

Universidades Lusíada

Pinheiro, Telma Rita Soares

Eficácia das intervenções em grupo em adultos com perturbação de hiperatividade/défice de atenção : revisão sistemática da literatura

<http://hdl.handle.net/11067/7278>

Metadados

Data de Publicação	2023
Resumo	<p>As intervenções em grupo são, atualmente, uma alternativa às intervenções feita de forma individual, por lhes serem reconhecidas algumas vantagens. Dentro das suas especificidades, esta opção apresenta como mais-valia o sentimento de integração em grupo e a compreensão coletiva. No entanto, a literatura ainda carece de conclusões robustas acerca da eficácia dessas intervenções em adultos com perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA). A presente revisão foi conduzida em conformidade ...</p> <p>Group subjects are currently an alternative to interventions carried out individually, as some advantages can be learned. Within its specificities, this option presents as an added value the feeling of group integration and collective understanding. However, the literature still lacks robust suggestions about the effectiveness of these interventions in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The present review was carried out in accordance with the guidelines proposed by PRI...</p>
Palavras Chave	Psicologia, Psicologia clínica, Perturbação de hiperatividade - Intervenção psicológica, Déficit de atenção - Intervenção psicológica
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-28T17:18:42Z com informação proveniente do Repositório



Universidade Lusíada
Porto

Éficácia das intervenções em grupo em Adultos com Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção: Revisão Sistemática da Literatura

Dissertação de Mestrado em **Psicologia Clínica**

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

PORTO, 2023

Telma Rita Soares Pinheiro



instituto de psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada



Universidade Lusíada
Porto

Éficácia das intervenções em grupo em Adultos com Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção: Revisão Sistemática da Literatura

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

PORTO, 2023

Telma Rita Soares Pinheiro

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



instituto de psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

Agradecimentos

Agradeço desde já à minha orientadora, professora Sofia Marques, por todo o acompanhamento, na dissertação e não só. Obrigada por estar comigo nesta jornada e ajudar-me até à última etapa deste meu percurso

À Prof. Joana Oliveira por todo o carinho partilhado, à professora Sofia Ramalho pelo apoio em todas as crises existenciais e pelas breves lições de vida que levarei comigo num lugar especial. A todos os professores que, de uma forma ou de outra, ajudaram no meu crescimento, tanto profissional como pessoal.

Aos meus amigos, aos que me acompanharam ao longo dos 5 anos e àqueles que entraram mais tarde. Obrigada pelo companheirismo, crescimento e stickers. Obrigada pelas partilhas, de histórias, memórias e explicações. Por me fazerem sentir em casa quando estava longe do meu ninho. Obrigada por me deixarem expressar a minha revolta à vontade, por me acompanharem nos cafés e não me deixarem desistir. Por me visitarem na KICKS e cobrirem os meus atrasos. Obrigada, aqueles que serão para sempre os meus companheiros de faculdade e espero que possamos, daqui a uns anos, relembrar os bons tempos na nossa velha Lusíada.

À minha família que sempre acreditou mais em mim do que eu própria, mas em especial, à minha mãe. Aquela que incondicionalmente estava sempre lá, para rir e para chorar, longe ou perto, nunca me deixou sozinha. Aquela que, no meio de tanta confusão, de tantos exames, trabalhos e pandemias, não me deixava sequer ponderar em desistir nem permitia que duvidasse das minhas capacidades. Aquela que ao longo destes 5 anos viveu esta jornada de forma tão intensa como eu. Sem ela nada, mas nada, tinha acontecido. Por muito cliché que a frase seja, nunca enquadrou tão bem. Que o final desta etapa seja um alívio para as duas destes 5 anos que de tantas formas lutamos. Que seja o culminar do nosso esforço e que, finalmente, saltemos de paraquedas como ficou prometido no meu primeiro ano de licenciatura.

Resumo

As intervenções em grupo são, atualmente, uma alternativa às intervenções feitas de forma individual, por lhes serem reconhecidas algumas vantagens. Dentro das suas especificidades, esta opção apresenta como mais-valia o sentimento de integração em grupo e a compreensão coletiva. No entanto, a literatura ainda carece de conclusões robustas acerca da eficácia dessas intervenções em adultos com perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA). A presente revisão foi conduzida em conformidade com as diretrizes propostas pela PRISMA, através de uma pesquisa sistemática nas bases de dados Web of Science e PubMed. Os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram minuciosamente analisados, resultando na inclusão de sete estudos nesta revisão.

As conclusões desta análise apontam que, não obstante determinadas investigações terem delineado um impacto favorável das intervenções em grupo em adultos com PHDA, a sua aplicação, sobretudo quando comparada com a intervenção individual, não revela resultados substancialmente distintos. Assim, é possível perceber que, mesmo não demonstrando uma eficácia superior, exibe uma eficácia similar às intervenções individuais, proporcionando uma nova alternativa para atenuar os sintomas da perturbação.

Esta constatação pode ser de relevância na orientação de novas investigações e no desenvolvimento de intervenções, permitindo a expansão das opções terapêuticas para esta perturbação. É fundamental considerar as particularidades individuais ao propor intervenções, sejam elas isoladas ou combinadas, a fim de atenuar a sintomatologia da PHDA em adultos.

Índice

Enquadramento teórico	5
Perturbação de hiperatividade/défice de atenção.....	5
Etiologia da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção	7
Fatores hereditários.....	8
Fatores Pré, Peri e Pós-Natal	8
Fatores ambientais e psicossociais	8
A intervenção na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção	9
Intervenção farmacológica	9
Intervenção psicoterapêutica	9
Intervenção em grupo – Enquadramento e benefícios.....	10
História	10
Fatores primários da intervenção, vantagens e desvantagens.....	11
Vantagens	13
Desvantagens	13
Os tipos de intervenção	13
Pertinência.....	15
Metodologia	16
Estratégia de Pesquisa	17
Avaliação do risco de viés	18
Resultados.....	19
Caraterísticas dos estudos.....	22
Discussão da eficácia das intervenções em grupo	28
Limitações	29
Conclusões	30
Referências bibliográficas	32

Lista de Figuras

Figura 1. Fluxograma do PRISMA com o número de relatos identificados em cada fase do processo de revisão.....	20
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Lista de Tabelas

Tabela 1. Estratégia de pesquisa para a revisão sistemática – Chave de pesquisa.....	17
Tabela 2. Avaliação de qualidade geral dos artigos incluídos na revisão.....	21
Tabela 3. Características dos estudos incluídos.....	23

Enquadramento teórico

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção

A perturbação de hiperatividade / défice de atenção é descrita, atualmente, como sendo uma perturbação neurodesenvolvimental que apresenta critérios claros tanto para crianças como para adultos (Posner et al, 2020). Representa cerca de 5 a 7% das crianças em idade escolar, dessa percentagem, cerca de 60 a 70% das crianças mantém o diagnóstico na vida adulta (Cortese et al, 2022)

Atualmente, o DSM-5 caracteriza esta perturbação por um padrão persistente de défice de atenção e/ou hiperatividade e como sendo persistente ao longo da vida, dividindo-a em três apresentações (APA,2013)

1. Combinada (com a necessidade de apresentar 6 (ou mais) sintomas de desatenção e hiperatividade nos últimos 6 meses)
2. Predominantemente hiperativo – impulsividade (manifestando-se, nos últimos 6 meses, 6 ou mais sintomas de hiperatividade, mas não de desatenção).
3. Predominantemente desatento (Nos últimos 6 meses deverá manifestar-se 6 ou mais sintomas de desatenção, mas não de hiperatividade).

No que toca ao diagnóstico já na idade adulta (ou adolescente mais velhos, a partir dos 17 anos) o critério muda de 6 para 5 sintomas. A perturbação, sendo uma perturbação neurodesenvolvimental, tem início ainda na infância (antes dos 12 anos), mesmo em casos onde o diagnóstico seja feito tardiamente já na idade adulta.

Barkley (2015), dividiu algumas características desta perturbação em primárias e secundárias, as primárias são as dificuldades que atuam ao nível da desatenção, da impulsividade e da hiperatividade. Já as secundárias voltam-se mais para os problemas no desenvolvimento cognitivo, nomeadamente ao nível da flexibilidade cognitiva, memória e capacidade de organização e planeamento, bem como ao nível da linguagem, motor, funcionamento adaptativo, internalização do discurso, dificuldades no desempenho académico, regulação das emoções, na persistência, problemas de sono e maior probabilidade de ter problemas de saúde.

Devido a estes sintomas, a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção afeta significativamente várias áreas da vida do sujeito tanto na infância como na vida

adulta. As dificuldades na regulação emocional resultam em baixos níveis de inibição e consequentemente numa resposta emocional mais rápida (menos controlada), tanto para emoções negativas como positivas (Barkley, 2015)

Ao nível académico e profissional, os resultados escolares e ocupacionais nestes indivíduos são bastante baixos, sendo acompanhados de elevados números de retenção escolar ou desistência (tornando-se um dos motivos para a procura de ajuda profissional). Este insucesso escolar surge associado à dificuldade de atenção, que impede o sujeito de ser produtivo, resultando em dificuldades de aprendizagem (e.g., matemática e leitura). Juntamente com estas dificuldades mais características da perturbação, as crianças/adultos, deparam-se também com dificuldades na autorregulação, na tomada de decisão e no planeamento de objetivos. Foi também apontado que os indivíduos com PHDA apresentam alguma desorganização material e baixa capacidade de gerir o seu tempo (Barkley, 2015).

Estas dificuldades apresentadas ao longo do percurso escolar acabam por permanecer na vida adulta onde a maioria dos adultos com PHDA apresentam baixos níveis de educação assim como dificuldades acrescidas na procura e manutenção do emprego. As dificuldades que eram apresentadas anteriormente como défices de atenção, impulsividade, falta de competências de organização e pouco autocontrolo, acabam por interferir no dia a dia laboral onde muitos empregos, a tempo inteiro, exigem estas capacidades para o desempenho de forma autónoma da função laboral. (Barkley, 2015).

Todas estas questões resultam, quando comparados com os pares, em níveis socioeconómicos mais baixos, mudança de emprego mais recorrente, absentismo, e maior probabilidade de serem despedidos (Barkley, 2015).

Nas relações interpessoais, os indivíduos com esta perturbação apresentam níveis mais baixos de aceitação pelos pares. Quando existe uma rejeição por parte dos pares para com uma criança com perturbação de hiperatividade / défice de atenção, esta rejeição irá servir como um marcador de risco para os problemas de internalização e externalização. A par da rejeição, crianças com perturbação de hiperatividade / défice de atenção estão mais suscetíveis a terem relações pouco recíprocas e menos estáveis no tempo (Barkley, 2015).

Esta rejeição resulta de uma baixa tolerância a comportamentos socialmente desadaptativos por parte dos pais, uma vez que existe uma maior probabilidade das crianças diagnosticadas serem mais agressivas, críticas e envolverem-se em comportamentos de risco. É também comum que, apesar destas crianças apresentarem competências sociais, num primeiro momento o façam de uma forma desajustada (Barkley, 2015). A par disto, algumas crianças também apresentam dificuldades em descodificar emoções, o que estaria associado à dificuldade em receber um feedback do outro de forma a reajustar o comportamento. Quando na vida adulta, existe uma maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco e conseqüentemente apresentarem menores taxas de satisfação conjugal (Haavik,2010).

Na vida adulta, as evidências existentes apontam consistentemente para uma associação significativa entre a PHDA e resultados negativos em relacionamentos amorosos, como menor satisfação, estilos inadequados de resolução de conflitos, maior probabilidade de divórcio e problemas comportamentais, incluindo comportamentos de risco e violência doméstica. Algumas variáveis distais (por exemplo, género feminino, experiências de maus-tratos na infância e desempenho académico insatisfatório na adolescência) e variáveis proximais (tais como dificuldades na regulação emocional, uso problemático de álcool/drogas e envolvimento romântico ou parentalidade com outro indivíduo com PHDA) podem ser indicadores de maior risco de dificuldades nas relações amorosas para aqueles com PHDA (Wymbs et al., 2021).

Nas finanças aquando da vida adulta, adultos com esta perturbação apresentam mais problemas relacionados com a capacidade de gestão financeira, apresentando gastos impulsivos, maior probabilidade de se esquecerem de pagar as contas e menor capacidade de realizar poupanças (Barkley, 2015)

Etiologia da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

A etiologia da perturbação ainda não está completamente definida devido à sua natureza multidimensional (Oliveira, Medeiros & Serrano, 2017). A sua expressão ao longo do curso desenvolvimental do indivíduo é fruto de fatores exógenos e endógenos

(traduzindo-se na hiperatividade, impulsividade e desatenção). No entanto, algumas causas assumem um maior peso como por exemplos causas genéticas, neurobiológicas e neuropsicológicas, pré, peri e pós-natais, assim como causas contextuais (Faraone et al, 2015)

Fatores hereditários

Ao longo dos anos, vários estudos demonstraram a importância da origem genética e hereditária (Tistarelli et al, 2020). Alguns estudos com gêmeos comprovaram esta carga hereditária explicando cerca de 70% a 80% da variação fenotípica (Oliveira, Medeiros & Serrano, 2017).

A par destas percentagens, um indivíduo que não apresente na família nenhum elemento com diagnóstico de PHDA tem apenas um risco de 5 a 10% (Schachar, 2014).

No entanto, apesar dos vários estudos que explicam a importância dos genes na explicação da perturbação, estes de forma isolada não são suficientes para explicar totalmente as causas da perturbação (Oliveira, Medeiros e Serrano, 2017)

Fatores Pré, Peri e Pós-Natal

Apesar de não ser o fator principal, é importante ter em conta alguns riscos que podem estar associados aos fatores pré, peri e pós-natal. Desta forma, referimo-nos a fatores de risco biológico como o nascimento prematuro e o baixo peso que podem aumentar a suscetibilidade para a PHDA (Halmoy et al, 2012). Assim como a exposição ao álcool e ao tabaco (Thapar et al, 2013)

Fatores ambientais e psicossociais

A par dos fatores mencionados anteriormente, também o contexto familiar (conflitos parentais, nível socioeconómico) se traduz num fator extremamente importante no que toca ao aumento ou diminuição da sintomatologia da PHDA (Thapar et al, 2013). Elevados níveis de stress parental podem agravar os sintomas da perturbação, uma vez que coloca em causa o apoio necessário por parte dos pais para com as crianças tanto em casa, como também na escola (Theule et al, 2012)

Alguns estudos colocam em hipótese que défices na regulação emocional em idades precoces, resultado da ausência de uma relação de qualidade, pode colocar em

causa o desenvolvimento de outras funções neuro cognitivas necessárias para a regulação do comportamento e de habilidades sociais (Wylock et al, 2021)

Todos estes fatores mencionados, apesar de se focarem sobretudo no início do desenvolvimento, podem acarretar consequências para a expressão da sintomatologia aquando da vida adulta, sendo agravada sobretudo em ambientes desorganizados ou perçecionados como caóticos (Gentile, et al., 2006).

A intervenção na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

Uma vez que a PHDA, até ao momento, se apresenta como uma perturbação que perdura ao longo de todo o desenvolvimento do indivíduo, as intervenções feitas auxiliam apenas na regulação da sintomatologia para que a sua expressão no quotidiano não se agrave. Dentro deste conjunto de intervenções, as mais reconhecidas são a intervenção farmacológica (e.g., com recurso a fármacos psicoestimulantes ou não estimulantes) e não farmacológica, nomeadamente através da psicoterapia cognitivo-comportamental, bem como a combinação das duas modalidades, que tem na verdade sido descrito como a modalidade mais eficaz (Vidal-Estrada et al., 2012).

Intervenção farmacológica

Apesar da intervenção farmacológica se apresentar como a mais difundida quando se trata da PHDA, a sua utilização ainda é vista com alguma precaução desde a infância (sobretudo devido ao receio dos pais em relação à medicação) até à idade adulta (devido aos sintomas secundários associados). A medicação prescrita para a PHDA divide-se em dois grupos, estimulantes e não estimulantes e, em Portugal, encontram-se participados e comercializados dois tipos de medicamento, o metilfenidato (estimulante) e a atomoxetina (não estimulante) (Infarmed, 2015). Mais recentemente, em 2019, foi ainda acrescentado o dimesilato de lisdexanfetamina (Elvanse) que atua como um comparativo da atomoxetina (Infarmed, 2019).

Intervenção psicoterapêutica

Ao longo dos anos, a terapia cognitivo-comportamental tem vindo a mostrar-se uma das intervenções mais utilizadas para a PHDA e também uma das mais eficazes (sobretudo quando combinada com medicação; Vidal-Estrada et al., 2012). A sua

eficácia é notória tanto nos sintomas principais, nas funções sociais, assim como em sintomas comórbidos como a ansiedade e a depressão. (Pan et al, 2019)

Desta forma, a terapia cognitivo-comportamental ajuda a identificar pensamentos automáticos, alterar pensamentos desadaptativos assim como comportamentos, redirecionando as ações para atingir a melhoria desejada. (Pan et al, 2019). Através da psicoterapia, é possível atenuar a sintomatologia da PHDA e a sua expressão no dia a dia, atuando em problemas como a organização/planeamento, distração, ansiedade e depressão, procrastinação, problemas de comunicação e regulação emocional (Safren et al, 2017)

Intervenção em grupo – Enquadramento e benefícios

História

A intervenção em grupo no domínio da saúde mental, também conhecida como psicoterapia de grupo, remonta aos primórdios da humanidade, porém, a utilização de grupos com a finalidade de auxiliar os indivíduos inseridos neles é uma prática relativamente recente e sem um início claramente definido (Bachelli & Santos, 2004). Contudo, em 1954, o psiquiatra e psicoterapeuta americano Irvin Yalom iniciou o uso da psicoterapia de grupo como parte de seu trabalho com pacientes psiquiátricos crônicos num hospital em Palo Alto, Califórnia, em que desenvolveu uma abordagem que enfatizava a interação social e emocional entre os membros do grupo, além da importância de criar um ambiente seguro e solidário. Ele também identificou fatores terapêuticos específicos que contribuem para a eficácia da psicoterapia em grupo, tais como suporte social, imitação, aprendizagem interpessoal e catarse (Yalom, 1995).

Outra influência significativa na intervenção em grupo surgiu na segunda década do século XX com o psicodrama de Moreno (Rosenbaum et al., 1992). O psicodrama explora problemas sociais e psicológicos por meio de dramatização, representação e exposição das questões levantadas, sempre realizado em grupo (Blattner, 2000).

Carl Rogers também acreditava que a psicoterapia em grupo poderia proporcionar maior abertura para que o indivíduo se sentisse mais aceito (Rogers, 1970). Nesse sentido, ele chamava a psicoterapia de grupo de "grupo de encontro" e afirmava que era a maior invenção social do século, devido à sua ampla implementação e resultados promissores (Rogers, 1970).

Na terapia cognitivo-comportamental, inicialmente, as intervenções em grupo eram vistas apenas como uma reprodução grupal das intervenções individuais (Wessler, 1996). Assim como ocorreu com a intervenção individual, a intervenção em grupo foi primeiramente aplicada a pacientes com depressão, expandindo-se posteriormente para outras perturbações, como as de ansiedade e esquizofrenia (Hollon & Shaw, 1979).

Atualmente, existem várias terapias alinhadas com a psicoterapia de grupo, como a terapia familiar ou de casal, que podem ser indicadas como formas alternativas ou complementares de intervenção, além da psicoterapia individual (Bieling, McCabe & Antony, 2006)

Fatores primários da intervenção, vantagens e desvantagens

A intervenção em grupo apresenta diversos benefícios e tem mostrado uma elevada taxa de sucesso no tratamento de diversas perturbações psicológicas. Entre esses benefícios, destacam-se o sentimento de compreensão, uma vez que a partilha de experiências semelhantes pelos membros do grupo pode proporcionar alívio inicial ao indivíduo que se sente compreendido e não está mais sozinho com as suas dificuldades (Yalom, 2008).

Com base nos 11 fatores primários da intervenção em grupo propostos por Yalom (2006), podem ser identificados outros benefícios, tais como: 1) a instalação de esperança, quando os indivíduos percebem melhorias nos seus pares e se inspiram nesse progresso; 2) a universalidade, que anula o sentimento de solidão e isolamento, proporcionando aos participantes a compreensão de que enfrentam desafios comuns (Yalom, 2006); 3) a partilha de informações e a psicoeducação (Yalom, 2006); 4) o altruísmo, pois oferecer ajuda aos outros é tão importante quanto recebê-la, permitindo aos participantes a prática de novos comportamentos e a compreensão empática (Yalom & Leszcz, 2008); 5) a recapitulação corretiva do grupo familiar primário, possibilitando novas perspectivas e quadros de referência mais adaptativos (Yalom, 2006); 6) o desenvolvimento de técnicas de socialização, como a empatia e a resolução de conflitos (Yalom, 2006); 7) o comportamento imitativo, que pode levar a mudanças mais profundas ao longo do tempo (Yalom, 2006); 8) a aprendizagem interpessoal, um mediador importante para a mudança do indivíduo (Yalom, 2006); 9) a coesão grupal, criando um ambiente acolhedor e propício à partilha e compreensão

(Bieling et al., 2008); 10) a catarse, essencial para o processo terapêutico (Yalom, 2006); e 11) os fatores existenciais, que permitem a reflexão e reinterpretação da situação atual e ajudam a relativizar os obstáculos (Yalom, 2006).

Para que a implementação dos programas em grupo seja realizada com sucesso, existem alguns pontos chave que ajudam ao longo do processo. É necessária a formação planeada do grupo considerando o seu histórico, criar objetivos específicos para o mesmo, criar uma relação terapêutica com os membros, fazer a intervenção guiada, dar voz ao grupo, manter uma organização funcional flexível, utilizar vários recursos e, por último, fazer a avaliação geral dos ganhos (Ezhumalai et al., 2018),

O terapeuta deve, também, adquirir algumas competências para que a intervenção do grupo seja bem-sucedida. O terapeuta é, nestes casos, o elo entre todos os elementos, do início ao fim o seu papel é crucial para a boa implementação da intervenção e a eficácia da mesma (Fairburn, 2011). É necessário que sejam criadas relações significativas no grupo, tanto com o terapeuta como entre os indivíduos e analisar a situação do grupo de forma externa, permitindo que novas direções surjam. O grupo deve ser visto como algo que se transforma e, desta forma, o terapeuta deve perceber as suas mudanças, ajudar a interpretar e orientar assim que necessário (Ezhumalai et al., 2018).

Além disso, o trabalho em grupo possibilita que os membros confrontem as narrativas saturadas de problemas uns dos outros num ambiente de apoio. A coesão sólida do grupo cria um espaço seguro onde os participantes podem experimentar novos comportamentos e receber feedback honesto de seus pares (Gallagher et al., 2013).

Este tipo de intervenção, pode ser utilizada como suporte a várias terapias. Num grupo de terapia narrativa, o terapeuta desempenha um papel essencial como guia e facilitador do processo. Os participantes são considerados encorajados a definir os seus próprios problemas e a assumir responsabilidade pelo autocontrolo. Eles são ativamente envolvidos na identificação e delimitação dos problemas com base nas suas próprias experiências, adquirindo consciência da relação entre problemas, soluções e consequências, expressos em termos compreensíveis. Quando em contexto das atividades em grupo, a seleção criteriosa de histórias e a presença de personagens contrastantes nas narrativas são elementos cruciais que viabilizam a capacidade dos participantes de identificar e diferenciar, inicialmente, comportamentos associados à

PHDA, daqueles não relacionados. Dessa forma, são estimulados a explorar soluções alternativas que possam conduzir a consequências positivas. Consequentemente, emergem novas narrativas e iniciativas (partindo dos pares) que albergam o potencial de favorecer uma mudança comportamental significativa (Looyeh et al., 2012).

Vantagens

Tal como mencionado anteriormente, as terapias em grupo apresentam um longo histórico e, como tal, acarretam consigo várias vantagens que podem, por vezes, não serem consideradas. À semelhança das intervenções individuais, a terapia de grupo permite ter o mesmo nível de comprometimento e melhoria, no entanto, por estarmos a falar de um grupo, o individuo consegue usufruir mais do que apenas a visão do terapeuta (Kealy, 2022). Ao usufruir da presença de vários participantes, o individuo para além de obter várias visões sobre o mesmo problema, dando a sensação de universalidade, aprendizagem mútua e modelagem, aprimorando o altruísmo terapêutico que nem sempre se consegue com a psicoterapia individual (Kealy, 2022).

Desvantagens

Assim como a psicoterapia individual, também a psicoterapia em grupo apresenta algumas desvantagens. Para além de ser de difícil implementação uma vez que se refere a grupos estruturados com várias pessoas e que, exige que todos os intervenientes apresentem o mesmo horário livre (Philipsen, 2015), são também apresentadas algumas outras desvantagens. Por vezes, existem variáveis que não são possíveis de controlar como por exemplo os estilos de liderança e orientação do terapeuta encarregue da sessão (e que pode não facilitar na criação de uma relação segura com o grupo), a seleção dos participantes para o próprio grupo, ou seja, a existência ou não de outras perturbações que possam não ir de encontro ao objetivo do grupo e, também, as questões de personalidade que podem levar a uma contratransferência negativa (Roback, 2000).

Os tipos de intervenção

Dependendo do tipo de perturbação, a intervenção pode também variar. No entanto, as mais comuns são a intervenção cognitivo comportamental, que se foca na identificação e mudança de padrões, respostas emocionais e comportamentos. A

intervenção em grupos interpessoais, que se concentram nos relacionamentos, nas interações sociais e o impacto dos mesmos. A intervenção em grupos psicoeducacionais, que visam educar os participantes sobre a perturbação assim como o seu impacto. A intervenção em grupos de desenvolvimento que procuram desenvolver competências sociais e, por último, a intervenção em grupos de apoio (Cherry, 2017).

No que refere à PHDA, as estruturas mais utilizadas focam-se sobretudo na intervenção cognitivo-comportamental em grupo. Estas intervenções são divididas em várias sessões e visam abordar os pontos cruciais que possam estar a influenciar negativamente a qualidade de vida do adulto. Seguindo o exemplo da intervenção feita por Philipsen et al (2007), a intervenção é dividida em 13 sessões de 2 horas semanais cada.

Na primeira sessão, os participantes discutiam em grupo as expectativas de cada um assim como algum receio que possa surgir. Era também partilhada uma breve apresentação sobre os sintomas, seguida de uma partilha feita em grupo.

A segunda e terceira sessão focaram sobretudo na psicoeducação sobre os aspetos neurológicos da atenção e da concentração. Numa lógica de melhorar os aspetos discutidos, foi apresentado e implementado um programa de *mindfulness* em sessão que, posteriormente, seria implementado também nas rotinas dos participantes.

A quarta sessão apresentava estratégias para controlar o “caos” que era trazido pela perturbação, alinhando qual era o significado de “caos” e “controlo” para os participantes e como controlar ambos.

Na quinta e sexta sessão, eram analisados os padrões de comportamento, dividindo entre os comportamentos a mudar (aqueles que se apresentavam como disfuncionais) e aqueles a manter. A análise consistia numa exploração profunda e detalhada dos comportamentos, assim como as suas consequências e comportamentos alternativos.

Na sétima sessão, a temática abordada era a regulação emocional, onde eram partilhadas as mais modernas teorias sobre as emoções, tendo conhecimento das emoções básicas assim como da relação entre cognição, emoção e comportamento. Alinhado com a psicoeducação, eram partilhados alguns exercícios que auxiliavam na identificação das emoções e na regulação das mesmas.

Na oitava sessão, os participantes partilhavam a sua experiência com sintomatologia depressiva e o diagnóstico da PHDA, sendo informados das várias possibilidades de tratamento da mesma, incluindo o tratamento farmacológico.

Na nona sessão, o foco é a impulsividade e a falta de controlo, analisando os comportamentos impulsivos e as consequências a curto e longo prazo da mesma.

A décima sessão é voltada para a gestão do stress, relacionando este com a performance dos participantes nas várias áreas. A par da psicoeducação, mais uma vez, foram discutidas e implementadas várias estratégias de modo a serem implementadas considerando os recursos de cada participante.

Na décima primeira sessão, e considerando a relação significativa entre o abuso de substâncias e a perturbação, era feita uma análise de comportamento, percebendo comportamentos mais instáveis, partilhando também os efeitos secundários da prática.

Na décima terceira sessão, considerando as problemáticas existentes no que concerne às relações interpessoais nesta perturbação, o foco tornou-se a partilha de experiências entre os praticantes assim como a criação de uma lista com o lado positivo da perturbação nesta área.

Por último, a décima terceira sessão servia como uma análise global de todo o programa, discutindo a evolução do grupo assim como planear os próximos passos individuais de cada participante.

Também Solanto e Scheres (2020) implementaram um programa de 12 sessões em grupo onde o público alvo focava sobretudo em jovens adultos (estudantes universitários) de modo a aumentar o seu desempenho académico. Também neste programa foram abordadas questões como a gestão de tempo e a organização pessoal, envolvendo tarefas como a respiração consciente com *mindfulness*, a criação de um plano de tarefas e, também, o controlo dos pensamentos negativos.

Pertinência

No decorrer da pesquisa bibliográfica apresentada, foi possível observar que, apesar de existir um elevado número de informação relativa à perturbação de hiperatividade / défice de atenção na infância, o mesmo ainda não é completamente visível quando nos referimos aos adultos (diagnosticados em criança ou apenas na idade adulta).

A intervenção mais comum na perturbação de hiperatividade / défice de atenção é a intervenção farmacológica tal como visto anteriormente, no entanto, com o avanço da ciência e das pesquisas na área, é importante percebermos quais são as alternativas às

intervenções farmacológicas (seja como alternativa ou como intervenção complementar).

É fundamental explorarmos todas as opções de modo que, futuramente, na prática clínica seja possível ao psicólogo orientar de forma adequada e encaminhar para a melhor solução. Tendo em consideração todos os benefícios apresentados, tanto da terapia cognitivo comportamental individual, como da terapia em grupo, é de grande valia explorar de que forma esta intervenção é realmente eficaz para a atenuação da sintomatologia da perturbação de hiperatividade /défice de atenção em adultos (Looyeh et al., 2012).

Desta forma, a questão base desta revisão sistemática foca, essencialmente, na eficácia e/ou influência das intervenções em grupo em adultos com PHDA.

Metodologia

A metodologia do estudo é qualitativa recorrendo à análise através da revisão sistemática da literatura, desenvolvida de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews ad Meta-Analyses* (PRISMA) de modo a sumariar a informação mais relevante (Moher et al., 2009).

A revisão da literatura serve para rever e sistematizar toda a pesquisa científica feita num determinado período de um tema em específico, apresentando então como objetivo identificar, sintetizar e avaliar de forma crítica a literatura encontrada (Garrigo & Camilo, 2019)

A revisão sistemática que se suporta nas diretrizes PRISMA segue várias etapas recorrendo a uma lista previamente definida de modo a orientar a elaboração e pesquisa. Desta forma, cada etapa da investigação está contemplada e acompanha o investigador ao longo de todo o processo permitindo assim rigor científico no trabalho final. Esta lista apresenta 27 marcos do processo, desde a elaboração de um título, forma de pesquisa, resumo, resultados, limitações, entre outros (Page et al, 2021).

A análise foi feita com recurso ao Software Rayyan, concebido para agilizar e otimizar a análise de revisões sistemáticas e estudos de revisão da literatura. Destinado a investigadores, académicos e profissionais da saúde, agiliza a seleção e triagem de artigos científicos relevantes a partir de um vasto conjunto de literatura

disponível. Através de uma plataforma de gestão de referências bibliográficas, foi possível importar, organizar e categorizar os artigos com base em critérios específicos.

Estratégia de Pesquisa

Para uma seleção de artigos adequada, foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, attention deficit disorder, adult, group interventions.

Posto isso, a combinação das palavras-chave encontram-se expressas na tabela 1. A pesquisa foi feita a 15 de Maio de 2023, com recurso às seguintes bases de dados: Pubmed e WebOfScience, sendo que os artigos foram pesquisados com recurso à “pesquisa avançada” das mesmas e com um limite temporal de 5 anos.

Tabela 1

Chave de Pesquisa

Pesquisa	Palavras-Chave
#Pubmed	((group intervention*[Title/Abstract]) AND (adult*[Title/Abstract])) AND (adhd [Title/Abstract]) OR (attention deficit hyperactivity disorder [Title/Abstract]) NOT (Children [Title/Abstract])
#Webofscience	((AB= (group intervention*)) AND AB=(adult*)) AND AB=(adhd) OR AB= (attention deficit hyperactivity disorder) NOT AB=(Children)
Limite temporal de 5 anos	

Após a seleção das palavras-chave, assim como das bases de dados, os estudos foram avaliados seguindo revisão de pares de forma independente analisando o título e o resumo num primeiro momento. Todos os artigos que não se apresentassem relevantes para a revisão ou que não cumprissem os critérios de inclusão eram excluídos da fase seguinte.

Os estudos considerados foram posteriormente analisados por completo de modo a determinar a sua importância para a revisão documentando as razões que levaram à decisão da sua inclusão.

Os artigos retirados foram selecionados tendo em conta: 1) a identificação do artigo (título do mesmo, revista onde foi publicado, autores do estudo, idioma e ano da publicação); 2) características metodológicas do estudo (objetivos, questão de investigação, características da amostra sobretudo a faixa etária); 3) os principais resultados e conclusões acerca da eficácia das intervenções em grupo

Avaliação do risco de viés

De forma a diminuirmos o risco de viés da revisão recorreremos à utilização do *Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (Rob2)*. São avaliados cinco domínios referentes aos possíveis vieses, permitindo assim uma maior segurança no que concerne à qualidade dos estudos incluídos.

É então avaliado o viés no processo de aleatorização que diz respeito ao método utilizado para gerar a sequência de alocação dos participantes, que deve ser aleatório; o método utilizado para alocar os participantes aos grupos do estudo e avalia se houve desequilíbrios entre as características dos participantes, sugerindo algum problema com o processo de aleatorização. Desvios da intervenção pretendida, diz respeito ao indivíduo e à equipa do estudo desconhecerem a que grupo o paciente foi alocado e se houve desvios da intervenção proposta que possam afetar o resultado. Viés devido a ocultação de resultados, diz respeito a perdas de seguimento de participantes do estudo e, no caso de perdas, ao motivo da sua ocorrência. Viés na medição dos resultados, diz respeito aos avaliadores dos resultados (paciente, investigador ou avaliador) desconhecerem a que grupo os participantes foram alocados, considerando resultados que possam ser afetados pelo conhecimento da intervenção recebida. Viés no relato seletivo dos resultados, diz respeito à possibilidade de os autores terem avaliado os resultados através de múltiplas avaliações, mas relatado apenas aqueles de maior conveniência.

Resultados

A Figura 1 ilustra o fluxograma do PRISMA, com o número de relatos identificados em cada etapa do processo de revisão (identificação, seleção, elegibilidade e inclusão), bem como as razões para a exclusão dos artigos cujo texto foi analisado na íntegra ("avaliados em texto completo").

Durante a fase de identificação, ou seja, na pesquisa inicial, um total de 13.765 relatos foram identificados por meio das bases de dados, sendo 6.781 na Web of Science e 6.984 no PubMed. Não foram utilizadas fontes adicionais para identificação de relatos. Após a eliminação de 7.318 duplicados, 40 relatos foram identificados como potencialmente relevantes para a revisão. Esses relatos foram analisados com base nas informações contidas nos títulos e resumos, bem como no tipo de relato. Dentre eles, 28 relatos foram excluídos por não se mostrarem relevantes para a presente revisão, seja pelo tema abordado, amostra utilizada ou outros critérios de exclusão estabelecidos. Essa seleção resultou em 12 artigos para avaliação em texto completo, sendo que 7 desses artigos foram excluídos pelas seguintes razões: a) não apresentavam informações específicas sobre a eficácia das intervenções em grupo nos resultados, conclusão ou discussão; b) consideravam-se como intervenção em grupo, mas a intervenção era realizada individualmente.

Após essa seleção, um total de 5 artigos foram incluídos na presente revisão sistemática da literatura.

Figura 1

Fluxograma do PRISMA com o número de relatos identificados em cada fase do processo de revisão

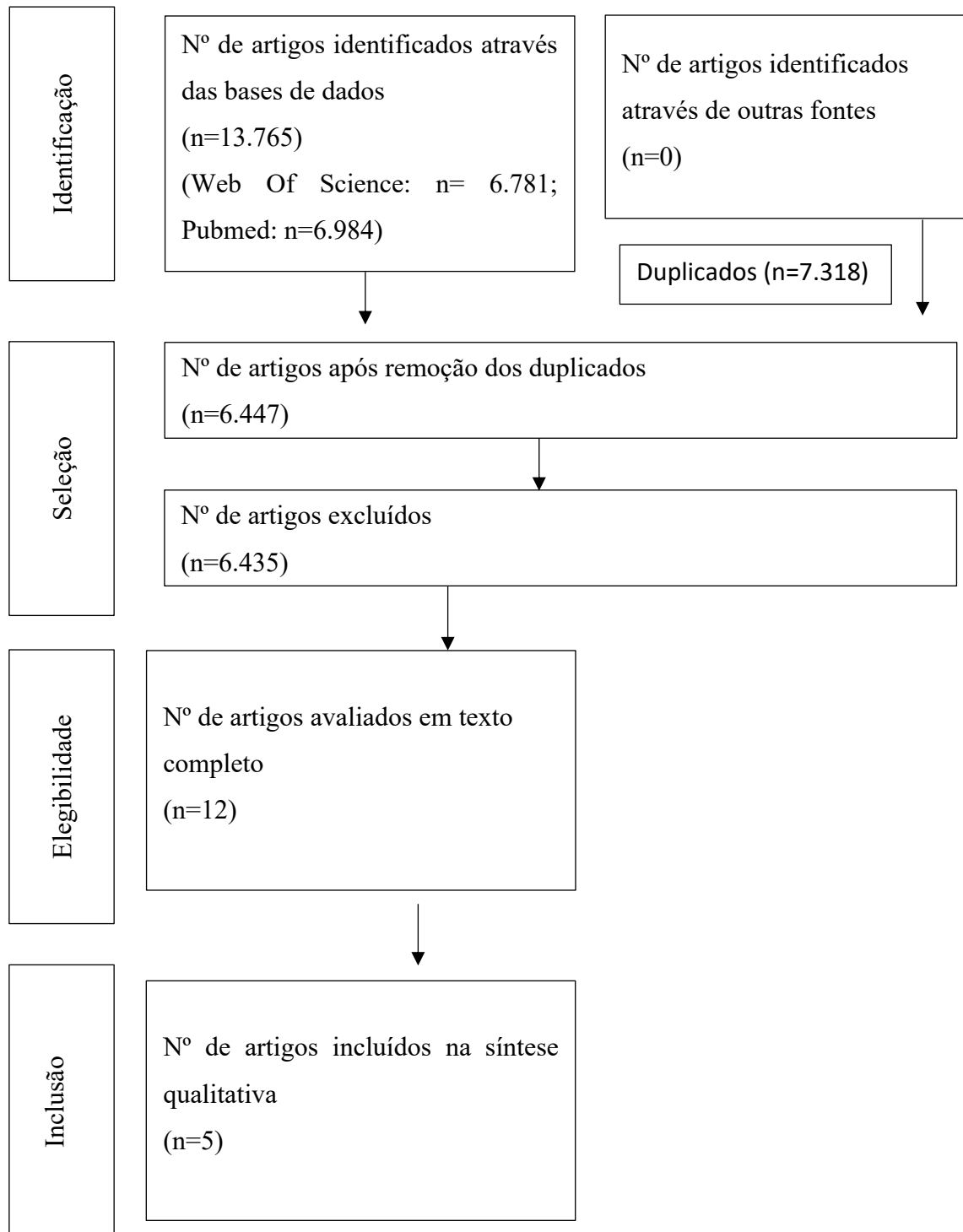



























Tabela 2*Avaliação de qualidade geral dos artigos incluídos na revisão - ROB2*

Estudos	Processo de aleatorização	Desvio das intervenções pretendidas	Ocultação dos resultados	Medição de resultados	Relato seletivo de resultados
Vidal e colaboradores (2013)					
Nordby e colaboradores (2021)					
Schonenberg e colaboradores (2017)					
Philipsen e colaboradores (2015)					
Lam e colaboradores (2019)					

Nota: Verde refere-se a um baixo nível de viés, amarelo a nível intermédio

Caraterísticas dos estudos

A seleção efetuada resultou na identificação de 12 artigos pertinentes para a condução desta revisão sistemática, sendo que apenas 5 deles foram considerados na conclusão final. Estes artigos abordam a eficácia de intervenções em grupo para adultos com perturbação de hiperatividade/défice de atenção, e foram maioritariamente conduzidos em clínicas especializadas nesta perturbação.

Os estudos incluídos nesta revisão englobam amostras de participantes com idades entre os 18 e os 70 anos. Com exceção de um estudo realizado exclusivamente com mulheres adultas, os restantes estudos contemplam participantes de ambos os sexos. A Tabela 3 apresenta as principais características dos estudos analisados, tais como os nomes dos autores e o ano de publicação das pesquisas, informações sobre a amostra (características da população, tamanho da amostra (N), faixa etária (M, SD) e percentagem de participantes do sexo masculino e feminino), bem como o tipo de intervenção realizada. Nessa tabela, também estão descritos os resultados relevantes obtidos em cada um dos estudos utilizados para fundamentar esta revisão.

Dos 5 artigos incluídos, de uma forma geral, todos apresentam um baixo risco de viés, contribuindo para o seguimento adequado da análise.

Em síntese, esta dissertação de mestrado adota uma abordagem metodológica rigorosa e criteriosa, baseada numa pesquisa sistemática da literatura, para analisar a eficácia de intervenções em grupo para adultos com perturbação de hiperatividade/défice de atenção. Os resultados dos 5 estudos selecionados foram minuciosamente examinados e sintetizados, proporcionando uma perspetiva abrangente e fundamentada sobre o tema em análise.

Tabela 3*Caraterísticas dos artigos seleccionados*

Estudo	Caraterísticas da amostra			Tipo de intervenção	Resultado
	Tamanho (n)	Faixa etária	Sexo		
Vidal e colaboradores (2013)	N = 32	m= 39 anos (sd = 7.5)	Masculino N = 15 Feminino N = 17	Programa de psicoeducação versus psicoterapia cognitiva comportamental, de 12 sessões semanais em grupo. Os participantes foram aleatoriamente distribuídos pelas duas condições.	Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa de psicoeducação em adultos com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) em tratamento farmacológico, mas ainda com sintomas significativos em comparação com a terapia cognitivo comportamental (TCC). Os resultados mostraram que a psicoeducação é tão efetiva como a TCC na redução dos sintomas centrais da PHDA, bem como dos sintomas comórbidos de ansiedade e depressão, que impactam significativamente o funcionamento desses adultos. A psicoeducação e a intervenção TCC também mostraram melhorias significativas ao nível do impacto funcional, nomeadamente no aumento da qualidade de vida e diminuição da severidade global. A intervenção através da psicoeducação pode ser uma opção útil no tratamento de adultos com PHDA em conjunto com outras intervenções psicológicas. No que diz respeito à eficácia de grupo, uma vez que ambos os grupos

Tabela 3*Continuação*

					obtiveram resultados positivos da intervenção, não se verificou um efeito significativo do grupo.
Nordby e colaboradores (2021)	N = 32 (apenas 10 na entrevista qualitativa)	21 a 49 anos	Masculino n = 7 Feminino n = 2 Outro = 1	Programa de gestão de objetivos de 9 sessões semanais	O estudo teve como objetivo explorar como adultos com (PHDA) experienciam a participação numa intervenção em grupo de gestão de objetivos (goal management). Após completarem a intervenção em grupo, os participantes relataram que a participação no grupo em si foi significativa, proporcionando crescimento pessoal e melhor gestão da PHDA e dos sintomas associados. A interação com outros membros do grupo proporcionou um sentimento de reconhecimento e pertença, permitindo que os participantes expandissem as suas perspetivas e se aceitassem a si mesmos e às suas situações de vida. Os participantes valorizaram a experiência compartilhada entre os membros do grupo e incorporaram as estratégias uns dos outros nas suas vidas diárias. No entanto, também foram identificados desafios com alguns participantes que partilharam sentir algumas dificuldades em se relacionar com outros devido à heterogeneidade dos sintomas da PHDA no grupo.
Schonenberg e	N = 118	18 a 60 anos	Masculino n	Neurofeedback; sham	O presente estudo teve como objetivo avaliar a eficácia e

Tabela 3*Continuação*

colaboradores (2017)	= 64; feminino n =49	neurofeedback; Terapia meta cognitiva em grupo	eficiência do neurofeedback EEG no tratamento de adultos com PHDA, comparando com sham neurofeedback e terapia metacognitiva em grupo. Os resultados principais demonstraram que os sintomas de PHDA diminuíram significativamente para todos os grupos de intervenção, entre o período pré intervenção e o <i>follow-up</i> de 6 meses, independentemente do grupo (neurofeedback versus sham neurofeedback; e neurofeedback versus terapia meta cognitiva). Os sintomas de PHDA relatados pelos participantes diminuíram consideravelmente, independentemente da condição de intervenção, e todos os participantes apresentaram melhoria também no funcionamento em domínios cognitivos relevantes para o PHDA. O estudo concluiu que não existiram diferenças significativas no que concerne ao facto das terapias terem sido implementadas em grupo ou individualmente.
Philipsen e colaboradores (2015)	N= 419 M= 30 (sd=10)	Masculino N = 210 Feminino N = 209	Terapia em grupo Este estudo teve como objetivo comparar a eficácia de uma intervenção comportamental em grupo (GPT) em formato combinado (com metilfenidato (MPH) versus com placebo) com a intervenção individual (CM) combinada (com

Tabela 3

Continuação

					metilfenidato versus com placebo). Foram constituídos 4 grupos: GPT+MPH; GPT+placebo; CM+MPH; CM+placebo. Foi constatado que as intervenções psicológicas (GPT e CM) apresentam resultados mais favoráveis quando combinadas com o uso de metilfenidato em comparação com o uso de placebo. Essa descoberta ressalta a relevância da abordagem multimodal, que associa tratamentos psicológicos e farmacológicos, para alcançar melhores desfechos terapêuticos em pacientes com PHDA. Além disso, os dados obtidos não indicam que a intervenção em grupo (GPT) altamente estruturada seja mais eficaz do que a intervenção individual (CM). É interessante notar que a intervenção individual demonstrou ser mais viável e de fácil implementação no contexto, em comparação com a terapia em grupo específica e altamente estruturada
Lam e colaboradores (2019)	N= 250	M=36 (SD= 10,1)	Masculino n= 125 Feminino n= 125	Terapia cognitiva comportamental	Este estudo teve como objetivo comparar a eficácia de uma intervenção comportamental em grupo (GPT) em formato combinado (com metilfenidato (MPH) versus com placebo) com a intervenção individual (CM) combinada (com

Tabela 3

Continuação

metilfenidato versus com placebo). Os resultados referem-se ao follow up de 1.5 anos em relação ao estudo de base em que foram constituídos 4 grupos: GPT+MPH; GPT+placebo; CM+MPH; CM+placebo. Neste estudo verificou-se uma melhoria duradoura dos sintomas de PHDA em pacientes adultos após um ano de tratamento multimodal no programa COMPAS. Ambos os grupos GPT versus CM obtiveram reduções significativas da sintomatologia de PHDA após 1 ano e meio sem intervenção multimodal. Quando comparados os indivíduos que tomaram metilfenidato versus placebo, verificou-se uma diminuição maior dos sintomas no grupo que foi submetido ao MPH. Notavelmente, o metilfenidato (MPH) teve um efeito significativo nos sintomas de PHDA, que ainda se mantinham presentes 1.5 anos após a interrupção do tratamento. A intervenção em grupo não demonstra resultados diferenciados da intervenção individual.

Discussão da eficácia das intervenções em grupo

Ao procedermos à análise dos diversos estudos que investigam a eficácia das intervenções em grupo para adultos com perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA), constatamos uma diversidade de resultados e abordagens.

Vidal et al., (2013) destacam a eficácia da psicoeducação na redução dos sintomas centrais da PHDA e de sintomas comórbidos, como ansiedade e depressão, sendo esta tão eficaz quanto a TCC. A intervenção através da psicoeducação pode ser uma opção útil na intervenção em adultos com PHDA em conjunto com outras intervenções psicológicas.

No estudo de Nordby et al., (2021), salienta-se que o formato de grupo, concretamente no âmbito do Treino de Gestão de Objetivos, foi valorizado pelos participantes. A estrutura providenciada permitiu melhorias no controlo da PHDA e crescimento pessoal. A partilha de experiências com outros membros do grupo foi também considerada benéfica, embora algumas pessoas tenham percecionado o grupo como uma potencial distração em certas ocasiões.

Por fim, Philipsen et al., (2015) indicam que intervenções psicológicas combinadas com metilfenidato superaram o placebo. Não se verificou que a intervenção em grupo altamente estruturada fosse mais eficaz do que a intervenção individual, considerando que a intervenção em grupo, específica e altamente estruturada, poderá ser de maior complexidade na sua implementação prática.

No estudo de Lam et al., (2019), a combinação de metilfenidato (MPH) com grupo de psicoterapia (GPT) ou intervenções individuais, demonstrou benefícios sustentados até 1,5 anos. Contudo, a intervenção em grupo não apresentou resultados significativamente superiores à intervenção individual, sugerindo que a abordagem em grupo poderá não conferir vantagens substanciais em relação à intervenção individual.

Os estudos aqui incluídos apresentam resultados mistos quanto à eficácia das intervenções em grupo para adultos com perturbação de hiperatividade/défice de atenção. Algumas intervenções, como a psicoeducação em grupo, revelam benefícios significativos, ao passo que outros estudos sugerem que os resultados podem ser comparáveis aos obtidos com intervenções individuais. É imperativo ponderar a diversidade de abordagens e fatores contextuais ao avaliar a eficácia destas intervenções em grupo para o tratamento da perturbação em adultos.

De facto, a intervenção em grupo apresenta algumas limitações. Em alguns momentos os participantes podem sentir-se inibidos e demasiado preocupados com as opiniões dos colegas (Corey, 2008) Em outras ocasiões, podem também sentir-se com medo e perante uma grande pressão, prejudicando o seu estado atual ao invés de ajudar (Brabender et al., 2004). Tal como é partilhado no estudo de Nordby et al., (2021), uma parte dos candidatos não vê o grupo como uma rede de apoio, mas sim como um grupo de pressão e julgamento, que impede a melhoria dos participantes. Apesar de, por vezes, o objetivo das intervenções em grupo ser a criação de uma rede segura, com o objetivo também de alcançar mais pessoas, esta forma de intervenção, considerando as idiosincrasias dos participantes, acaba por não acarretar nenhum tipo de benefício.

No entanto, quando a intervenção em grupo é eficaz, existem vários benefícios associados como o sentimento de pertença, um aumento na motivação intrínseca, a criação de novos modelos de referência, assim como novas interpretações da realidade (Fogarty, 2018). Estes benefícios também foram explorados no estudo de Nordby et al., (2021), uma vez que uma parte dos participantes se sentiram acolhidos e compreendidos pelo grupo ao longo da intervenção.

É também de salientar que, apesar de alguns estudos mostrarem, em termos de redução da sintomatologia da PHDA, que a intervenção grupal não é mais eficaz do que intervenção individual, este resultado ainda assim pode ser encarado como positivo.

Tanto a intervenção em grupo como a intervenção individual apresentam uma eficácia semelhante, ou seja, quando colocado em prática, a intervenção grupal consegue, no mesmo período alcançar um maior número de pessoas e, por consequente, alargar a sua eficácia. Já na terapia individual, os resultados estão restringidos a somente uma pessoa e, por vezes, devido à sua atuação em conformidade com as idiosincrasias específicas da pessoa podem ser mais dispendiosas. Já na terapia em grupo, para além dos seus benefícios alargados, o investimento pode, por vezes, ser mais acessível e assim abranger um conjunto de pessoas que, de outra forma, não teriam como investir em psicoterapia individual e personalizada (Olmstead et al., 2019).

Limitações

A seleção dos estudos para a presente revisão sistemática da literatura foi realizada de acordo com as diretrizes propostas pela PRISMA, visando mitigar possíveis viés de publicação e assegurar a qualidade dos estudos selecionados.

Adicionalmente, uma avaliação de qualidade dos artigos incluídos foi conduzida para reduzir o risco de viés. Não obstante os esforços empreendidos, este trabalho apresenta algumas limitações que requerem consideração.

Uma das limitações reside na impossibilidade de assegurar que todos os dados pertinentes relacionados aos objetivos da presente revisão foram abrangidos, uma vez que determinados materiais, como livros, capítulos de livros e trabalhos não publicados, não foram incluídos no objetivo da revisão. Adicionalmente, cabe ressaltar que somente estudos publicados em língua inglesa ou portuguesa foram considerados, o que pode influenciar a abrangência dos resultados obtidos.

O estudo de Vidal et al., (2013) apresenta limitações em relação à representatividade da amostra, uma vez que é predominantemente composta por participantes do sexo masculino, o que pode impactar a generalização dos resultados. Além disso, a participação na entrevista qualitativa ficou restrita a apenas metade dos indivíduos que completaram o programa GMT, o que pode introduzir viés de seleção. O guião de entrevista não foi especificamente desenvolvido para se ajustar ao foco analítico do estudo, o que pode ter resultado na omissão de certas experiências do grupo.

Nordby et al., (2021), apresentam as diferenças inerentes entre o programa de neurofeedback e a terapia metacognitiva em relação a configurações, intensidade e duração de tratamento que podem afetar a comparabilidade dos resultados obtidos. A ausência de um grupo de controlo não tratado em lista de espera limita a avaliação dos efeitos das intervenções em relação à evolução natural da PHDA. A falta de variáveis secundárias e de avaliações especializadas dos sintomas de PHDA representa outra limitação que deve ser abordada em investigações futuras. Embora os grupos de intervenção tenham sido equilibrados para minimizar o impacto de perturbações comórbidas e do uso de medicação, esses fatores ainda podem influenciar os resultados.

Futuramente, seria importante abordar especificamente a questão grupal de modo a perceber e a aprofundar o verdadeiro impacto nos indivíduos.

Conclusões

A investigação na temática da perturbação pode ser vasta e de longa data, no entanto, quando analisando esta mesma perturbação numa fase adulta, o material torna-

se mais escasso. A par disso, também a eficácia das intervenções grupais nesta perturbação ainda é algo incerto, sem muita literatura inerente ao tema.

Esta escassez de bibliografia espelhou-se ao longo de toda a revisão, desde o momento de recolha até à análise específica dos artigos. Deste modo, assume-se como sendo uma temática ainda pouco explorada e com um grande potencial no futuro.

No que concerne à importância para a prática clínica, devido à tendência dos últimos anos, ao fácil acesso ao conhecimento, assim como um aumento de diagnóstico da perturbação, é essencial explorar todas as possibilidades de intervenção, desde a vertente farmacológica até às intervenções psicológicas, tanto individuais como grupais. A exploração de novas opções auxilia na redução do estigma quanto à perturbação, principalmente na idade adulta, aumenta a qualidade de vida dos indivíduos que, muitas vezes por não terem sentido uma diminuição significativa da sintomatologia na intervenção individual, acabam por não conhecer nenhuma alternativa, levando a sentimentos de desespero e incompreensão. Desta forma, para além de dar resposta à atenuação da sintomatologia de uma perturbação que tem vindo a observar um aumento de diagnóstico, permite que o indivíduo escolha a melhor opção para si sem ser necessariamente encaminhado para intervenção farmacológica. É visível, apesar do número reduzido de conclusões, que a intervenção, devido às idiosincrasias dos indivíduos, não seja benéfica para toda a população. No entanto, conciliando com outras alternativas, pode tornar-se uma forma bastante dinâmica de alteração do quadro de referências criado na infância, assim como novas formas de lidar, tanto com a perturbação, como com adversidades internas e pessoais.

Uma vez que a maior parte dos estudos não avaliou a eficácia e/ou influência grupal, a conclusão sobre a ineficácia das mesmas fica em segundo plano o que pode ser uma sugestão para estudos futuros de natureza sobretudo qualitativa.

Referências bibliográficas

- Andrews, F.M. (1974). Social indicators of perceived life quality. *Social Indicators Research, 1*, 279–299 <https://doi.org/10.1007/BF00303860>
- Barkley, R. A. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.). Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit". *Journal of Attention Disorders, 16*(8), 623–630. <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
- Blatner, A. (2000). *Foundations of Psychodrama*.
- Bechelli, L. P. C., & Santos M. A. (2004). Psicoterapia de grupo: Como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12*(2), 242-249.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. Guilford Press.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. New York: The Guilford Press.
- Brabender, V. M., Smolar, A. I., & Fallon, A. E. (2004). *Essentials of Group Therapy*. New Jersey, Canada: John Wiley & Son.
- Brian T. Wymbs; Will H. Canu; Gina M. Sacchetti; Loren M. Ranson; (2021). *Adult ADHD and romantic relationships: What we know and what we can do to help*. *Journal of Marital and Family Therapy, ()*, -.doi:10.1111/jmft.12475
- Brod, M., Perwien, A., Adler, L., Spencer, T., & Johnston, J. (2005). Conceptualization and Assessment of Quality of Life for Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Primary Psychiatry, 12*(6), 58–64. <https://psycnet.apa.org/record/2005-07400-017>

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., ... Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Coghill, D. R., Banaschewski, T., Soutullo, C., Cottingham, M. G., & Zuddas, A. (2017). Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(11), 1283–1307. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0986-y>

Corey, G. (2008). *Theory and practice of group counselling*. UK: Thomson Brooks Cole.

Cortese, S., Sabé, M., Chen, C., Perroud, N., & Solmi, M. (2022). Half a century of research on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A scientometric study. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 140, 104769. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104769>

Cherry, K. (2017, May 20). What is group therapy and how does it work? *Very Well*. Retrieved from <https://www.verywell.com/what-is-group-therapy-2795760>

Christopher G. Fairburn; Zafra Cooper (2011). *Therapist competence, therapy quality, and therapist training*. , 49(6-7), 0–378. doi:10.1016/j.brat.2011.03.005

Ezhumalai S, Muralidhar D, Dhanasekarapandian R, Nikketha BS. Group interventions. *Indian J Psychiatry*. 2018 Feb;60(Suppl 4):S514-S521. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_42_18.

- Faraone, S. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J. S., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Fogarty, C., Hevey, D., & McCarthy, O. (2019). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: Long-term benefits and aftercare. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(5), 501-513. Web.
- Gentile JP, Atiq R, Gillig PM. Adult ADHD: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Medication Management. *Psychiatry (Edgmont)*. 2006 Aug;3(8):25-30. PMID: 20963192; PMCID: PMC2957278.
- Haavik, J., Halmøy, A., Lundervold, A. J., & Fasmer, O. B. (2010). Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, 10(10), 1569–1580. <https://doi.org/10.1586/ern.10.149>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.11.013>
- Kealy, D., & Kongerslev, M. T. (2022). Structured group psychotherapies: Advantages, challenges, and possibilities. *Journal of Clinical Psychology*, 78(8), 1559–1566. <https://doi.org/10.1002/jclp.23377>

- Langen, M., Szoke, R., Rijkelijhuizen, D., Durston, S., Hulst, B. (2022) Lost in explanation: internal conflicts in the discourse of ADHD psychoeducation. *BMC Psychiatry*, 22(1), 690. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04327-x>
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241–255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
- Liu, B.C. (1977). Quality of life indicators in U.S. Metropolitan Areas. *Social Indicators Research*, 4, 107–114. <https://doi.org/10.1007/BF00353126>
- Lovett, B. J., & Harrison, A. G. (2021). Assessing adult ADHD: New research and perspectives. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 43(4), 333–339. <https://doi.org/10.1080/13803395.2021.1950640>
- Looyeh, Majid Yoosefi; Kamali, Khosrow; Shafieian, Roya (2012). *An Exploratory Study of the Effectiveness of Group Narrative Therapy on the School Behavior of Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Symptoms*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(5), 404–410. doi:10.1016/j.apnu.2012.01.001
- Medvedev, O. N., & Landhuis, C. E. (2018). Exploring constructs of well-being, happiness, and quality of life. *PeerJ*, 6. <https://doi.org/10.7717/peerj.4903>
- Medicamentos para a Hiperatividade com Défice de Atenção Utilização Despesa Local de prescrição Distritos. (n.d.). Retrieved February 25, 2023, from https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Relatorio_ADHD.pdf/d6043d87-561e-4534-a6b1-4969dff93b78
- Relatório público de avaliação de Elvanse (dimesilato de lisdexanfetamina) (n.d.), Retrieved August, 17, 2023, from <https://11nq.com/1FGkC>
- Oliveira, L., Medeiros, M., & Serrano, A. (2017). PHDA: Afinal, qual a sua origem? Uma revisão dos fatores etiológicos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 51-1, 43–61. https://doi.org/10.14195/1647-8614_51-1_3

- Olmstead, Todd A.; Graff, Fiona S.; Ames-Sikora, Alyssa; McCrady, Barbara S.; Gaba, Ayorkor; Epstein, Elizabeth E. (2019). Cost-effectiveness of individual versus group female-specific cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 100(), 1–7. doi:10.1016/j.jsat.2019.02.001
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuinness, L. A. (2021). PRISMA 2020 Explanation and elaboration: Updated Guidance and Exemplars for Reporting Systematic Reviews. *BMJ*, 372(160), n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pan, M.-R., Huang, F., Zhao, M.-J., Wang, Y.-F., Wang, Y.-F., & Qian, Q.-J. (2019). A comparison of efficacy between cognitive behavioral therapy (CBT) and CBT combined with medication in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, 279, 23–33. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.040>
- Philipsen, Alexandra; Richter, Harald; Peters, Julia; Alm, Barbara; Sobanski, Esther; Colla, Michael; Münzebrock, Mirka; Scheel, Corinna; Jacob, Christian; Perlov, Evgeniy; Tebartz van Elst, Ludger; Hesslinger, Bernd (2007). Structured Group Psychotherapy in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(12), [10.1097/NMD.0b013e31815c088b](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31815c088b)
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 395(10222), 450–462. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)33004-1)
- Ross, D. M., & Ross, S. A. (1976). *Hyperactivity*. Wiley-Interscience.

- Rosenbaum, M., Lakin, M., & Roback, H. B. (1992). Psychotherapy in groups. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 695-724). Washington: American Psychological Association.
- Roback, H. B. (2000). Adverse Outcomes in Group Psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 113–122.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child psychiatry and human development*, 47(3), 440–458. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0578-3>
- Safren, S. A., Sprich, S. E., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2017). *Mastering your adult ADHD : a cognitive-behavioral treatment program : therapist guide*. Oxford University Press.
- Schachar, R. (2014). Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Recent Updates and Future Prospects. *Current Developmental Disorders Reports*, 1(1), 41–49. <https://doi.org/10.1007/s40474-013-0004-0>
- Solanto, Mary V.; Scheres, Anouk (2020). Feasibility, Acceptability, and Effectiveness of a New Cognitive-Behavioral Intervention for College Students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. <https://doi.org/10.1177/1087054720951865>
- Still, G. F. (2006). Some Abnormal Psychological Conditions in Children. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 126–136. <https://doi.org/10.1177/1087054706288114>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>

- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2010). Parenting Stress in Families of Children With ADHD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
- Tistarelli, N., Fagnani, C., Troianiello, M., Stazi, M. A., & Adriani, W. (2020). The nature and nurture of ADHD and its comorbidities: A narrative review on twin studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 109(109), 63–77. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.12.017>
- Vidal-Estrada R, Bosch-Munso R, Nogueira-Morais M, Casas-Brugue M, Ramos-Quiroga JA. (2012) Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(3), 147–154
- Wylock, J.-F., Borghini, A., Slama, H., & Delvenne, V. (2021). Child attachment and ADHD: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01773-y>
- Wessler, R. L. (1996). Terapia de grupo cognitivo-comportamental. In V. E. Caballo, *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 854-877). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Hollon, S. D., & Shaw, B. F. (1979). Group cognitive therapy for depressed patients. In A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, & G. Emery, *Cognitive therapy of depression* (pp. 328-353). New York: The Guilford Press.