reduzir o risco de trajetórias de vulnerabilidade, mas também criar condições que favoreçam um desenvolvimento identitário mais coeso e uma autoestima mais estável.

De forma mais ampla, a literatura tem evidenciado que a PHDA nas raparigas tende a manifestar-se de modo menos externalizante, caracterizando-se por uma predominância de sintomas desatentos e por formas de hiperatividade mais internas, como a inquietação cognitiva e emocional. Este padrão mais subtil, frequentemente acompanhado de estratégias de compensação e conformidade social, contribui para a sub-representação das raparigas nos instrumentos e critérios diagnósticos tradicionais, reforçando a pertinência de estudos que promovam uma compreensão mais inclusiva e sensível às especificidades de género na PHDA (Quinn e Madhoo, 2014; Nadeau, Littman e Quinn, 2015; Young et al., 2020).

De forma integradora, o presente trabalho sublinha a importância de uma deteção precoce e sensível ao género, capaz de reconhecer manifestações menos visíveis da PHDA em raparigas e de orientar intervenções centradas na autoestima, na regulação emocional e no ajustamento psicológico. Esta abordagem contribui para uma prática clínica mais empática, preventiva e ajustada às necessidades desenvolvimentais destas adolescentes.

Referências

- Afonso, S. (2014). O que é a PHDA. In M. J. Mergulhão & M. G. Dimas (Eds.), *Hiperatividade e défice de atenção* (pp. 17-21). Lisboa: Verso da Kapa.
- Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience, 15*, 11-25. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.07.006>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology, 121*(1), 276–281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>
- 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>
- Alves-Martins, M., Peixoto, F., Gouveia-Pereira, M., Amaral, V., & Pedro, I. (2002). Self-esteem and Academic Achievement Among Adolescents. *Educational Psychology, 22*(1), 51–62. <http://dx.doi.org/10.1080/01443410120101242>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.
- Asher, S. R., & Gazelle, H. (1999). Loneliness, peer relations, and language disorder in childhood. *Topics in Language Disorders, 19*, 16-33
- Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert review of neurotherapeutics, 5*(4), 525–539. <https://doi.org/10.1586/14737175.5.4.525>
- Asherson, P., & Gurling, H. (2011). Quantitative and molecular genetics of ADHD. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 9*, 239-272. https://doi.org/10.1007/7854_2011_155
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of autism and developmental disorders, 46*(10), 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>

- Barkley R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3^a ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015). Emotional dysregulation: A core component of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4^a ed.). Guilford Press.
- Beauchaine, T. P., Zisner, A. R., & Sauder, C. L. (2017). Trait Impulsivity and the Externalizing Spectrum. *Annual review of clinical psychology*, 13, 343–368. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093253>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Bellato, A., Arora, I., Hollis, C., & Groom, M. J. (2020). Is autonomic nervous system function atypical in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the evidence. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 108, 182–206. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.11.001>
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 128–134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
- Betancourt, J. L., Alderson, R. M., Roberts, D. K., & Bullard, C. C. (2024). Self-esteem in children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 108, 102394. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102394>
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T. E., Frazier, E., & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American journal of psychiatry*, 159(1), 36–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>
- Biro, F. M., & Dorn, L. D. (2005). Puberty and adolescent sexuality. *Pediatric annals*, 34(10), 777–784. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-20051001-09>

- Blachman, D. R., & Hinshaw, S. P. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, *30*(6), 625–640. <https://doi.org/10.1023/a:1020815814973>
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, *8*(6), 591–612. <https://doi.org/10.1177/1745691613504116>
- Bosson, J. K., Brown, R. P., Zeigler-Hill, V., & Swann, W. B. (2003). Self-enhancement tendencies among people with high explicit self-esteem: The moderating role of implicit self-esteem. *Self and Identity*, *2*(3), 169–187. <https://doi.org/10.1080/15298860309029>
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 4–9). Psychology Press.
- Brown, T. E. (2006). *Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults*. Yale University Press.
- Brown, T. E. (2017). *Outside the box: Rethinking ADD/ADHD in children and adults: A practical guide*. American Psychiatric Association Publishing.
- Bruchmüller, K., Margraf, J., and Schneider, S. (2011) ‘Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis.’ *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 128-138.
- Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, F. (2015). ADHD and Emotion Dysregulation Among Children and Adolescents. *Clinical child and family psychology review*, *18*(3), 185–217. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0187-5>
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011). Braking and accelerating of the adolescent brain. *Journal of Research on Adolescence*, *21*(1), 21–33. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00712.x>
- Casey, B. J. (2015). Beyond simple models of self-control to circuit-based accounts of adolescent behavior. *Annual Review of Psychology*, *66*(1), 295–319. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015156>
- Caye, A., Spadini, A. V., Karam, R. G., Grevet, E. H., Rovaris, D. L., Bau, C. H., ... Kieling, C. (2016). Predictors of persistence of ADHD into adulthood: A systematic review of the literature and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(11), 1151-1159.

- Chaplin, T. M. (2015). Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emotion review : journal of the International Society for Research on Emotion*, 7(1), 14–21. <https://doi.org/10.1177/1754073914544408>
- Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 139(4), 735–765. <https://doi.org/10.1037/a0030737>
- Cherkasova, M., Sulla, E. M., Dalena, K. L., Pondé, M. P., & Hechtman, L. (2013). Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 47-54.
- Chronis-Tuscano, A., Molina, B. S., Pelham, W. E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., & Lahey, B. B. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1044–1051. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.127>
- Chronis-Tuscano, A., O'Brien, K. A., Johnston, C., Jones, H. A., Clarke, T. L., Raggi, V. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., Pian, J., & Seymour, K. E. (2011). The relation between maternal ADHD symptoms & improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting. *Journal of abnormal child psychology*, 39(7), 1047–1057. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9518-2>
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 73–100. doi:10.2307/1166139
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939–991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperativa: Diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 577-589.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos / The Portuguese version of the difficulties in emotion regulation scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(4), 145–151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>

- Coyne, J. C., & Calarco, M. M. (1995). Effects of the experience of depression: Application of focus group and survey methodologies. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *58*, 149–163.
- Crick, N. R., & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: current progress and future challenges. *Development and psychopathology*, *15*(3), 719–742.
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, *108*(3), 593–623. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.593>
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature reviews. Neuroscience*, *13*(9), 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- D’Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering Emotion Dysregulation. *Psychiatric Quarterly*, *88*(4), 807–825. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9499-6>
- Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, *554*(7693), 441–450. <https://doi.org/10.1038/nature25770>
- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(6), 1146–1158. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.6.1146>
- Eccles, J. S., Templeton, J., Barber, B., & Stone, M. (2003). Adolescence and emerging adult hood: The critical passage ways to adulthood. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyess, & K. A. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 383–406). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, *1*, 15020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2004). *Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa*. Consultado em 19 de Fevereiro de 2025 em <http://www.sdqinfo.com/d23ahtml>

- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (Eds.). (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-000>
- Flett, G. L., Nepon, T., & Hewitt, P. L. (2016). Perfectionism, worry, and rumination in health and mental health: A review and a conceptual framework for a cognitive theory of perfectionism. In F. M. Sirois & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 121–155). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_6
- Flett, G. L., Stainton, M., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., & Lay, C. H. (2012). Procrastination automatic thoughts as a personality construct: An analysis of the Procrastinatory Cognitions Inventory. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 30(4), 223–236. DOI 10.1007/s10942-012-0150-z
- Freitas, M. I., & Pereira, M. (2020). PHDA: Do passado ao presente. In Moura, O., Pereira, M., & Simões, M. R. (Coordenadores), *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção: Diagnóstico, Intervenção e Desenvolvimento ao Longo da Vida* (pp. 1-42). Lisboa: PACTOR.
- Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2015). *Healing the traumatized self: Consciousness, neuroscience, treatment*. New York: W. W. Norton & Company.
- Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. C. (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 333-344.
- Gaub, M., Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>
- Gershon J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of attention disorders*, 5(3), 143–154. <https://doi.org/10.1177/108705470200500302>
- Gizer, I., Ficks, C., & Waldman, I. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics*, 126(1), 51-90. doi: 10.1007/s00439-009-0694-x
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130. <https://doi.org/10.1007/s007870050057>
- 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.0000007455.08539.94>
- 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>
- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Mick, E., DuPre, E. P., Fine, C. S., & Goring, J. C. (2001). Social impairment in girls with ADHD: patterns, gender comparisons, and correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(6), 704–710. <https://doi.org/10.1097/00004583-200106000-00016>
- 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. (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>
- Gross, J. J., & John, O. (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.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (1^a ed, pp. 3–27). New York: The Guilford Press.
- Gullone, E., & Taffe, J. (2012). The emotion regulation questionnaire for children and adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24(2), 409–417. <https://doi.org/10.1037/a0025777>
- Hagen, R., Havnen, A., Hjemdal, O., Kennair, L. E. O., Ryum, T., & Solem, S. (2020). Protective and Vulnerability Factors in Self-Esteem: The Role of Metacognitions, Brooding, and Resilience. *Frontiers in psychology*, 11, 1447. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01447>

- Halmøy, A., Klungsøyr, K., Skjærven, R., & Haavik, J. (2012). Pre-and Perinatal Risk Factors in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, *71*(5), 474-481. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.11.013
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Its Short Forms in Adults With Emotional Disorders. *Frontiers in psychology*, *9*, 539. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00539>
- Halperin, J. M., & Schulz, K. P. (2006). Revisiting the role of the prefrontal cortex in the pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological Bulletin*, *132*(4), 560–581. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.4.560>
- Harter, S. (1988). *Manual for the self-perception profile for adolescents*. Denver: University of Denver.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hinshaw S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of consulting and clinical psychology*, *70*(5), 1086–1098. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.5.1086>
- Hinshaw, S. P., & Blachman, D. R. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Girls. In D. J. Bell, S. L. Foster, & E. J. Mash (Eds.), *Handbook of behavioral and emotional problems in girls* (pp. 117–147). Kluwer Academic/Plenum Publishers. https://doi.org/10.1007/0-306-48674-1_4
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Sami, N., & Fargeon, S. (2006). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: Evidence for continuing cross-domain impairment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *74*(3), 489–499. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.489>
- Hinshaw, S. P., & Ellison, K. (2016). *ADHD: What everyone needs to know*. Oxford University Press.
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *63*(4), 484–496. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>

- Holthe, M. E. G., & Langvik, E. (2017). The Strives, Struggles, and Successes of Women Diagnosed With ADHD as Adults. *SAGE Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1177/2158244017701799>
- Hoza B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 655–663. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm024>
- Hoza, B., Pelham, W. E., Jr, Dobbs, J., Owens, J. S., & Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts?. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 268–278. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.111.2.268>
- Jordan, C. H., Spencer, S. J., Zanna, M. P., Hoshino-Browne, E., & Correll, J. (2003). Secure and defensive high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 969–978. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.969>
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(302), 1-15.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1–26. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01
- Kernis M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: the importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of personality*, 73(6), 1569–1605. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00359.x>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry*, 163(4), 716–723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Klein, B., Damiani-Taraba, G., Koster, A., Campbell, J., & Scholz, C. (2015). Diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children involved with child protection services: are current diagnostic guidelines acceptable for vulnerable populations?. *Child: care, health and development*, 41(2), 178–185. <https://doi.org/10.1111/cch.12168>
- Kofler, M. J., Irwin, L. N., Sarver, D. E., Wells, E. L., Day, T. N., & Ferretti, N. (2019). Executive functioning heterogeneity in pediatric ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(2), 273–286. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0438-2>

- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., Mccarthy, J. M., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., Niemela, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *56*, 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of clinical psychology*, *73*(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Machado, A., Rafaela, D., Regueira, P., & Cerejeira, J. (2020). Intervenção na PHDA no Adulto. In Moura, O., Pereira, M., & Simões, M. R. (Coordenadores), *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção: Diagnóstico, Intervenção e Desenvolvimento ao Longo da Vida* (pp. 373-404). Lisboa: PACTOR.
- Marsh, H. W. (1990). A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, *2*(2), 77–172. <https://doi.org/10.1007/BF01322177>
- Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, *20*(3), 107–123. https://doi.org/10.1207/s15326985ep2003_1
- 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, and allied disciplines*, *50*(9), 1042–1051. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02105.x>
- Martel, M. M. (2013). Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorders. *Psychological Bulletin*, *139*(6), 1221–1259. <https://doi.org/10.1037/a0032247>
- Masi, L. and Gignac, M. (2015). ‘ADHD and comorbid disorders in childhood psychiatric problems, medical problems, learning disorders and developmental coordination disorder.’ *Clinical Psychology*, *11*, 1. DOI:10.21767/2471-9854.100005.
- Mazzoni, H. M. de O., & Tabaquim, M. de L. M. (2010). Distúrbio de conduta e transtorno de défice de atenção/hiperatividade: Uma análise diferencial. *Revista de Psicologia*, *1*(1), 63–74. Universidade de São Paulo.

- Meeus, W., Iedema, J., Maassen, G., & Engels, R. (2005). Separation-individuation revisited: on the interplay of parent-adolescent relations, identity and emotional adjustment in adolescence. *Journal of adolescence*, 28(1), 89–106. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.07.003>
- Mikami, A. Y. (2010). The importance of friendship for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2), 181–198. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0067-y>
- Mikami, A. Y., & Hinshaw, S. P. (2006). Resilient adolescent adjustment among girls: buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 34(6), 825–839. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9062-7>
- Morris, A. A., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houlberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233–238. <https://doi.org/10.1111/cdep.12238>
- Morris, A. A., 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(2), 361–388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Mowlem, F. D., Agnew-Blais, J., Taylor, E. and Asherson, P. (2019a) 'Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms.' *Psychiatry Research*, 272, 767-773.
- Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Martin, J., Lichtenstein, P., Asherson, P., & Larsson, H. (2019b). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European child & adolescent psychiatry*, 28(4), 481–489. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3>
- Murray-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S., Hechtman, L., & Wells, K. (2010). Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the Multimodal Treatment Study of Children With ADHD: developmental cascades and vicious cycles. *Development and psychopathology*, 22(4), 785–802. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000465>
- Musser, E. D., & Nigg, J. T. (2019). Emotion Dysregulation Across Emotion Systems in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 48(1), 153–165. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1270828>

- Nadeau, K., Littman, E., & Quinn, P. (2015). *Understanding girls with ADHD: How they feel and why they do what they do*. Silver Spring, MD: Advantage Books.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management (NICE Guideline NG87)*.
- National Institute for Health and Care Excellence (2021) *Exceptional Surveillance of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management (NICE Guideline NG87)*.
- Neto, A. S. (2014). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª ed.). Lisboa: Verso de Kapa.
- Nigg J. T. (2017). Annual Research Review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(4), 361–383. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12675>
- Nøvik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., Lorenzo, M. J., & ADORE Study Group (2006). Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe-ADORE. *European child & adolescent psychiatry*, 15(Suppl 1), I15–I24. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-1003-z>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 704–708. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Nussbaum N. L. (2012). ADHD and female specific concerns: a review of the literature and clinical implications. *Journal of attention disorders*, 16(2), 87–100. <https://doi.org/10.1177/1087054711416909>
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.

- Ohan, J. L. and Johnston, C. (2005) 'Gender appropriateness of symptom criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional-defiant disorder, and conduct disorder.' *Childs Psychiatry & Human Development*, 35, 359-381.
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Saúde dos adolescentes*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 102(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2019). Development of self-esteem across the lifespan. In D. P. McAdams, R. L. Shiner, & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 328–344). The Guilford Press.
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 695–708. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695>
- Owens, E. B., Hinshaw, S. P., Lee, S. S., & Lahey, B. B. (2009). Few girls with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder show positive adjustment during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(1), 132–143. <https://doi.org/10.1080/15374410802575313>
- Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2016). Pathways from neurocognitive vulnerability to co-occurring internalizing and externalizing problems among women with and without attention-deficit/hyperactivity disorder followed prospectively for 16 years. *Development and psychopathology*, 28(4pt1), 1013–1031. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000675>
- Owens, E. B., Zalecki, C., Gillette, P., & Hinshaw, S. P. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(7), 723–736. <https://doi.org/10.1037/ccp0000217>
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical child and family psychology review*, 10(4), 335–351. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0027-3>

- Parker, H. (2006). *Desordem por défice de atenção e hiperactividade: Um guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais. Porto Editora.
- Peixoto, F., Alves-Martins, M.A., Mata, L., Monteiro, V. (1996). Adaptação da Escala de Auto-Conceito para Adolescentes de Susan Harter para a população portuguesa. In: Almeida, L.S., Araújo, S., Gonçalves, M.M., Machado, C., Simões, M.R. (eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol.IV). Braga: Universidade do Minho & APPORT, 531-537.
- Peixoto, F., Alves-Martins, M. A., Mata, L., Monteiro, V. (1997). Escala de Auto-Conceito para Adolescentes de Susan Harter. In: Gonçalves, M.M., Ribeiro, I., Araújo, S., Machado, C., Almeida, L.S., Simões, M.R. (eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol.V). Braga: Universidade do Minho & APPORT, 277-284.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: W. W. Norton & Company.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ‘ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis’. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Qiu, M., Ye, Z., Li, Q., Liu, G., Xie, B., & Wang, J. (2011). Changes of brain structure and function in ADHD children. *Brain Topography*, 24(3-4), 243-252. doi: 10.1007/s10548-010-0168-4
- Quinn P. O. (2005). Treating adolescent girls and women with ADHD: gender-specific issues. *Journal of clinical psychology*, 61(5), 579–587. <https://doi.org/10.1002/jclp.20121>
- Quinn, P. O. (2008) ‘Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: An evolving picture’. *Current Psychiatry Reports*, 10(5), 419-423. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0067-5>
- Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(3), PCC.13r01596. <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
- Radzik, M., Sherer, S., & Neinstein, L. S. (2008). Psychosocial development in normal adolescents. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. 5 ed. 27-31.
- Ramalho, J. (2009). *Psicologia e Psicopatologia da Atenção*. Braga: Edições APPACDM.

- Ramtekkar, U. P., Reirson, A. M., Todorov, A. A. and Todd, R. D. (2010). 'Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnosis: Implications for DSM-V and ICD-11'. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 3, 217-228.
- Reimherr, F. W., Roesler, M., Marchant, B. K., Gift, T. E., Retz, W., Philipp-Wiegmann, F., & Reimherr, M. L. (2020). Types of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Replication Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(2). <https://doi.org/10.4088/JCP.19m13077>
- Ringer, N. (2019). 'Young people's perceptions of and coping with their ADHD symptoms: A qualitative study'. *Cogent Psychology*, 6, 1.
- Rinsky, J. R., & Hinshaw, S. P. (2011). Linkages between childhood executive functioning and adolescent social functioning and psychopathology in girls with ADHD. *Child neuropsychology : a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, 17(4), 368–390. <https://doi.org/10.1080/09297049.2010.544649>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press
- Rubia, K. (2018). Cognitive Neuroscience of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Its Clinical Translation. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 100. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00100>.
- Rucklidge J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(2), 357–373. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>
- Rucklidge, J. J., & Tannock, R. (2001). Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 530–540. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00012>
- Russell, A., Hoxha, D., & Murray, A. (2025). Developmental relations between ADHD and self-esteem: evaluating peer problems as a mediating mechanism. *European child & adolescent psychiatry*, 10.1007/s00787-025-02752-3. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02752-3>
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W. W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self: A central mechanism of the psychotherapy change process. In D. J. Siegel & M. Solomon (Eds.), *Healing moments in psychotherapy* (pp. 189–203). New York: W. W. Norton & Company.

- Seymour, K. E., Chronis-Tuscano, A., Halldorsdottir, T., Stupica, B., Owens, K., & Sacks, T. (2012). Emotion regulation mediates the relationship between ADHD and depressive symptoms in youth. *Journal of abnormal child psychology*, *40*(4), 595–606. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9593-4>
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, *46*(3), 407–441. <https://doi.org/10.2307/1170010>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, *171*(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York: Guilford Press
- Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D., Gross, J. J., Remy, K. A., & Ochsner, K. N. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion (Washington, D.C.)*, *12*(6), 1235–1247. <https://doi.org/10.1037/a0028297>
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child development*, *74*(6), 1869–1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>
- Singh, A., Yeh, C. J., Verma, N., & Das, A. K. (2015). Overview of attention deficit hyperactivity disorder in young children. *Health Psychology Research*, *3*(2), 23-35.
- Sirois, F. M., Melia-Gordon, M. L., & Pychyl, T. A. (2003). "I'll look after my health, later": An investigation of procrastination and health. *Personality and Individual Differences*, *35*(5), 1167–1184. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00326-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00326-4)
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys--gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC psychiatry*, *13*, 298. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
- Soto, E. F., Black, K., & Kofler, M. J. (2024). Is hyperactivity in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) a functional response to demands on specific executive

- functions or cognitive demands in general?. *Neuropsychology*, 38(8), 699–713. <https://doi.org/10.1037/neu0000975>
- Sousa, A. M. C. (2022). *A comorbidade da PHDA e da utilização de internet problemática em adolescentes com PHDA* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Steer, J. (2021). Introduction: Girls and Women Have ADHD Too! In Steer, J., Bilbow, A., Berry, C., Brunet, J., Hill, P., Doig, A., Akins, E., Ivens, V., Cubbin, S., Parry, A. (Eds.). *Understanding ADHD in Girls & Women*. Jessica Kingsley Publishers.
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. New York: Houghton Mifflin Harcourt.
- Somerville, L. H., Jones, R. M., & Casey, B. J. (2010). A time of change: Behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and Cognition*, 72(1), 124–133. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.07.003>
- Sonuga-Barke E. J. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD--a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural brain research*, 130(1-2), 29–36. [https://doi.org/10.1016/s0166-4328\(01\)00432-6](https://doi.org/10.1016/s0166-4328(01)00432-6)
- Sonuga-Barke E. J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological psychiatry*, 57(11), 1231–1238. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.09.008>
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Teixeira, A., Silva, E., Tavares, D., & Freire, T. (2015). Portuguese validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): relations with self-esteem and life satisfaction. *Child Indicators Research*, 8(3): 605-621
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02611.xra
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of affective disorders*, 61(3), 201–216. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00338-4](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00338-4)

- Theunissen, M., de Wolff, M. & Reijneveld, S. (2019). The strengths and difficulties questionnaire self-report: a valid instrument for the identification of emotional and behavioral problems. *Academic pediatrics*, 19(4), 471-476. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.12.008>
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: a theme in search of definition. *Society for Research in Child Development*, 59(2), 25–52.
- Thompson, R. A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review*, 3(1), 53–61. <https://doi.org/10.1177/1754073910380969>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F. (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(37), 15037–15042. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010654108>
- World Health Organization. Adolescent health. Available at: URL: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., Tierney, K., ... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC psychiatry*, 20(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
- Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. *Brain sciences*, 9(4), 76. <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 41(3), 157–164. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9167-8>

Zeigler-Hill, V., & Shackelford, T. K. (Eds.). (2020). *The SAGE handbook of personality and individual differences: Volume III. Applications of personality and individual differences*. London: SAGE.

Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development, 38*(2), 182–194. <https://doi.org/10.1177/0165025413515405>

Anexos

Anexo I – Revisão Literária

Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

Contextualização e Conceptualização da PHDA

A conceptualização da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) tem evoluído substancialmente nas últimas décadas, passando de uma perspetiva predominantemente comportamental para uma compreensão multidimensional que integra componentes cognitivas, neurobiológicas e contextuais (Barkley, 2015; Sonuga-Barke, 2005). Este enquadramento é essencial para compreender não apenas a heterogeneidade do quadro clínico, mas também as diferenças observadas entre géneros e etapas do desenvolvimento.

A PHDA integra-se nas Perturbações do Neurodesenvolvimento, e é caracterizada por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere de forma significativa com o funcionamento social, académico e ocupacional (American Psychiatric Association [APA], 2014). De acordo com o *DSM-5-TR* (American Psychiatric Association, 2022), os sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos e manifestar-se em pelo menos dois contextos distintos (e.g., casa, escola ou trabalho), não sendo explicáveis por outras perturbações do foro mental ou neurológico.

Para que o diagnóstico seja considerado, devem estar presentes pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou hiperatividade em crianças e adolescentes até aos 16 anos, ou cinco sintomas em indivíduos com idade igual ou superior 17 anos, sendo exigido que esses sintomas persistam por, no mínimo, seis meses e sejam desajustados face ao nível de desenvolvimento do indivíduo (APA, 2014). A apresentação clínica divide-se em três subtipos: (a) predominantemente desatento, caracterizado por distração, esquecimentos e dificuldade em sustentar a atenção; (b) predominantemente hiperativo-impulsivo, marcado por inquietação motora, impulsividade e necessidade constante de movimento; e (c) combinado, quando coexistem sintomas significativos de ambas as dimensões. A gravidade pode ainda ser especificada como ligeira, moderada ou grave, consoante o grau de interferência no funcionamento global.

Embora o modelo descritivo do *DSM-5-TR* (American Psychiatric Association, 2022) forneça um enquadramento clínico essencial para a identificação da perturbação, este permanece centrado nos sintomas observáveis (desatenção, impulsividade e hiperatividade), oferecendo uma leitura predominantemente comportamental da perturbação. Contudo, a investigação das últimas décadas tem demonstrado que estes comportamentos resultam de

disfunções mais amplas nos sistemas de autorregulação cognitiva, emocional e motivacional, desafiando a visão tradicional da PHDA como um simples déficit de atenção e hiperatividade (Barkley, 2015; Nigg, 2017; Brown, 2017).

Esta viragem conceptual tem sido amplamente reconhecida como um marco no estudo da perturbação, ao deslocar o foco do déficit atencional para uma compreensão mais abrangente dos mecanismos de autorregulação subjacentes. Sob esta nova perspectiva, a compreensão da PHDA torna-se mais dinâmica e desenvolvimental, integrando dimensões cognitivas, emocionais e motivacionais que explicam a grande variabilidade das manifestações clínicas entre indivíduos, idades e géneros. Esta visão integrativa fundamenta os modelos atuais da perturbação, que enfatizam o papel das funções executivas, do controlo inibitório e da regulação emocional no funcionamento psicológico dos indivíduos com PHDA (Barkley, 2015; Nigg, 2017; Brown, 2017).

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que a PHDA afete entre 5% e 7% das crianças e adolescentes (Polanczyk et al., 2014; Thomas et al., 2015), embora os valores variem conforme os critérios e metodologias de avaliação. Em adultos, a prevalência situa-se entre 2,5% e 3%, refletindo a continuidade sintomática ao longo do ciclo de vida (APA, 2014). Entre 30% e 80% dos indivíduos mantêm sintomas clínicos significativos na adolescência ou idade adulta (Caye et al., 2016), sendo a evolução influenciada pela gravidade da perturbação, pelo contexto familiar e pela presença de comorbilidades (Froehlich et al., 2011; Faraone et al., 2015; Freitas e Pereira, 2020). O DSM-5-TR reporta uma proporção média de 2:1 entre rapazes e raparigas em idade escolar, diferença que tende a atenuar-se na idade adulta, sugerindo que a expressão feminina é menos visível na infância e frequentemente reconhecida apenas em fases posteriores (APA, 2014; Hinshaw et al., 2022; Young et al., 2020).

A etiologia da PHDA é amplamente reconhecida como multifatorial, envolvendo a interação entre fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais (Thapar et al., 2013; Singh et al., 2015). Estudos familiares e genéticos indicam uma hereditariedade elevada, estimada entre 70% e 80%, com variantes associadas ao metabolismo da dopamina e noradrenalina (Asherson e Gurling, 2011; Gizer, Ficks e Waldman, 2009). No domínio neurobiológico, a investigação em neuroimagem demonstra diferenças estruturais e funcionais em regiões associadas ao controlo executivo (nomeadamente o córtex pré-frontal, o cerebelo e os gânglios da base) e alterações na conectividade entre redes atencionais e de regulação emocional (Qiu et al., 2011; Barkley, 2015). Tais achados sustentam a hipótese de disfunção nos circuitos fronto-estriatais e córtico-límbicos, comprometendo a autorregulação e o processamento motivacional. Entre os

fatores ambientais, destacam-se a prematuridade, o baixo peso à nascença, o consumo de tabaco, álcool ou drogas durante a gravidez, níveis elevados de stress parental e contextos familiares disfuncionais (Halmøy et al., 2012; Froehlich et al., 2011). A interação entre vulnerabilidade biológica e adversidade ambiental explica a heterogeneidade das trajetórias desenvolvimentais e a elevada comorbilidade com outras perturbações do neurodesenvolvimento.

Modelos teóricos contemporâneos e enquadramento atual da PHDA

Os modelos contemporâneos convergem na ideia de que a PHDA constitui uma perturbação da autorregulação em múltiplos níveis (cognitivo, emocional e motivacional), ultrapassando a visão tradicional centrada apenas no défice de atenção (Barkley, 2015; Nigg, 2017).

Segundo Barkley (1997, 2015), o núcleo da perturbação reside num défice de controlo inibitório, que compromete o funcionamento das funções executivas, incluindo a memória de trabalho, o planeamento e a autorregulação emocional. De modo complementar, Brown (2006, 2017) conceptualiza a PHDA como uma disfunção das funções executivas associadas à ativação, foco, esforço e gestão emocional, salientando a dificuldade em iniciar e manter a atenção em tarefas pouco motivadoras. Paralelamente, Sonuga-Barke (2002, 2005) acrescenta que a impulsividade e a preferência por recompensas imediatas refletem uma aversão ao adiamento da gratificação, isto é, um défice no processamento motivacional que conduz ao evitamento de situações de espera, esforço ou frustração. Assim, as dificuldades da PHDA derivam não apenas de défices cognitivos, mas também de perturbações nos sistemas motivacionais e afetivos, explicando a variabilidade das manifestações clínicas.

O termo “défice de atenção” é considerado redutor, uma vez que indivíduos com PHDA podem apresentar episódios de hiperfoco, em que a atenção se concentra de forma intensa em tarefas de elevado interesse, alternando com períodos de dispersão e bloqueio cognitivo, o que sugere que o problema reside menos na falta de atenção e mais na dificuldade em regular a alocação dos recursos adicionais (Kofler et al., 2019; Soto, Black e Kofler, 2024; Faraone et al., 2015).

Estudos recentes indicam que os comportamentos de hiperatividade podem funcionar como estratégias compensatórias, uma vez que movimentos corporais aumentados durante tarefas cognitivamente exigentes ajudam a manter a vigilância e o desempenho cognitivo, funcionando como formas de autorregulação motora (Soto, Black e Kofler, 2024). Esta

abordagem integrativa evidencia que a PHDA envolve uma disfunção regulatória, e não meramente atencional, resultante da interação entre esforço cognitivo, motivação e controlo comportamental. Clinicamente, esta compreensão reforça a importância de intervenções que visem não apenas o comportamento observável, mas também a regulação emocional, a tolerância à frustração e a capacidade de adiar recompensas (Barkley, 2015; Graziano e Garcia, 2016).

A incorporação destas dimensões emocionais e motivacionais permite também compreender as diferenças de expressão entre géneros. Do ponto de vista temperamental, as raparigas tendem a apresentar maior controlo inibitório e consciência social, expressando a sintomatologia de forma mais internalizada, marcada por distração silenciosa, ruminação ou insegurança, em contraste com a impulsividade e agitação observadas nos rapazes (Hinshaw e Ellison, 2016). Esta diferença de estilo comportamental contribui para o subdiagnóstico feminino, uma vez que os sintomas são frequentemente interpretados como traços de personalidade ou ansiedade (Mowlem et al., 2019a).

Além disso, fatores socioculturais reforçam este padrão: normas de género que valorizam a docilidade e a conformidade incentivam as raparigas a mascarar sintomas e a desenvolver estratégias de compensação comportamental (Quinn, 2005; Holthe e Langvik, 2017; Young et al., 2020). Esta pressão para manter relações harmoniosas e uma imagem de competência contribui, por sua vez, para a sobrecarga emocional, a baixa autoestima e o atraso diagnóstico (Greene et al., 2001; Owens, Hinshaw, Lee e Lahey, 2009). Além das dimensões cognitivas e motivacionais, fatores socioculturais também modulam a expressão da PHDA, nomeadamente as normas de género que influenciam os padrões de comportamento e o reconhecimento clínico (Quinn, 2005; Mowlem et al., 2019b).

PHDA no feminino: Sub-representação clínica, diferenças de expressão e características específicas

Durante décadas, a conceptualização da PHDA baseou-se predominantemente em estudos realizados com amostras masculinas, o que moldou os critérios diagnósticos e a perceção clínica da perturbação (Gershon, 2002; Ohan e Johnston, 2005; Rucklidge, 2010; Nussbaum, 2012). Esta limitação metodológica contribuiu para uma sub-representação das manifestações femininas, frequentemente mais subtis, internalizadas e mediadas por fatores emocionais e sociais. Consequentemente, as diferenças de género na expressão da sintomatologia e no reconhecimento clínico tornaram-se um dos principais desafios na

investigação e no diagnóstico da PHDA. Assim, o menor número de diagnósticos em raparigas não reflete uma menor prevalência, mas sim uma diferença na expressão e no reconhecimento da sintomatologia (Quinn e Madhoo, 2014; Hinshaw et al., 2022; Bruchmüller, Margraf e Schneider, 2011).

Enquanto nos rapazes predominam comportamentos externalizados (e.g., impulsividade motora, hiperatividade e oposição), as raparigas tendem a manifestar padrões mais internalizados, caracterizados por distração silenciosa, desorganização, ruminação, perfeccionismo e vulnerabilidade emocional (Hinshaw, 2002; Owens et al., 2009). Estas diferenças na expressão comportamental influenciam a forma como professores, pais e clínicos interpretam o comportamento. Sinais de desatenção ou instabilidade afetiva em raparigas são frequentemente atribuídos a ansiedade, imaturidade ou traços de personalidade, o que contribui para o atraso diagnóstico e o subdiagnóstico (Rucklidge, 2010; Mowlem et al., 2019a; Nussbaum, 2012).

Desde a infância, as raparigas com PHDA são frequentemente descritas como “no seu próprio mundo”, distraídas, esquecidas, desorganizadas ou excessivamente conversadoras (Klein et al., 2015; Berry e Brunet, 2021). Durante o percurso escolar, relatam frustração perante as exigências académicas e dificuldade em iniciar ou concluir tarefas, recorrendo frequentemente à procrastinação e a comportamentos de evasão, como permanecer acordadas até tarde na internet ou nas redes sociais (Berry e Brunet, 2021).

A hiperatividade tende a manifestar-se de forma interna e emocional, mais do que motora, expressando-se através de inquietação mental, pensamento acelerado e necessidade constante de estímulo (Berry e Brunet, 2021; Kooij et al., 2019). Muitas raparigas experienciam episódios de hiperfoco, nos quais a atenção se concentra de forma intensa em atividades de interesse, alternando com períodos de dispersão e bloqueio cognitivo (Brown, 2006; Volkow et al., 2011). Esta oscilação entre hiperfoco e exaustão conduz frequentemente à autocrítica severa e à fadiga emocional, sobretudo quando o desempenho não corresponde às próprias expectativas (Berry e Brunet, 2021).

As dificuldades de autorregulação emocional assumem particular relevância. A labilidade afetiva, as reações desproporcionais à frustração e a lentidão em recuperar o equilíbrio emocional são hoje reconhecidas como manifestações centrais da perturbação e não apenas comorbilidades (Asherson, 2005; Reimherr et al., 2020). Estas expressões emocionais,

frequentemente confundidas com perturbações do humor, ilustram a estreita interligação entre disfunção executiva e desregulação afetiva na PHDA (Barkley, 2015; Rinsky e Hinshaw, 2011).

Em situações de stress ou de sobrecarga emocional, as funções executivas, como o planeamento, a memória de trabalho e o controlo inibitório, tornam-se mais frágeis, resultando em impulsividade, bloqueio cognitivo ou desorganização. Paradoxalmente, em contextos estruturados e com supervisão externa, as raparigas podem apresentar um desempenho aparentemente adequado, sustentado por esforço cognitivo intenso e estratégias compensatórias de controlo (Hinshaw et al., 2022). Contudo, este equilíbrio é instável e, sob pressão emocional, as estratégias de compensação tendem a colapsar, revelando a desorganização subjacente e o custo psicológico do desempenho aparente (Nadeau, Littman e Quinn, 2015; Berry e Brunet, 2021).

Do ponto de vista social, as normas de género desempenham um papel determinante na expressão da PHDA. As raparigas são socializadas para a conformidade, a empatia e o autocontrolo, o que favorece o desenvolvimento de estratégias de camuflagem comportamental (*masking*), através das quais dissimulam sintomas e reproduzem padrões socialmente aceites (Quinn, 2005; Mowlem et al., 2019b). Este processo implica um investimento emocional e cognitivo elevado, sustentando uma imagem de competência à custa de exaustão, ansiedade e baixa autoestima (Quinn e Madhoo, 2014; Hinshaw e Owens, 2006; Berry e Brunet, 2021). Com o avanço da adolescência e o aumento das exigências de autonomia e desempenho académico, estas estratégias compensatórias tornam-se progressivamente menos eficazes, revelando as dificuldades de planeamento, autorregulação e gestão emocional. Este fenómeno contribui para diagnósticos tardios, frequentemente precedidos por episódios de sobrecarga emocional ou esgotamento psicológico (Mowlem et al., 2019b; Hinshaw et al., 2022).

O declínio do controlo externo expõe as fragilidades subjacentes nas dimensões de planeamento, gestão emocional e regulação do esforço, o que frequentemente conduz ao primeiro diagnóstico formal apenas na adolescência tardia ou na idade adulta. Este atraso diagnóstico associa-se a maior risco de comorbilidades emocionais, fragilidade da autoestima e instabilidade nas relações interpessoais (Mikami e Hinshaw, 2006; Owens et al., 2009).

Comorbilidades associadas à PHDA

A PHDA apresenta elevadas taxas de comorbilidade ao longo do desenvolvimento, afetando entre 60% e 80% dos indivíduos diagnosticados (Kessler et al., 2006; Katzman et al., 2017). Entre as condições mais frequentemente associadas destacam-se as perturbações de

humor, ansiedade, comportamento e uso de substâncias (American Psychiatric Association [APA], 2014; Machado, Regueira e Cerejeira, 2020). Esta coexistência de quadros clínicos contribui para a heterogeneidade sintomatológica e para a complexidade diagnóstica da perturbação, sobretudo nas raparigas, cuja expressão tende a ser mais internalizada e emocional (Owens et al., 2009; Seymour et al., 2012).

Entre as comorbilidades mais prevalentes encontram-se a ansiedade e a depressão, particularmente nas raparigas, o que frequentemente conduz a confusão diagnóstica e atraso na intervenção (Biederman et al., 2002; Owens e Hinshaw, 2016). Esta sobreposição reflete mecanismos partilhados de desregulação emocional e défices de controlo inibitório, mais pronunciados no caso feminino. Quando a PHDA permanece não identificada, a sintomatologia emocional tende a ser interpretada como primária, conduzindo a intervenções centradas apenas na dimensão afetiva, enquanto a perturbação de base mantém-se não tratada (Reimherr et al., 2020).

Nas adolescentes, a depressão e a ansiedade emergem como comorbilidades mais frequentes, refletindo a interação entre desregulação emocional, experiências de insucesso e esforço compensatório (Hinshaw et al., 2022; Mikami e Hinshaw, 2006). Antes do diagnóstico, é comum que estas jovens sejam rotuladas como “preguiçosas” ou “desorganizadas”, internalizando críticas sob a forma de baixa autoestima e sentimento de incompetência, o que potencia o desenvolvimento de sintomas depressivos (Doig, 2021). Estudos indicam que até um terço das adolescentes com PHDA apresenta sintomas depressivos clinicamente significativos, frequentemente associados a rejeição social, dificuldades académicas e sobrecarga emocional (Masi e Gignac, 2015; Owens et al., 2009; Hinshaw et al., 2022).

A ansiedade, presente em cerca de um terço dos casos, decorre muitas vezes do esforço constante de compensação e da antecipação de falhas, mais do que uma perturbação ansiosa autónoma. A semelhança entre hiperatividade interna, característica da PHDA, marcada por pensamento acelerado, inquietação constante, dificuldade em “desligar” mentalmente e necessidade contínua de estímulo (Brown, 2006; Kooij et al., 2019; Cubin e Parry, 2021), e a hiperativação fisiológica típica da ansiedade, definida como um estado corporal de “luta ou fuga” (*fight or flight*) associado a aumento da frequência cardíaca, tensão muscular e vigilância acrescida (Porges, 2011; Thayer e Lane, 2000), contribui para diagnósticos tardios ou incorretos (Quinn e Madhoo, 2014; Reimherr et al., 2020; Masi e Gignac, 2015).

Adolescência

Contextualização e Conceptualização da Adolescência

A adolescência constitui uma fase distinta do desenvolvimento humano que se inicia com a puberdade e se prolonga até à transição para a idade adulta, situando-se entre os 10 e os 19 anos (Casey, 2015; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Trata-se de um período caracterizado por rápidas transformações cognitivas, emocionais e sociais, que conferem às experiências afetivas uma complexidade acrescida (Eccles, Templeton, Barber e Stone, 2003; Silk, Steinberg e Morris, 2003).

Do ponto de vista neurológico, observa-se uma assimetria entre a maturação acelerada do sistema límbico, que sustenta a reatividade emocional, e o desenvolvimento mais gradual do córtex pré-frontal, responsável pelo controlo inibitório e pela tomada de decisão (Somerville, Jones e Casey, 2010). Esta discrepância contribui para maior intensidade e instabilidade emocional nesta fase. Esta reorganização neurobiológica acentua a discrepância entre reatividade emocional e controlo inibitório, tornando os adolescentes, e em particular as raparigas com PHDA, mais vulneráveis a dificuldades de autorregulação emocional e instabilidade afetiva (Casey, Jones e Somerville, 2011; Shaw et al., 2014). Contudo, a adolescência é também um período de plasticidade elevada, em que a reorganização cerebral e as novas experiências sociais podem constituir simultaneamente fatores de vulnerabilidade e de oportunidade para o ajustamento futuro (Steinberg, 2014; Dahl, Allen, Wilbrecht e Suleiman, 2018).

No plano social, verifica-se uma deslocação progressiva da centralidade da família para os pares, que passam a assumir um papel central na validação e no ajustamento do adolescente. Relações de amizade caracterizadas por apoio e reciprocidade favorecem trajetórias de adaptação mais positivas, enquanto experiências de rejeição ou exclusão aumentam a vulnerabilidade emocional (Meeus et al., 2005; Silk et al., 2003).

Assim, a adolescência deve ser entendida como um período crítico para a consolidação de competências psicossociais fundamentais, como a autoestima e a regulação emocional, cuja qualidade influencia de forma decisiva o bem-estar e a adaptação nesta etapa e ao longo da vida adulta. Paralelamente, a adolescência é um período decisivo para a consolidação do *self* e da perceção de competência pessoal, pelo que experiências repetidas de fracasso, crítica ou rejeição, comuns em jovens com PHDA, podem afetar de forma duradoura a autoestima e o ajustamento emocional (Harter, 2012; Orth e Robins, 2014).

PHDA na Adolescência

A adolescência, marcada por intensas transformações neurobiológicas e psicossociais, constitui um período particularmente desafiante para jovens com PHDA. As exigências crescentes de autorregulação, planejamento e autonomia acentuam as dificuldades características da perturbação, nomeadamente ao nível da atenção, impulsividade e controlo inibitório (Casey, 2015; Shaw et al., 2014). Assim, os adolescentes com PHDA enfrentam não apenas as tarefas normativas desta fase, mas também as limitações decorrentes da sua condição, o que torna o processo de ajustamento mais complexo e vulnerável.

Embora alguns sintomas tendam a atenuar-se com a idade, a investigação mostra que muitos adolescentes continuam a manifestar níveis superiores de desorganização, impaciência e dificuldade de concentração em comparação com os seus pares sem diagnóstico (Parker, 2006). Estas dificuldades repercutem-se na gestão das rotinas escolares, na capacidade de manter o foco em tarefas prolongadas e no cumprimento de responsabilidades, resultando frequentemente em frustração e desmotivação. Mesmo quando apresentam capacidade cognitiva dentro da norma, o rendimento académico tende a ser irregular, com maior incidência de retenções, suspensões e abandono escolar (Ramalho, 2009).

A estes desafios somam-se as exigências sociais e familiares próprias da adolescência. A impulsividade verbal, a intolerância à frustração e a sensibilidade à rejeição aumentam a probabilidade de conflitos com pares, professores e figuras de autoridade (Mikami e Hinshaw, 2006). No contexto familiar, a recorrência de críticas ou punições, associada à perceção de falta de esforço, pode deteriorar as relações e reforçar sentimentos de incompreensão e desvalorização (Chronis-Tuscano et al., 2011). Como resultado, a acumulação de experiências negativas e de feedback punitivo compromete o desenvolvimento de uma perceção de competência e de autoconceito positivo, favorecendo sentimentos de inadequação, insegurança e menor autoestima (Ramalho, 2009).

A falta de reconhecimento precoce da perturbação constitui um fator adicional de risco. A utilização imprecisa do termo “hiperatividade” e a subvalorização dos sintomas menos disruptivos têm contribuído para diagnósticos tardios, frequentemente apenas na adolescência, quando as exigências académicas e sociais se intensificam (Mazzoni e Tabaquim, 2010).

Regulação Emocional

Conceptualização da Regulação Emocional

A regulação emocional constitui um processo central no funcionamento psicológico e no ajustamento socioemocional, sendo geralmente definida como a capacidade de monitorizar, avaliar e modificar as reações emocionais de forma a promover a adaptação ao contexto (Gross, 1998; Thompson, 1994). Este construto envolve um conjunto de processos conscientes e inconscientes que permitem ao indivíduo influenciar quais emoções sente, quando as sente e de que modo as expressa (Gross e John, 2003). Tem sido também descrita como um fenómeno multidimensional, que integra a consciência, compreensão e modulação das emoções, bem como a capacidade de as tolerar em situações de maior exigência (Gratz e Roemer, 2004; Gross, 2015). Assim, a regulação emocional não implica apenas a supressão ou expressão da emoção, mas também a seleção e reavaliação de situações, estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para gerir a experiência afetiva (Gross, 2015).

Durante a adolescência, a regulação emocional assume especial relevância devido às transformações neurobiológicas, cognitivas e sociais que caracterizam esta fase (Ahmed, Bittencourt-Hewitt e Sebastian, 2015). O desenvolvimento desigual entre as regiões subcorticais (como a amígdala, associada à reatividade emocional) e o córtex pré-frontal (responsável pelo controlo inibitório e planeamento) contribui para uma maior intensidade e instabilidade emocional (Casey, Jones e Somerville, 2011). Contudo, esta maturação não ocorre de forma linear, o que explica a variabilidade individual e os picos de impulsividade e reatividade emocional observados nesta etapa (Crone e Dahl, 2012). Paralelamente, a crescente sensibilidade à avaliação social e à rejeição interpessoal torna os adolescentes particularmente vulneráveis a estados emocionais intensos, exigindo um esforço acrescido de autorregulação (Silvers et al., 2012). O domínio destas competências depende tanto da maturação neurobiológica como da qualidade das relações interpessoais, incluindo o suporte parental e o feedback dos pares (Morris et al., 2007).

Quando os processos regulatórios se revelam insuficientes ou desajustados, fala-se em desregulação emocional, entendida não apenas como ausência de regulação, mas como a utilização de estratégias inadequadas ou ineficazes face às exigências contextuais (Cole, Michel e Teti, 1994; Gross, 2013). Importa distinguir entre dificuldades na regulação emocional e desregulação emocional. Enquanto as primeiras remetem para a ausência ou défice de estratégias (como a incapacidade de identificar ou compreender emoções), a desregulação

refere-se ao uso de estratégias existentes, mas aplicadas de forma disfuncional (Gratz e Roemer, 2004; Gross, 2013). Esta distinção é essencial para compreender a diversidade de trajetórias de ajustamento emocional na adolescência.

A desregulação emocional é um fenómeno multidimensional, abrangendo baixa consciência emocional, reatividade excessiva, rigidez nas respostas e dificuldade em recorrer a estratégias cognitivas adaptativas, como a reavaliação (D'Agostino, Covanti, Rossi Monti e Starcevic, 2017; Hallion et al., 2018). Estas dimensões interagem entre si, potenciando trajetórias de vulnerabilidade quando os défices acumulam-se. A literatura tem destacado que a eficácia da regulação emocional depende não só da presença de estratégias, mas também da sua qualidade, flexibilidade e adequação ao contexto (Bonanno e Burton, 2013).

De forma geral, as estratégias podem ser classificadas como adaptativas ou não adaptativas, consoante favoreçam ou comprometam o bem-estar psicológico (Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer, 2010). As estratégias adaptativas (como a reavaliação cognitiva ou a aceitação), implicam uma gestão construtiva da experiência emocional, facilitando a recuperação do equilíbrio afetivo e o ajustamento a longo prazo. Já as estratégias não adaptativas (como a supressão emocional ou a ruminação), tendem a reduzir o desconforto a curto prazo, mas amplificam o sofrimento e comprometem o funcionamento interpessoal (Gross, 1998; Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer, 2010).

A literatura evidencia ainda diferenças consistentes entre rapazes e raparigas no modo como experienciam e regulam as emoções. De forma geral, as raparigas tendem a apresentar maior consciência emocional e a recorrer mais a estratégias centradas na emoção, como a ruminação, enquanto os rapazes utilizam com maior frequência estratégias de evitamento ou supressão emocional (Nolen-Hoeksema e Aldao, 2011; Zimmermann e Iwanski, 2014). Estas diferenças refletem não apenas fatores biológicos, mas também processos socioculturais de socialização emocional, nos quais as raparigas são incentivadas a expressar e analisar as suas emoções, enquanto que os rapazes são mais frequentemente encorajados a inibi-las (Chaplin e Aldao, 2013).

Regulação Emocional e Raparigas com PHDA

A regulação emocional constitui um processo essencial ao ajustamento psicológico, permitindo ao indivíduo modular as emoções em função das exigências contextuais e das metas pessoais (Gross e Thompson, 2007; Ahmed, Bittencourt-Hewitt e Sebastian, 2015). Contudo, na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), o que tende a prevalecer não é

a regulação eficaz, mas antes a desregulação emocional, refletindo um desequilíbrio persistente entre a reatividade afetiva e os mecanismos de controlo (Barkley, 2015; Musser e Nigg, 2019).

A reatividade emocional, entendida como a intensidade e duração das respostas emocionais perante estímulos internos e externos (Thompson, 2011), é frequentemente amplificada nas adolescentes com PHDA. Esta sensibilidade acrescida, quando não acompanhada por mecanismos regulatórios eficazes, origina um padrão de instabilidade emocional e fisiológica, caracterizado por flutuações na intensidade afetiva que dificultam a modulação das respostas e comprometem o funcionamento social e académico (Porges, 2011; Siegel, 2012).

A desregulação emocional tem sido amplamente reconhecida como uma dimensão central da PHDA, funcionando como um núcleo transversal que atravessa os domínios cognitivo, comportamental e interpessoal (Shaw et al., 2014). Longe de constituir apenas uma manifestação secundária dos sintomas nucleares de desatenção e impulsividade, a desregulação emocional representa um fator estruturante da perturbação, com impacto direto no ajustamento académico, social e psicológico (Beauchaine, Zisner e Sauder, 2017; Graziano e Garcia, 2016).

No caso das raparigas, esta dimensão assume contornos particulares. A combinação entre elevada reatividade emocional, défices de controlo inibitório e pressões socioculturais para o autocontrolo e conformidade comportamental contribui para uma expressão predominantemente internalizante da desregulação (Quinn e Madhoo, 2014; Bunford, Evans, e Wymbbs, 2015; Chaplin, 2015). Ao contrário dos rapazes, cuja desregulação tende a traduzir-se em comportamentos externalizantes e visíveis, as raparigas manifestam-se através de ruminação, perfeccionismo e supressão emocional, estratégias que amplificam a autocritica e reforçam sentimentos de inadequação (Nolen-Hoeksema, Wisco e Lyubomirsky, 2008; Owens, Zalecki, Gillette e Hinshaw, 2017; Flett, Nepon e Hewitt, 2016).

Evidências meta-analíticas recentes indicam que a desregulação emocional é um preditor robusto de dificuldades interpessoais, académicas e afetivas em adolescentes com PHDA, sendo particularmente saliente no caso feminino (Beauchaine, Zisner e Sauder, 2017; Graziano e Garcia, 2016; Compas et al., 2017). Esta vulnerabilidade reflete a interação entre fatores neurobiológicos (instabilidade da ativação fisiológica), cognitivos (uso limitado de estratégias adaptativas) e relacionais (necessidade de validação externa), contribuindo para trajetórias de sofrimento interno e de baixa autoestima (Shaw et al., 2014; Quinn e Madhoo, 2014).

Margem de Tolerância Fisiológica

Embora originalmente desenvolvido no contexto da teoria do trauma e da integração neurofisiológica (Siegel, 1999, 2012), o modelo da margem de tolerância fisiológica (*window of tolerance*) tem sido amplamente aplicado na compreensão de perturbações caracterizadas por instabilidade emocional, incluindo a PHDA (Bellato et al., 2020; Musser e Nigg, 2019).

Este modelo descreve a amplitude funcional de ativação fisiológica dentro da qual o sistema nervoso consegue processar informação emocional de forma flexível, permitindo ao indivíduo modular as suas respostas e manter um funcionamento adaptativo. Dentro desta margem, emoções intensas podem ser experienciadas sem se tornarem avassaladoras, sendo integradas de forma construtiva para sustentar a atenção, a memória de trabalho e o comportamento orientado para objetivos (Siegel, 2012; Ogden, Minton e Pain, 2006).

Quando esta amplitude é ultrapassada, surgem dois padrões de desregulação emocional que comprometem o ajustamento global, sendo esses a hiperativação (*hyperarousal*) e a hipoativação (*hypoarousal*). O primeiro caracteriza-se por respostas de “luta ou fuga” (*fight-or-flight responses*), marcadas por elevada excitação fisiológica, dificuldade em modular emoções negativas e tendência para reatividade explosiva. O segundo corresponde a um fenómeno de “desligamento” (*shutdown*), caracterizado por uma redução acentuada da ativação fisiológica e por estratégias defensivas de retraimento, colapso ou entorpecimento afetivo (Porges, 2011; Ogden, Minton e Pain, 2006).

A hiperativação está frequentemente associada ao recurso a estratégias desadaptativas, como o “*acting out*”, isto é, a descarga de tensão emocional através de comportamentos impulsivos ou disruptivos sem consideração pelas consequências (Kernberg, 1975), à agressividade reativa, considerada como expressão de hostilidade ou raiva em resposta imediata a frustração ou ameaça percebida (Dodge e Coie, 1987), e à supressão ineficaz, em que a tentativa de inibir a expressão emocional sob elevada excitação falha, resultando em explosões ainda mais intensas (Gross e Levenson, 1997).

Por outro lado, a hipoativação não representa ausência de emoção, mas sim uma resposta defensiva adaptativa do sistema nervoso perante sobrecarga emocional. Este estado, embora temporariamente protetor, compromete a mobilização de recursos cognitivos e emocionais essenciais à autorregulação. Quando persistente, pode mimetizar sintomas depressivos, sobretudo em adolescentes do sexo feminino (Porges, 2011; Siegel, 2012; van der Kolk, 2014). Entre as manifestações mais comuns encontram-se o retraimento social, entendido

como o afastamento de interações interpessoais perante a sobrecarga emocional ou sensação de ineficácia (Asher e Gazelle, 1999), o colapso defensivo, descrito por Schore (2003, 2011) como uma imobilização passiva do organismo em situações percebidas como inescapáveis, e o entorpecimento afetivo (*emotional numbing*), definido por Frewen e Lanius (2015) como um embotamento da resposta emocional que reduz a intensidade da experiência afetiva e o envolvimento relacional.

Estratégias de Regulação Emocional e Padrões de Vulnerabilidade

Evidências meta-analíticas confirmam que a desregulação emocional é um preditor robusto e dificuldades interpessoais e acadêmicas em adolescentes com PHDA, sendo particularmente saliente no caso feminino (Beauchaine, Zisner e Sauder, 2017; Graziano e Garcia, 2016). A combinação entre elevada reatividade emocional, imaturidade neurocognitiva e pressões socioculturais para o controlo afetivo favorece o uso de estratégias internalizantes que amplificam a autocrítica e fragilizam a percepção de competência (Owens, Zalecki, Gillette e Hinshaw, 2017).

No plano comportamental e cognitivo, as adolescentes com PHDA tendem a recorrer a estratégias não adaptativas (como a ruminação e a supressão emocional) associadas a sentimentos de culpa, ansiedade e autocrítica persistente (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Owens et al., 2017). Entre os mecanismos mais recorrentes destaca-se o perfeccionismo, marcado por padrões de autoexigência rígidas e medo de falhar, que frequentemente conduz ao evitamento de tarefas ou à procrastinação como forma de aliviar temporariamente a tensão associada ao erro potencial (Flett e Hewitt, 2002; Sirois, Melia-Gordon e Pychyl, 2003). Paralelamente, o *people-pleasing* corresponde à tendência para reprimir as próprias necessidades emocionais a fim de garantir aceitação e evitar rejeição (Quinn e Madhoo, 2014). Embora estas estratégias possam inicialmente atenuar a ansiedade social, acabam por reforçar a dependência da validação externa e perpetuar a instabilidade emocional (Owens et al., 2017).

Estas estratégias refletem uma tentativa de regulação emocional centrada no evitamento da rejeição e na manutenção da aprovação social, mas à custa da autenticidade e do autoconceito (Owens, Zalecki, Gillette e Hinshaw, 2017). Nas raparigas com PHDA, esse esforço para corresponder a padrões ideais gera um ciclo de sobrecarga afetiva, com frustração, retraimento e menor percepção de competência, frequentemente confundido com perturbações depressivas ou ansiosas, o que atrasa o reconhecimento clínico da perturbação (Biederman et al., 2002; Mowlem et al., 2019b).

Autoestima

Conceptualização da Autoestima

A autoestima é um construto central no desenvolvimento psicológico, considerado um dos principais indicadores de adaptação e bem-estar ao longo da vida (Orth, Robins e Widaman, 2012; Orth e Robins, 2014, 2019). Enquanto dimensão avaliativa do *self*, traduz-se numa apreciação global do valor pessoal, influenciando a forma como o indivíduo percebe-se, sente e se relaciona consigo e com os outros (Rosenberg, 1965; Harter, 1999). Para além da sua dimensão avaliativa, integra componentes motivacionais e emocionais que orientam comportamentos e moldam a interpretação das experiências quotidianas (Kernis, 2003; Brown e Marshall, 2006).

Embora frequentemente interligados, o autoconceito distingue-se da autoestima por corresponder ao conjunto de perceções e crenças que o indivíduo desenvolve acerca de si em diferentes domínios, como o académico, social ou físico (Shavelson, Hubner e Stanton, 1976). O autoconceito organiza-se de forma multidimensional e hierárquica (Marsh e Shavelson, 1985, 1990). Vários autores têm sublinhado a estreita relação entre autoconceito e autoestima, destacando que o primeiro corresponde às perceções descritivas do “eu”, enquanto a segunda traduz a avaliação afetiva dessas perceções (Alves-Martins, Peixoto, Gouveia-Pereira, Amaral e Pedro, 2002).

A autoestima deve, portanto, ser analisada não apenas quanto ao seu nível, mas também à sua qualidade estrutural, uma vez que níveis aparentemente elevados nem sempre correspondem a um ajustamento saudável (Kernis, 2003; Jordan et al., 2003). Uma autoestima segura caracteriza-se por estabilidade e relativa independência da validação externa, funcionando como fator de proteção no desenvolvimento psicossocial. Em contraste, uma autoestima frágil tende a ser instável e contingente (ou seja, fortemente dependente de sucessos em domínios específicos ou do reconhecimento de figuras significativas), aumentando a vulnerabilidade a dificuldades emocionais e sociais (Crocker e Wolfe, 2001; Bosson, Brown, Zeigler-Hill e Swann, 2003). A literatura tem ainda salientado que, para além do nível, a estabilidade e a contingência da autoestima são dimensões críticas, uma vez que flutuações frequentes e dependência excessiva da validação externa tornam o *self* mais vulnerável a perturbações emocionais (Crocker e Wolfe, 2001; Kernis, 2005).

Durante a adolescência, esta vulnerabilidade é amplificada pela importância crescente das relações de pares e pela necessidade de afirmação identitária, o que torna a autoestima particularmente sensível a experiências de rejeição ou crítica (Harter, 2012; Zeigler-Hill, 2011). Neste contexto, as fragilidades na regulação emocional (como a supressão) funcionam como mediadores críticos, pois prolongam estados afetivos negativos e intensificam a autocritica (Aldao et al., 2010; Nolen-Hoeksema e Aldao, 2011). Em conjunto, estas evidências sustentam que a autoestima e a regulação emocional formam um sistema interdependente, sendo que a primeira reflete a percepção do valor pessoal atribuída a partir da eficácia regulatória e das experiências de validação social, enquanto que a segunda constitui o processo que permite proteger e reconstruir esse valor face aos desafios emocionais da adolescência.

Autoestima e Psicopatologia

A investigação tem mostrado de forma consistente que níveis baixos ou instáveis de autoestima associam-se a maior vulnerabilidade para múltiplos quadros psicopatológicos, em particular depressão e ansiedade (Sowislo e Orth, 2013; Zeigler-Hill, 2011). Esta associação é especialmente relevante na adolescência, fase em que a construção do *self* e a regulação emocional ainda se encontram em desenvolvimento, tornando o indivíduo mais sensível a experiências de rejeição, fracasso ou crítica (Harter, 2012; Orth e Robins, 2014).

A relação entre autoestima e psicopatologia pode ser compreendida à luz de três modelos explicativos principais. O Modelo da Vulnerabilidade (Vulnerability Model; Beck, 1967), sustenta que níveis baixos de autoestima funcionam como fator de risco antecedente, predispondo os indivíduos a desenvolver sintomas internalizantes. Estudos longitudinais demonstram que adolescentes com baixa autoestima apresentam maior probabilidade de experienciar episódios depressivos no futuro (Orth, Robins, Meier e Conger, 2009).

O Modelo da Cicatriz (Scar Model; Coyne e Calarco, 1995; Orth, Robins e Roberts, 2008), propõe que a própria experiência de psicopatologia pode deixar marcas duradouras na autoestima, deteriorando recursos psicológicos e comprometendo o ajustamento ao longo do tempo. Por fim, o Modelo do Efeito de Amortecimento (Buffering Effect Model; Brown, Bifulco, Andrews e Bridge, 1986), defende que níveis elevados de autoestima podem mitigar os efeitos do stress e funcionar como recurso protetor.

Autoestima em Raparigas com PHDA

A compreensão da autoestima em raparigas com PHDA requer uma leitura integrativa que considere o impacto acumulado das dificuldades de autorregulação emocional, das

exigências de desempenho e das experiências de crítica ou rejeição, vulnerabilidades que se intensificam na adolescência e são moduladas por especificidades de gênero. Estas dinâmicas moldam a percepção de competência e a avaliação do valor pessoal, tornando a autoestima o resultado identitário da interação entre vulnerabilidades neuropsicológicas e fatores contextuais (Harter, 2012; Orth e Robins, 2019; Ahmed, Bittencourt-Hewitt e Sebastian, 2015).

Apesar da crescente evidência sobre o impacto da PHDA no ajustamento psicológico, a maioria da investigação foi conduzida em amostra mistas ou predominantemente masculinas, o que deixa em aberto questões críticas sobre a experiência das raparigas com PHDA (Hinshaw, 2002). Estudos recentes confirmam que as diferenças de gênero não se limitam à prevalência, mas estendem-se à forma como a perturbação manifesta-se e às trajetórias de ajustamento, influenciando de modo particular a autoestima e o bem-estar psicossocial das raparigas com PHDA (Young et al., 2020; Chaplin, 2015).

No estudo de Hinshaw (2002), que avaliou raparigas entre os 6 e os 12 anos, o reconhecimento clínico da PHDA ocorria, na maioria dos casos, apenas no final da infância (entre os 10 e os 12 anos), quando as dificuldades académicas e sociais se tornavam mais evidentes. O autor observou que, nas raparigas com PHDA, a predominância da expressão de sintomas desatentos e internalizantes contribui para este reconhecimento mais tardio, refletindo a tendência para subvalorizar sinais menos disruptivos e apenas intervir quando o impacto funcional se torna incontornável.

Esta identificação tardia reflete a tendência de subvalorização dos sintomas femininos, frequentemente confundidos com traços de personalidade como timidez ou distração, o que conduz a trajetórias de risco marcadas por feedback negativo, rejeição interpessoal e incompreensão familiar (Quinn e Madhoo, 2014; Nadeau, Littman e Quinn, 2015; Owens e Hinshaw, 2016). A adolescência, enquanto período crítico para a consolidação do *self*, torna estas experiências particularmente significativas, pois a acumulação de fracassos e de respostas desajustadas do meio fragiliza a percepção de competência e conduz a níveis mais baixos e instáveis de autoestima (Hinshaw e Blachman, 2005; Owens e Hinshaw, 2016).

Uma meta-análise de três níveis conduzida por Betancourt e colaboradores (2024) confirmou diferenças significativas, sobretudo nos domínios académico e social, salientando a robustez desta associação. Paralelamente, estudos longitudinais revelam que dificuldades nas relações com pares e o feedback negativo acumulado mediam a relação entre PHDA e autoestima, reforçando que não é apenas a sintomatologia em si, mas também as experiências

interpessoais e contextuais que moldam a percepção de valor pessoal (Russell, Hoxha, e Murray, 2025; Compas et al., 2017).

Um dos aspetos que reforça esta vulnerabilidade é o menor recurso, por parte das raparigas com PHDA, a mecanismos defensivos de autoproteção, como o *Positive Illusory Bias (PIB)*, conceptualizado por Hoza e colaboradores (2002) como a tendência para sobrestimar as próprias competências face a avaliações externas. Este viés atua como uma estratégia cognitiva compensatória que protege temporariamente a autoestima face ao insucesso e à crítica (Owens et al., 2007). Contudo, enquanto os rapazes com PHDA tendem a apresentar PIB mais acentuado, as raparigas evidenciam percepções mais realistas, e frequentemente autocríticas, das suas dificuldades (Quinn, 2005; Nadeau, Littman e Quinn, 2015). Esta menor propensão para distorções protetoras reflete padrões de socialização emocional mais exigentes e centrados na autocrítica, tornando-as mais suscetíveis à internalização de falhas e a níveis mais baixos e instáveis de autoestima (Owens e Hinshaw, 2016; Chaplin, 2015).

Além disso, estas adolescentes tendem a adotar estratégias não adaptativas, como a supressão emocional, o perfeccionismo, e o *people-pleasing*, que procuram restaurar um sentido de valor pessoal ameaçado, mas acabam por amplificar a autocrítica e a dependência da aprovação externa (Owens et al., 2009; Zeigler-Hill e Shackelford, 2020). Este padrão confirma o predomínio de estratégias internalizantes em adolescentes do sexo feminino (Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer, 2010; Ahmed, Bittencourt-Hewitt e Sebastian, 2015). A supressão emocional, embora possa reduzir temporariamente o desconforto, está associado a maior reatividade fisiológica e a menor bem-estar psicológico (Gross e Levenson, 1997; Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer, 2010). O perfeccionismo traduz-se em autoexigência rígida e medo da falha, e o *people-pleasing* conduz à supressão das próprias necessidades para garantir aceitação, comprometendo a autenticidade e o bem-estar emocional (Nolen-Hoeksema, 2000; Flett e Hewitt, 2002; Limburg, Watson, Hagger e Egan, 2017).

Em conjunto, estes mecanismos evidenciam como as raparigas com PHDA tendem a dirigir a regulação emocional e a validação do *self* para fora de si próprias, procurando o controlo, o sucesso e a aprovação como formas de compensar sentimentos de falha e inadequação. Paradoxalmente, esta dependência de validação externa acaba por fragilizar a autoestima e perpetuar ciclos de autocrítica e vulnerabilidade emocional, reforçando a importância de compreender a autoestima neste grupo como um fenómeno dinâmico e fortemente condicionado por fatores emocionais e contextuais (Aldao e Nolen-Hoeksema, 2012; Hagen et al., 2020).

Para além das dimensões emocionais, o impacto académico, social e familiar constitui um domínio crucial na compreensão da autoestima em raparigas com PHDA. As dificuldades de atenção, organização e a autorregulação traduzem-se frequentemente em desempenhos académicos inconsistentes, marcados por frustração e perceções de incompetência (Biederman et al., 2002; Owens e Hinshaw, 2016; Freitas e Pereira, 2020). A procrastinação, comum neste grupo, tende a refletir um mecanismo de evitamento emocional, uma tentativa de adiar tarefas associadas à ansiedade de falhar, que a longo prazo reforça o ciclo de autocritica e insucesso (Sirois, Melia-Gordon e Pychyl, 2003; Flett, et al., 2012).

No domínio social, a impulsividade verbal, a sensibilidade à rejeição e a tendência para interpretar o feedback de forma negativa contribuem para experiências de exclusão e conflito com os pares (Mikami e Hinshaw, 2006; Hoza, 2007). Em contexto familiar, a persistência de críticas, comparações ou expectativas pouco realistas pode minar a perceção de valor pessoal e a autoeficácia, sobretudo quando as dificuldades da PHDA são interpretadas como falta de empenho (Chronis-Tuscano et al., 2011; Morris, Criss, Silk e Houlberg, 2017).

A interação entre os contextos académicos, social e familiar criam um ciclo cumulativo de feedback negativo que fragiliza a autoestima e perpetua trajetórias de desvalorização pessoal, especialmente em raparigas cujo diagnóstico e apoio ocorrem numa fase mais avançada do desenvolvimento (Bunford, Evans e Wymbs, 2015; Young et al., 2020).

Anexo II - Pedido de Colaboração com as Escolas

Exmo./a Sr./a Diretor/a,

O meu nome é Daniela Freitas e sou estudante do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário.

Venho, por este meio, solicitar a Vossa colaboração na minha investigação no âmbito da minha dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, sob orientação da Prof.^a Doutora Ana Carneiro e co-orientação da Prof.^a Doutora Inês Pinto.

O estudo tem como objetivo analisar se a idade de diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) em adolescentes do sexo feminino pode influenciar a sua autoestima e as utilizações de estratégias de regulação emocional.

A proposta consiste na entrega de um protocolo a raparigas com idades entre os 15 e os 18 anos (inclusive), a ser preenchido em casa e devolvido no dia seguinte. O protocolo inclui:

- Um consentimento informado e um breve questionário sociodemográfico, a serem preenchidos pelos encarregados de educação;
- Um questionário para a aluna, com duração aproximada de 10 minutos.

Neste contexto, venho junto de V. Exa solicitar a colaboração e autorização para a participação das suas alunas neste estudo, de forma a enriquecer a diversidade e a representatividade da amostra.

A participação das alunas é inteiramente voluntária, anónima e confidencial, cumprindo todos os princípios éticos da investigação em Psicologia.

Agradeço, desde já, a vossa atenção e disponibilidade, colocando-me ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais, através do meu email ou através do meu número de telemóvel.

Em anexo seguem-se o projeto de investigação, póster informativo e instrumentos que irei utilizar.

Anexo III - Pedido de Colaboração com Clínicas

Exmo./a Sr./a Diretor/a,

O meu nome é Daniela Freitas e sou estudante do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário.

Venho, por este meio, solicitar a Vossa colaboração na minha investigação no âmbito da minha dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, sob orientação da Prof.^a Doutora Ana Carneiro e co-orientação da Prof.^a Doutora Inês Pinto.

O estudo tem como objetivo analisar se a idade de diagnóstico da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) em adolescentes do sexo feminino pode influenciar a sua autoestima e as utilizações de estratégias de regulação emocional.

A proposta consiste na entrega de um protocolo a raparigas com idades entre os 15 e 18 anos (inclusive), a ser preenchido em casa (e devolvido na próxima sessão) ou no final da sessão. O protocolo inclui:

- Um consentimento informado e um breve questionário sociodemográfico, a serem preenchidos pelos encarregados de educação;
- Um questionário para a aluna, com duração aproximada de 10 minutos.

Neste contexto, venho junto de V. Exa solicitar a colaboração e autorização para a participação das suas alunas neste estudo, de forma a enriquecer a diversidade e a representatividade da amostra.

A participação das alunas é inteiramente voluntária, anónima e confidencial, cumprindo todos os princípios éticos da investigação em Psicologia.

Agradeço, desde já, a vossa atenção e disponibilidade, colocando-me ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais, através do meu email ou através do meu número de telemóvel.

Em anexo seguem-se o projeto de investigação, póster informativo e instrumentos que irei utilizar.

Anexo IV - Consentimento Informado

Caro Exmo (a) Sr (a) Encarregado (a) de Educação,

Vimos por este meio solicitar a sua autorização para a participação da sua filha num projeto de Investigação, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

A presente investigação tem como objetivo investigar se a idade de diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção na população feminina pode afetar a sua autoestima, através da comparação com raparigas sem perturbação. Neste sentido, gostaria de pedir a colaboração da sua filha, no preenchimento de um questionário com a duração aproximada de 10 minutos. Esta participação é estritamente confidencial e anónima (a sua assinatura neste documento não estará ligada ao questionário respondido pela sua filha), e voluntária (a sua filha poderá desistir a qualquer momento ou poderá escolher não participar).

Se a qualquer momento tiver dúvidas, necessitar de qualquer esclarecimento adicional ou estiver interessado em receber informação pós-estudo, poderá entrar em contacto através do endereço de email daniela.freitas.1999@gmail.com.

Desde já agradeço a sua atenção e preciosa colaboração.

Aluna de Mestrado,

Orientadoras,

Daniela Freitas

Professora Dr^a Ana
Carvalheira

Professora Dr^a Inês
Pinto

Eu, encarregado (a) de _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo e compreendo que participação da minha filha é estritamente voluntária, anónima e confidencial. Li e compreendi o conteúdo presente neste consentimento, fui esclarecido (a) em todos os aspetos que considero importantes e autorizo a participação nesta investigação.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Anexo V - Questionário Sociodemográfico

Idade da sua filha: _____ Ano de Escolaridade da sua filha: _____

A sua filha tem diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA):

Sim

Não

Se sim, com que idade foi diagnosticada com PHDA: _____

A sua filha toma medicação para PHDA? Se sim, qual:

Sim, _____

Não

Do seu conhecimento, existem outros membros da sua família com PHDA? Se sim, quais:

Sim, _____

Não

A sua filha já recebeu algum outro diagnóstico de saúde mental? Se sim, qual?

Sim, _____

Não

A sua filha já apresentou dificuldades significativas em alguma das seguintes áreas? (Marque todas as opções que se aplicam)

Ansiedade

Baixa autoestima

Perturbações de sono

Depressão

Distúrbios alimentares

Uso abusivo de substâncias

Nenhuma das anteriores

Anexo VI - Escala de Autoconceito para Adolescentes de Susan Harter

Harter (1988, 2012) ; Peixoto, Alves-Martins, Mata e Monteiro (1996, 1997)

Cada uma das perguntas que se seguem faz referência a dois tipos de jovens. Gostaríamos de saber com qual dos jovens te achas mais parecida. Antes de começares a responder vamos mostrar-te um exemplo de como deves proceder para dar a tua resposta.

Exemplo:

1. Lê as duas frases do exemplo:

“Alguns jovens gostam de ir ao cinema nos seus tempos livres” **OU** *“Outros jovens preferem ler um livro”*

2. Decide se é mais parecida com o jovem da esquerda **OU** com o da direita.

És o tipo de pessoa que gosta de ir ao cinema nos seus tempos livres **OU** *Que prefere ler um livro?*

3. Depois de escolheres uma das afirmações (o da esquerda ou o da direita), indica se esse jovem é

Exatamente como tu **OU** *Mais ou menos como tu*

3. Assinala com uma CRUZ a tua opção tal como vês aqui no exemplo abaixo.

Exatamente como eu	Mais ou menos como eu			Mais ou menos como eu	Exatamente como eu	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostam de ir ao cinema nos seus tempos livres.	MAS	Outros preferem ler um livro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agora vamos começar e não te esqueças:

ASSINALA APENAS UMA RESPOSTA POR QUESTÃO

	Exatamente como eu	Mais ou menos como eu			Mais ou menos como eu	Exatamente como eu	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens sentem que são tão inteligentes como os outros jovens da sua idade.	MAS	Outros jovens não têm tanta certeza de serem tão inteligentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham difícil fazer amigos.	MAS	Para outros é muito fácil fazer amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens são muito bons a praticar qualquer tipo de desporto.	MAS	Outros jovens sentem que não são muito bons a praticar desporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens não se sentem muito satisfeitos com a sua aparência.	MAS	Outros jovens gostam da sua aparência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens normalmente não saem com pessoas (do sexo oposto) com quem queriam realmente sair.	MAS	Outros jovens saem com as pessoas com quem gostam mesmo de sair.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens, fazem geralmente o que está certo.	MAS	Outros jovens, muitas vezes não fazem o que está certo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm um amigo especial com quem podem partilhar os seus segredos.	MAS	Outros jovens não têm um amigo especial para partilhar os seus segredos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens ficam frequentemente desapontados consigo.	MAS	Outros jovens estão muito satisfeitos consigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens são lentos a fazer o seu trabalho escolar.	MAS	Outros jovens conseguem fazer o seu trabalho escolar rapidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm muitos amigos.	MAS	Outros jovens não têm muitos amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens pensam que poderiam desempenhar bem qualquer tipo de atividade desportiva que fizessem pela primeira vez.	MAS	Outros jovens sentem que não seriam muito bons numa nova atividade desportiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam que o seu corpo fosse diferente.	MAS	Outros jovens gostam do seu corpo tal como é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm facilidade em arranjar namorados (as).	MAS	Outros jovens têm dificuldade em arranjar namorados (as).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Exatamente como eu	Mais ou menos como eu			Mais ou menos como eu	Exatamente como eu	
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens, frequentemente, arranjam problemas com aquilo que fazem.	MAS	Outros jovens, normalmente, não fazem coisas que lhes possam causar problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam muito de ter um amigo especial para partilhar coisas.	MAS	Outros jovens têm um amigo especial com quem partilham coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens não gostam do modo como estão a encaminhar a sua vida.	MAS	Outros jovens gostam do modo como estão a encaminhar a sua vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens fazem muito bem os seus trabalhos escolares.	MAS	Outros jovens não fazem muito bem os seus trabalhos escolares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm dificuldade em que os outros gostem deles.	MAS	Outros jovens têm facilidade em que os outros gostem deles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que são melhores a praticar desporto do que outros jovens da sua idade.	MAS	Outros jovens sentem que não praticam tão bem desporto como outros jovens da sua idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam que a sua aparência física fosse diferente.	MAS	Outros jovens gostam da sua aparência física tal como é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm facilidade em namorar com pessoas por quem se apaixonam.	MAS	Outros jovens têm dificuldade em namorar com as pessoas por quem se apaixonam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens normalmente agem de acordo como sabem que se deve agir.	MAS	Outros jovens muitas vezes não agem de acordo como sabem que se deve agir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens não têm um amigo especial para partilhar pensamentos e sentimentos muito pessoais.	MAS	Outros jovens têm um amigo especial com quem partilham os seus sentimentos e pensamentos muito pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens, a maior parte das vezes, estão satisfeitos consigo próprios	MAS	Outros jovens frequentemente não estão satisfeitos consigo próprios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm dificuldade em responder às questões que os professores colocam.	MAS	Outros jovens normalmente respondem de forma correta às questões que os professores colocam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Exatamente como eu	Mais ou menos como eu			Mais ou menos como eu	Exatamente como eu	
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens são populares entre os da sua idade.	MAS	Outros jovens não são muito populares entre os da sua idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens não são muito bons em jogos ao ar livre.	MAS	Outros jovens são bons em jogos ao ar livre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que têm um bom aspeto.	MAS	Outros jovens acham que não têm um bom aspeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que são bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam.	MAS	Outros jovens acham que não são bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens arranjam complicações pela forma como se comportam.	MAS	Outros jovens comportam-se de forma a não terem complicações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam de ter um amigo especial em quem pudessem ter confiança.	MAS	Outros jovens acham que têm um amigo especial em quem podem ter confiança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostam do tipo de pessoa que são.	MAS	Outros jovens muitas vezes gostariam de ser outra pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens sentem-se bastante inteligentes.	MAS	Outros jovens questionam-se sobre a sua inteligência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que são bem aceites pelas pessoas da sua idade.	MAS	Outros jovens desejariam que mais pessoas da sua idade os aceitassem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens sentem que não são muito atléticos.	MAS	Outros jovens sentem que são muito atléticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostam mesmo do seu aspeto.	MAS	Outros jovens gostariam de ter um aspeto diferente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm facilidade em fazer com que as pessoas do sexo oposto se sintam atraídas por eles.	MAS	Outros jovens têm dificuldade em fazer com que as pessoas do sexo oposto se sintam atraídas por eles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens, normalmente, comportam-se corretamente.	MAS	Outros jovens, normalmente, comportam-se incorretamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Exatamente como eu	Mais ou menos como eu			Mais ou menos como eu	Exatamente como eu	
39.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam de ter um amigo especial a quem pudessem fazer confidências.	MAS	Outros jovens têm um amigo especial a quem podem fazer confidências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens estão satisfeitos com a sua maneira de ser.	MAS	Outros jovens gostariam de ser diferentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O QUANTO ISTO É IMPORTANTE PARA MIM?

	Exatamente como eu	Mais ou menos como eu			Mais ou menos como eu	Exatamente como eu	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens pensam que é importante ser inteligente.	MAS	Outros jovens pensam que não é importante ser inteligente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens pensam que não é assim tão importante ter muitos amigos.	MAS	Outros jovens pensam que é importante ter muitos amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante ser bom em desporto.	MAS	Outros jovens não se preocupam muito em serem bons em desporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que a sua aparência física não tem assim tanta importância.	MAS	Outros jovens acham que a sua aparência física é importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham importante serem bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam.	MAS	Outros jovens não acham importante serem bem aceites pelas pessoas por quem se apaixonam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que não é assim tão importante fazer as coisas que estão certas.	MAS	Outros jovens acham que fazer as coisas certas é importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante ter um amigo especial a quem possam fazer confidências.	MAS	Outros jovens não acham importante ter um amigo especial a quem possam fazer confidências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que ser bom na escola não é assim tão importante.	MAS	Outros jovens acham que ser bom na escola é importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Exatamente como eu	Mais ou menos como eu			Mais ou menos como eu	Exatamente como eu	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante ser popular.	MAS	Outros jovens não se importam quanto à sua popularidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que não é importante ser bom em atividades desportivas.	MAS	Outros jovens acham que ser bom em atividades desportivas é importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que o seu aspeto é importante.	MAS	Outros jovens acham que não é importante o seu aspeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham importante que a pessoa pela qual se sentem romanticamente interessados também goste deles.	MAS	Outros jovens acham que não é necessário que a pessoa pela qual se sentem romanticamente interessados também goste deles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante agir corretamente.	MAS	Outros jovens não se importam se agem ou não de forma correta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante ter um amigo especial em quem possam confiar.	MAS	Outros jovens acham que não é importante ter um amigo especial em quem possam confiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo VII - Questionário de Regulação Emocional Crianças e Adolescentes (QRE-CA)

Gullone e Taffe (2012) ; Teixeira, Silva, Tavares e Freire (2015)

Estas 10 afirmações são sobre como te sentes, e como mostras as tuas emoções e sentimentos. Algumas das afirmações podem ser parecidas, mas são diferentes em alguns aspectos importantes.

Por favor leia cada frase e assinala com uma cruz a opção que é mais verdadeira para ti. Tenta não demorar muito tempo em nenhum dos itens. Lembra-te: isto não é um teste. Não há respostas certas ou erradas. Gostávamos de saber o que pensas.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Quando me quero sentir mais feliz, penso em algo diferente.					
2. Guardo os meus sentimentos para mim própria.					
3. Quando me quero sentir menos mal (ex. triste, zangada, preocupada), penso em algo diferente.					
4. Quando me sinto feliz, tenho cuidado para não o mostrar.					
5. Quando estou preocupada com alguma coisa, tento pensar nela de uma forma a ajudar-me a sentir melhor.					
6. Eu controlo os meus sentimentos não os mostrando.					
7. Quando me quero sentir mais feliz em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso nela.					
8. Eu controlo os meus sentimentos sobre as coisas mudando a forma como penso sobre elas.					

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
9. Quando me sinto mal (ex.: triste, zangado, preocupado) tenho cuidado para não o mostrar.					
10. Quando me quero sentir menos mal (ex.: triste, zangado, preocupado) em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso sobre isso.					

Anexo VIII - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Goodman, Meltzer e Bailey (1998) ; Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2004)

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas têm corrido nos últimos seis meses.

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tento ser simpática com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem			
Sou irrequieta, não consigo ficar quieto/a muito tempo			
Tenho muitas dores de cabeça, de barriga ou vómitos			
Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)			
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes			
Estou quase sempre sozinha, jogo sozinha. Sou reservada			
Normalmente faço o que me mandam			
Preocupo-me muito			
Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente			
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos			
Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga			
Ando sempre à pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero			
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar			
Os meus colegas geralmente gostam de mim			
Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar			

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a			
Sou simpático/a para os mais pequenos			
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar			
As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me			
Gosto de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)			
Penso nas coisas antes de as fazer			
Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios			
Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade			
Tenho muitos medos, assusto-me facilmente			
Geralmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção			

Anexo IX – Fiabilidade das Escalas

Fiabilidade da Escala de Autoconceito para Adolescentes de Susan Harter

Tabela

*Fiabilidade de Competência Escolar
(CE)*

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.816	4

Tabela

Fiabilidade de Aceitação Social (AS)

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.805	4

Tabela

*Fiabilidade de Competência Atlética
(CA)*

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.820	4

Tabela

Fiabilidade de Aparência Física (AF)

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.885	4

Tabela

Fiabilidade de Atração Romântica (AR)

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.722	4

Tabela

Fiabilidade de Comportamento (C)

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.743	4

Tabela

Fiabilidade de Amizades Íntimas (AI)

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.848	4

Tabela

Fiabilidade de Auto-Estima (AE)

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.901	5

Tabela

*Fiabilidade de Escala de Importância de
Competência Escolar*

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.338	2

Tabela

*Fiabilidade de Escala de Importância de
Aceitação Social*

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.390	2

Tabela

*Fiabilidade de Escala de Importância de
Competência Atlético*

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.783	2

Tabela

*Fiabilidade de Escala de Importância de
Aparência Física*

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.608	2

Tabela

*Fiabilidade de Escala de Importância de
Atração Romântica*

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.628	2

Tabela

*Fiabilidade de Escala de Importância de
Comportamento*

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.595	2

Tabela

*Fiabilidade de Escala de Importância de
Amizades Íntimas*

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.797	2

**Fiabilidade do Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes
(QRE-CA)**

Tabela

Fiabilidade de ERQ_RC

Cronbach's Alpha	N of Items
.753	6

RC - Reavaliação Cognitiva

Tabela

Fiabilidade de ERQ_SE

Cronbach's Alpha	N of Items
.721	4

SE - Supressão Emocional

Fiabilidade da Escala de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Tabela

Fiabilidade de SDQ_ESE

Cronbach's Alpha	N of Items
.690	5

ESE - Escala de Sintomas Emocionais

Tabela

Fiabilidade de SDQ_EPC

Cronbach's Alpha	N of Items
.360	5

EPC - Escala de Problemas de Comportamento

Tabela

Fiabilidade de SDQ_EH

Cronbach's Alpha	N of Items
.821	5

EH - Escala de Hiperatividade

Tabela

Fiabilidade de SDQ_EPRC

Cronbach's Alpha	N of Items
.713	5

EPRC - Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas

Tabela

Fiabilidade de SDQ_ECPS

Cronbach's Alpha	N of Items
.684	5

ECPS - Escala Comportamento Pró-Social

Tabela

Fiabilidade de SDQ_Total

Cronbach's Alpha	N of Items
.842	20

Anexo X - Normalidade

Tabela *Teste da Normalidade*

Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Statistic	df	Sig.
Total_RC	.160	103	< .001
Total_SE	.101	103	.011
Total_SDQ	.100	103	.013
Total_AE	.126	103	< .001

RC = Reavaliação Cognitiva ; SE = Supressão Emocional ; SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades ; AE = Autoestima

^a. *Lilliefors Significance Correction*