



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Carolina Moraes Dourado

**Autoeficácia e Percepção de Mães e Avós de Crianças com
Características do TDAH**

Belém-Pará

2018



Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Carolina Moraes Dourado

**Autoeficácia e Percepção de Mães e Avós de Crianças com
Caraterísticas do TDAH**

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento como
requisito parcial para a obtenção do grau
de Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Área de Concentração:
Ecoetologia Orientador (a): Prof.^a Dr.^a
Simone Souza da Costa Silva
Projeto Financiado pela CAPES

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - BIBLIOTECA

Dourado, Carolina Moraes, 1989-
Autoeficácia e percepção de mães e avós de crianças com características do TDAH /
Carolina Moraes Dourado. — 2018.

Orientador: Simone Souza da Costa Silva
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e
Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do
Comportamento, Belém, 2018.

1. Análise do comportamento. 2. Competências parentais. 3. Autoeficácia. 4.
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): Crianças. 5. Ecoetologia. I.
Título.

CDD - 23. ed. 150.77



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA - Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N.º 84 de 22.12.94 do Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e No. 494 de 13.06.99 do Ministério da Educação e do Decreto Desamplaado autorizando em 1999.

Dissertação de Mestrado

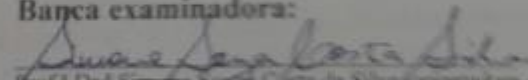
“Autoeficácia e percepção de mães e avós de crianças com características do TDAH”.

Aluno: Carolina Moraes Dourado.

Data da Defesa: 09 de Fevereiro de 2018.

Resultado: Aprovada

Banca examinadora:


Prof.ª Dr.ª Simone Sousa Costa da Silva (orientadora - UFPA).


Prof.º Dr.º Fernando Augusto Ramos Pontes (membro 1 - UFPA).


Prof.º Dr.º João Paulo dos Santos Nobre (membro 2 - CESUPA).

Sumário

Introdução.....	5
Autoeficácia parental.....	7
Percepções parentais de crianças com alterações no desenvolvimento.....	8
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	11
Proposta de dissertação.....	12
Objetivos- Estudo 1 e 2	13
Estudo 1	14
Resumo	14
Introdução.....	16
Método	21
Resultado.....	28
Discussão.....	32
Considerações Finais.....	36
Referências.....	38
Estudo 2	42
Resumo.....	43
Introdução.....	44
Método.....	49
Resultado.....	54
Discussão.....	61
Considerações Finais.....	66
Referências.....	67
Considerações finais da dissertação.....	68
Referencias gerais.....	71
Anexos.....	74

Os estudos sobre desenvolvimento humano destacam a parentalidade como um dos papéis mais satisfatório desempenhado pelos indivíduos ao longo do ciclo vital, contudo envoltos em grandes exigências e desafios emocionais, intelectuais e físicos. As cognições envolvidas nesta tarefa tem sido destaque na literatura pela importância que elas representam tanto na constituição do adulto, quanto para o desenvolvimento infantil (Ferreira, Monteiro, Fernandes, Cardoso, Veríssimo & Santos, 2014). Resiliência, estratégias de *coping*, bem como as crenças de autoeficácia têm recebido realce científico, sobretudo na tentativa de compreender como os indivíduos se ajustam psicologicamente diante de desafios e situações adversas (Park, Jun, Han, 2017; Bjorkquist, Nordmark & Halstrom, 2014).

Dentro deste leque de estratégias cognitivas, a percepção sobre as crenças de autoeficácia tem sido amplamente investigada (Craig & Cameron, 2016; Jindal, McDermid, Rosenbaum, Dizeze, Narayan, 2017). O conceito de autoeficácia teve seu surgimento durante os anos 70 nas investigações em psicologia de Albert Bandura. Na época o autor conceituava o constructo como: “o juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de o quanto são capazes de organizar e implementar estratégias para situações adversas da vida. Em 1986, há uma redefinição do conceito pelo teórico que passa a descrevê-lo como a percepção das potencialidades dos próprios indivíduos para organizar e executar os trajetos de ação necessários para alcançar determinado tipo de desempenho, no qual está envolvido o acreditar nas próprias capacidades pessoais (Leal, 2015).

A autoeficácia é uma variável cognitiva com função motivacional (Bandura, 1977, 1982, Leal 2015). A percepção que os indivíduos apresentam sobre suas capacidades orientam o modo como se comportam e planejam suas ações diante de eventos da vida, estando relacionada principalmente com o julgamento de quão bem irá poder executar estas ações (Bandura, 1982). Não diz respeito ao desenvolvimento de tais habilidades mas estão relacionadas a percepção de suas próprias capacidades, que o mantém motivado e envolvido diante das tarefas desafiadoras (Nina, 2015).

As fontes originárias das crenças da autoeficácia diante de um comportamento de acordo com Bandura (1977) podem ser quatro: 1) experiências de um domínio pessoal de desempenho; 2) experiências por meio de modelos sociais; 3) persuasão social e 4) estados emocionais e fisiológicos. A primeira é destacada por Bandura (1977) e outros autores (Souza, 2017, Nina 2015, Ramos, 2015) como a fonte principal das crenças da autoeficácia, onde este domínio se caracterizam em resultados das próprias experiências prévias. A segunda diz respeito ao desenvolvimento das crenças da autoeficácia por imitação, a partir da observação de modelos sociais oriundas dos contextos dos indivíduos. A terceira fonte pode ser explicada pela influência da percepção de terceiros sobre o desempenho da pessoa, e quanto a avaliação dos outros influenciam positiva ou negativamente a execução de suas tarefas. A quarta e última fonte dizem respeito a aspectos físicos e psicológicos (estresse, fadiga, alteração do humor, etc.) que podem tangenciar as crenças de autoeficácia e incidir em seus resultados.

Além destas quatro fontes de crenças de autoeficácia, Bandura (1977b) e outros pesquisadores (Hall, Lindzey e Campbell, 2000) acreditam existir outros dois componentes para o constructo: 1) expectativa de autoeficácia e 2) expectativa de resultado, que se remetem (1) a certeza de que a própria pessoa é capaz de executar um comportamento necessário para o alcance de seus objetivos e (2) a crença de que um dado comportamento levará a um resultado específico.

O estudo sobre a autoeficácia remonta desde a década de 70 e desde o seu início até a contemporaneidade, já passou por modificações conceituais e alcançou níveis de análises diversificados. Considerando esta diversificação, na literatura são encontrados estudos sobre a autoeficácia em distintos contextos, à saber, na educação - considerando a autoeficácia docente (Neve, Devos & Tuytens, 2015; Ramos, Pontes & Silva, 2016), na saúde, com estudos a respeito do sobrepeso e obesidade infantil (Gerards, Hummel, Dagnelie, Vries & Kremers, 2013) e familiar, envolvendo as crenças de autoeficácia parental de mães e pais adolescentes (Angley, Divney, Magriples & Kershaw 2015). Em direções mais específicas o constructo da autoeficácia também tem sido investigada no contexto da parentalidade.

Autoeficácia Parental

Enquanto Bandura (1977) conceitua a autoeficácia como a percepção que o indivíduo apresenta sobre suas capacidades face a um resultado. Hastings e Brown (2002) denominam a autoeficácia parental como o senso de competência dos pais para desempenhar as tarefas relacionadas ao papel de cuidador. Considera-se que a maneira como estes cuidadores se percebem influencia, direta ou indiretamente o desenvolvimento da criança (Ferreira et al., 2014).

A Associação entre práticas parentais positivas, comportamento infantil e altos níveis de autoeficácia parental tem sido discutida na literatura (Glatz & Buchana, 2015). Esta relação é descrita por Bandura (1986,1997) como *feedback loop*, onde alto nível de autoeficácia leva um indivíduo, por exemplo um cuidador, a se engajar em um comportamento positivo, o que por sua vez, geram resultados positivos nos alvos destas ações, por exemplo no comportamento da criança, o que leva a uma maior eficácia no agente, no caso o cuidador (Autoeficácia parental - Promoção de práticas parentais- comportamento infantil- Auto-eficácia parental), (Glatz & Buchana, 2015).

Há três processos envolvidos no *feedback loop* (Glatz & Buchana, 2015; Bandura 1997). No primeiro, a autoeficácia parental age como um antecedente ao comportamento da criança influenciando direta ou indiretamente pelas práticas parentais dos cuidadores. No segundo processo, as práticas parentais predizem a autoeficácia parental, uma vez que estas são reflexo de uma parentalidade eficaz. Por último, há o processo em que o comportamento da criança influencia a autoeficácia parental. O comportamento positivo da criança influencia nas crenças dos cuidadores sobre suas habilidades para influenciar o comportamento da criança e a positividade no relacionamento com ela (Glatz & Buchana, 2015).

Dada a representatividade teórica do constructo e o importante papel na parentalidade e desenvolvimento infantil, estudos que tem como escopo investigar as influências no desenvolvimento das crianças e os efeitos na saúde mental dos cuidadores tem sido realizados.

Há estudos relatando que a autoeficácia parental age como fator preditivo no engajamento efetivo de transtornos mentais infantis, como é o caso do TDAH (Jiang,

Gurm,Johnston, 2014). Outros indicam que intervenções que tem como foco o fortalecimento da autoeficácia parental em famílias de crianças com problemas de comportamento revelam aumento significativo na variável e diminuição dos sintomas na criança (Konuk-Sener & Cimete, 2016).

Márk-Ribiczey, Miklósi e Szabó (2016) investigaram, a autoeficácia parental materna e a satisfação sobre o papel de cuidadora. Participaram do estudo 407 mães de indivíduos de amostras não clínicas, com idades em quatro a 18 anos. As pesquisadoras utilizaram a escala de competência de senso parental-PSOC (Johnston & Mach, 1989). Como principais resultados, a autoeficácia parental das mães associou-se significativamente e positivamente ($p < 001$,) com a alta satisfação no seu papel de cuidadora. As mães com crenças de autoeficácia mais elevadas usavam mais estratégias de regulação emocional cognitiva e menos estratégias não-adaptativas.

Heafe, Curtis, Fan e McPherson (2014) investigaram a associação entre estresse parental e autoeficácia em 43 famílias com o TDAH, que haviam sido submetidas a um treinamento comportamental. Os instrumentos utilizados foram o Índice de Estresse Parental (PSI-short form), o Índice de Tarefas para Autoeficácia Parental (SEPTI) e o Sistema de Avaliação Comportamental para Crianças-segunda edição (BASC-2). Os pais, de modo geral, relataram melhora significativa no estresse e na autoeficácia. Pais de crianças que demonstraram redução clinicamente significativa nos sintomas de TDAH relataram menor estresse e maior autoeficácia do que aqueles de crianças que não reduziram os sintomas.

A autoeficácia parental incide diretamente nas práticas parentais, que por sua vez repercutem no comportamento infantil. As percepções que estes cuidadores conjecturam sobre o seu papel no ato de cuidar e sobre o comportamento de suas crianças também são fatores influenciadores para a saúde mental parental e para desenvolvimento infantil. Esta relação pode ser determinante para os cuidadores de crianças com alterações no desenvolvimento.

Percepções parentais de crianças com alterações no desenvolvimento

Aquilo que importa para o comportamento e para o desenvolvimento é o ambiente conforme ele é percebido, e não conforme ele poderia existir na realidade “objetiva” (Bronfenbrenner, 1996). A percepção é compreendida pelo autor como um processo em que

estão imbrincados significados psicológicos e sociais da sua realidade, onde o significado subjetivo torna-se condição *sine qua non* para as interpretações próprias dos indivíduos.

Lopes e Abid (2002) compartilham desta concepção de Bronfenbrenner, considerando que o processo no qual a percepção está envolvida diz respeito ao contato do sujeito com a realidade, entretanto, esta realidade é moldada pelas aprendizagens adquiridas ao longo da vida e os estímulos presentes no ambiente do sujeito. Tradicionalmente a percepção é considerada como o processo pelo qual entramos em contato com a realidade, realidade esta que passa pela subjetividade de cada pessoa.

Refletir a percepção em termos de condições adversas, como doenças crônicas e alterações no desenvolvimento dos indivíduos, nos leva a tentativa de compreender as percepções a partir de significados psicológicos e eventos ambientais que transversalizam dada interpretação. A percepção de cuidadores em contexto de adversidade no desenvolvimento infantil se faz importante para que possamos compreender suas interpretações acerca da condição do filho e como isto impacta em seu bem-estar psicológico e no da própria criança/adolescente.

Descobrir-se cuidador de uma criança que necessita de cuidados especiais, físicos ou psicológicos, requer a construção ou reconstrução de papéis, no qual estão envolvidos ajustamento psicológicos e utilização de recursos pessoais de enfrentamento. Os cuidadores primários (Bronfenbrenner, 1996) são aqueles que mais são impactados pelas mudanças atrelada a condição da criança, uma vez que são eles que se encontram na linha de frente dos cuidados destinados a elas (Gaia, 2014).

Pais de crianças com doenças crônicas percebem seus filhos como altamente vulneráveis para outras doenças, comparado a pais de crianças sem a condição médica, mesmo quando evidências clínicas confirmam o oposto (Houtzager, Moller, Maurice-Steam, Last & Grootenhuis, 2014). Do mesmo modo que ocorre com famílias de pacientes com doenças crônicas, as percepções pós diagnósticos de cuidadores de crianças com alterações no desenvolvimento, como o transtorno do espectro do autismo, são permeados por angústia, sentimento de culpa e incertezas acerca do futuro do filho (Pinto, Torquato, Collet, Reichert,

Saraiva, Neto, 2016; Souza, 2015).

Santos & Pereira-Martins (2016) construíram uma revisão sistemática para investigar a produção científica sobre as estratégias de enfrentamento e percepções de mães de crianças com deficiência intelectual. 13 estudos foram selecionados para análise. Os resultados indicaram que os cuidadores percebiam o cuidado da criança com deficiência intelectual como um tarefa estressante para a família e que este estresse parental suscitava mudanças no bojo Familiar, sendo neste momento acionadas estratégias de enfrentamento como o coping, a resiliência e o apoio social de familiares e profissionais.

Observa-se um alto número de publicações acerca da percepção de cuidadores de crianças em condição de doença crônicas (Penicker, 2013), mas uma produção ainda tímida em áreas dos transtornos mentais infantis, tal como o TDAH.

Gosh, Fisher, Preen & Holman (2015), investigaram qualitativamente a percepção de 8 pais sobre o TDAH, o significado que o diagnóstico traz para eles e suas atitudes em relação ao tratamento com medicação estimulante. Os pais se referiram ao TDAH como uma condição difícil na vida dos filhos, mas tem que tinha possibilidade de tratamento. Outra questão levantada pelos pais foi a do recebimento do diagnóstico como alívio para justificar falhas do filho. Os pais relataram ainda uma pressão pela normalização da crianças diante das expectativas da sociedade.

Outro estudo que explorou a percepção dos pais (17 mães e 10 pais) de crianças com TDAH foi realizado por Shah, Sharma, Grover, Chauham e Jhanda (2017). As áreas familiar, escolar e social foram investigada pelos autores. Os pais relataram que se percebem frustrados pelos comportamentos da criança e que suas relações conjugais e familiares são permeadas por tensões ocasionadas por situações do transtorno. As mães relataram maior estresse, mais dificuldades na vida familiar, enfrentaram críticas de familiares e comunidades imediatas em relação ao tratamento da criança, sentindo mais constrangimento, culpa e sensação de fracasso como mãe.

A análise das experiências e a realidade subjetiva de cuidadores de crianças com alterações biopsicológicas são importante para compreender os efeitos no comportamento e

desenvolvimento de quem cuida e quem é cuidado. Investigações com esta temática, podem contribuir para a ampliar a produção de conhecimento na área e consequente elaboração de estratégias de cuidado ao membro com transtornos mentais, como é o caso do transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

O TDAH é classificado como um transtorno mental, caracterizado como um dos distúrbios do neurodesenvolvimento mais comuns na infância, é percebido por alterações comportamentais evidentes e de base genética, estando implicados diversos fatores Neuropsicológicos que implicam em alterações no controle inibitório, memória de trabalho, tempo de reação, dentre outras (Fernandes, Monteiro, Ribeiro-SilvaPereira, Salvador & Lage, 2017;Gomes, Galindo, Braganollo, Moreno & Santos, 2017).

As características do transtorno são expressas na tríade da desatenção, hiperatividade/impulsividade e podem ser percebidas de modo evidente no comportamento do indivíduo. Sendo um transtorno de base comportamental, o diagnóstico é pautado na prevalência das características comportamentais, descritas no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V (American Psychiatric Association, 2013). O DSM V classifica o transtorno em graus e a partir da apresentação sintomatológica em (a) apresentação hiperativa-impulsiva, (b) apresentação de desatenção, e (c) apresentação combinada, que indica estado de desatenção e hiperatividade-impulsividade.

Além desta tríade, Barkley e Murphy (2008) apresentam um conjunto de características associadas com mais frequência a apresentação hiperativo-impulsivo, que são: 1) dificuldade em lembrar-se de fazer as coisas ou memória de trabalho; 2) atraso no desenvolvimento da linguagem interna e no seguimento de regras; 3) dificuldades com a regulação das emoções, da motivação e do estado de alerta; 4) diminuição da capacidade para resolver problemas, ingenuidade e flexibilidade na busca de objetivos em longo prazo e 5) variabilidade comportamental acima do esperado no desempenho de tarefas.

As informações mais recentes sobre diagnóstico indicam que além da avaliação clínica, a pessoa também deva avaliada considerando suas características neuropsicológicas, uma vez que

as funções executivas podem estar prejudicadas gerando prejuízos ao indivíduo.

É importante ressaltar, que para o diagnóstico do TDAH, além da predominância das características manifestadas, é preciso considerar fatores como (a) início precoce, em média entre os três e seis anos de idade, principalmente na apresentação hiperativa-impulsiva; (b) variação situacional dos sintomas, isto é, a manifestação dos sintomas varia de acordo com a situação em que o indivíduo se encontra; e (c) curso relativamente crônico, variando de acordo com a idade, mas com periodicidade longa e sem remissão total (Barkley & Murphy, 2008, APA, 2013).

No tangente as informações epidemiológicas, estas são bastantes divergentes variando entre 43% e 61% (Holmes et al. (2002) . Esta variação se dá em função da região onde o levantamento foi realizado, dos instrumentos de análise e fonte de dados (Pereira, 2012).

Barkley e Murphy (2008) estimam que o transtorno atinja de 3 a 8% das crianças em idade escolar, sendo mais comum em meninas do que em meninos. Em uma revisão sistemática sobre este tema, Hora, Silva, Ramos, Pontes & Nobre (2015) encontraram variações nas taxas de prevalência entre 2,7% e 31,1% nos estudos realizados em países diferentes. As causas para o TDAH ainda não são consenso entre os pesquisadores, mas o que se sabe é que estas estão ligadas a fatores de riscos pré, peri e pós-natal, questões psicosociais com influencia do *background* genético (Oliveira, Regazzo, Matos, Barreto & Oliveira).

Proposta de Dissertação

Diante do exposto, a dissertação proposta contribuirá com o arcabouço teórico acerca da autoeficácia parental em contexto da saúde mental infantil e, mostrando desta forma relevância científica para a área que ainda encontra-se em construção. No tocante a percepção de cuidadores, a partir da literatura revisada foi percebido uma carencia de

estudos que versem sobre a percepção de pais/cuidadores de crianças com transtornos mentais, sendo mais escassas ainda no contexto do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Desta forma a relação entre as duas variáveis, autoeficácia e percepção parental, compreende-se como uma proposta de estudo ainda não investigada do contexto da saúde mental infantil e bem estar psicológico do cuidador.

Neste sentido o objetivo desta dissertação foi o de investigar a percepção de autoeficácia de mães e avós de crianças com características do TDAH e a percepção que estes cuidadores apresentam sobre o TDAH e questões ligadas ao transtorno, por meio dos objetivos específicos de dois estudos:

Objetivos do estudo 1 e 2

Estudo 1

- Investigar a percepção de autoeficácia de mães e avós de crianças com características do TDAH, considerando a apresentação do transtorno e o quociente de inteligência total das crianças.

Estudo 2

- Descrever a percepção de mães e avós de crianças com características de TDAH acerca dos aspectos comportamentais e os dos fatores que interveem no desenvolvimento da crianças.

Ao final deste trabalho, estarão expostas as considerações finais da dissertação e as referências bibliográficas gerais do referencial teórico utilizado, bem como os apêndices que fazem parte deste trabalho.

Estudo 1

Dourado, C. M. (2018) *Autoeficácia de cuidadores de crianças com características do TDAH*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-Pa. Universidade Federal do Pará, 83 páginas.

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos distúrbios do neurodesenvolvimento mais comuns na infância. Cuidadores de crianças com características do TDAH declaram ter autoestima baixa, sensação de controle limitado sobre as dificuldades da criança e menos percepção na capacidade de lidar com estes problemas. O objetivo deste trabalho foi o de investigar a percepção de autoeficácia de cuidadores de crianças com características do TDAH, considerando o subtipo do transtorno e o quociente de inteligência total das crianças. Participaram 24 cuidadores maiores de 18 anos; cuidadores principais de crianças com idades entre 6 a 12. Os dados foram coletados no Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC). Utilizou-se o Protocolo de entrevista exploratória; escala de Autoeficácia Parental; EAEG; SNAP IV; Wisc IV. A maior parte dos cuidadores principais eram mães biológicas das crianças e 50% era responsável exclusivamente pelo cuidado do menor. Os cuidadores apresentam médias rebaixadas de autoeficácia parental e de autoeficácia relacionadas à aspectos gerais da vida. Os níveis mais baixos estiveram ligados aos casos de TDAH do subtipo combinado. Da aplicação do Wisc IV, observou-se que em ambos os grupos de cuidadores, com baixa e alta autoeficácia parental, as crianças apresentaram Quociente de Inteligência Total abaixo da média. É sugerido para investigações futuras, pesquisas com foco em intervenções que considerem a criança e o cuidador.

Palavras chaves: Autoeficácia; Cuidadores; TDAH.

Dourado, C. M. (2018). *Self-efficacy of caregivers of children with characteristics of ADHD. Masters dissertation*. Graduate Program in Behavioral Theory and Research. Belém-Pa. Federal University of Pará, 83 pages.

ABSTRACT

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in childhood. It is common for caregivers of children with ADHD characteristics to declare low self-esteem, a sense of limited control over the child's difficulties, and less awareness of their ability to deal with these problems. The aim this study was to investigate the perception of self-efficacy of caregivers of children with ADHD characteristics, considering the subtype of the disorder and the children's total intelligence quotient. 24 caregivers older than 18 years participated; self-reported as the primary caregiver of children with ADHD characteristics aged 6 to 12. Data were collected at the Center for Care of Women and Children (CASMUC). The instruments used were exploratory interview protocol; Parental Self-efficacy scale; EAEG; or SNAP IV; Wisc IV. The main caregivers of this study were biological mothers of the children and 50% were exclusively responsible for the care of the minor, exercising the occupation of the home; predominant male gender in the children of this study; 33.3% of these children besides ADHD had another associated diagnosis. Caregivers present lower values of parental self-efficacy and self-efficacy related to general aspects of life. The lowest levels of self-efficacy were linked to ADHD cases of the combined subtype. The results of Wisc IV revealed that in both groups of caregivers, the children presented a Total Intelligence Quotient below the expected average for the age group. It is suggested for future research, research focusing on interventions that consider the child and the caregiver.

Keywords: Self efficacy; Caregivers; ADHD.

O TDAH é caracterizado por uma tríade sintomatológica que compreende a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade (Conners, Erhardt & Sparrow, 1999; Dumas, 2011; Homer, Baltz & Hickson, 2000; Possa, Spanemberg & Guardiola, 2005). Crianças com TDAH costumam ser ruidosas, agitadas, impulsivas, hiperativas, desatentas e desorganizadas (Dumas, 2011; Faraone et al., e 1998; Faraone et al., 2001). Adultos, por sua vez, apresentam com mais frequência falta de atenção, impulsividade, irritabilidade e baixa tolerância à frustração (Soler & Medina, 2015).

As características do transtorno reverberam em prejuízos em áreas diversas da vida do indivíduo, sendo mais aparente a perturbação na vida em família e escolar. Porém, observam-se também danos no funcionamento social e afetivo (Jin, Du, Zhong, & David, 2013; Peixoto & Rodrigues, 2008; Possa, Spanemberg & Guardiola, 2005). O nível de prejuízo está diretamente relacionado a fatores como sexo, faixa etária, apresentação sintomatológica do transtorno e fatores de risco e de proteção (Araújo, 2002; Dumas, 2011; Freire & Pondé, 2005; Rohde, Dorneles & Costa, 2006).

Em termos epidemiológicos, os dados são bastante imprecisos variando entre 43% e 61%. Esta variação se dá em função da região onde o levantamento foi realizado, dos instrumentos de análise e fonte de dados. Barkley e Murphy (2008) estimam que o transtorno atinja de 3 a 8% das crianças em idade escolar. Holmes et al. (2002) defendem que esta taxa na verdade é de 10%. Para Brazelton e Sparrow (2003) o transtorno acomete 5% das crianças em idade escolar. Segundo Golfeto e Barbosa (2003) a prevalência do TDAH pode variar de 1 a 20%.

O TDAH é um distúrbio que afeta predominantemente o comportamento, por isso, o diagnóstico é baseado na prevalência de características comportamentais, descritas no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V (American Psychiatric Association, 2013). O DSM V classifica o transtorno em graus e a partir da

apresentação sintomatológica em (a) apresentação hiperativa-impulsiva (CID: F90.1), (b) apresentação de desatenção (CID: F90.0), e (c) apresentação combinada (CID: F90.2), que indica estado de desatenção e hiperatividade-impulsividade.

As pesquisas mais recentes sobre TDAH enfatizam os déficits do transtorno principalmente aquelas relativas a aspectos de alguma função executiva. As funções executivas são importantes conjuntos de habilidades necessárias para planejar ações dirigidas ao longo de um objetivo de maneira eficaz, para resolver problemas complexos entre as quais se destaca o déficit na inibição de respostas, atenção sustentada, memória de trabalho não verbal e verbal, planejamento, noção de tempo, regulação da emoção, perseverança (Soler & Medina, 2015).

Lopes et al. (2012) avaliaram, com a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças- 3ª edição (WISC III) (Wechsler, 2002), um grupo de crianças e adolescentes com queixas atencionais evidenciaram desempenho deficitário tanto nas medidas de QI (total, verbal e de execução) quanto nos índices fatoriais de compreensão verbal, velocidade de processamento, resistência à distração e organização perceptual. Diante destes resultados, sugere-se que a criança com TDAH apresenta além de comprometimento nas funções executivas, outros prejuízos cognitivos.

O comprometimento no comportamento, ocasionados por alterações desenvolvimentais, podem influenciar na autoeficácia parental (Schmidt & Bosa, 2007). O nível do TDAH exibido pela criança, incidem de sobremaneira na qualidade da confiança com a qual os cuidadores manejam o comportamento característicos do transtorno. Crianças que apresentam habilidades mais comprometidas, tanto no nível intelectual geral, como nas funções executivas, exigem de seus cuidadores maiores esforços em fazer com que os déficits em seu desenvolvimento não desencadeiem em prejuízos irreversíveis ao longo da vida (Lopes et al., 2012).

As características do transtorno justificam os prejuízos acumulados pelo indivíduo ao longo do tempo. Todavia, em termos mais amplos, estes prejuízos não se restringem a pessoa acometida, mas também acarretam danos aos contextos onde esta vive, especialmente o contexto familiar. Famílias, em particular as com cuidadores de crianças com TDAH tendem a ser mais exigidos para lidar com os comportamentos de suas crianças, o que pode influenciar na confiança destes para lidar com os comportamentos exibidos por elas (Bellé, Ruschel & Bosa, 2009).

A partir da década de 80, os estudos sobre parentalidade começaram a destacar a importância das cognições parentais no desempenho do exercício parental. Mais especificamente, as pesquisas colocaram em evidência a forte relação entre a autoestima dos pais e o bem-estar e práticas educativas parentais (Dekovic et al., 2010) e o comportamento das próprias crianças (Meunier & Roskam, 2009). Neste sentido, um importante componente da competência parental é a autoeficácia parental.

A autoeficácia se refere a percepção que as pessoas têm sobre sua capacidade de enfrentar e superar os desafios (Ferreira, Monteiro, Fernandez, Cardoso, Verissimo & Santos, 2014). De modo geral, a autoeficácia, consiste nas crenças das pessoas sobre suas competências de desempenho em atividades específicas. Pessoas com um baixo senso de autoeficácia tendem a atribuir seus fracassos a capacidades deficientes, enquanto aquelas que têm uma forte crença na sua autoeficácia atribuem seus fracassos ao esforço insuficiente (Bandura, 1993).

As pessoas que possuem fortes crenças na autoeficácia acreditam que são capazes de adquirir as competências necessárias para alcançar os seus objetivos e melhorar seu desempenho (Medeiros, Loureiro, Linhares & Marturano, 2000). As expectativas de autoeficácia determinam o comportamento de enfrentamento e o nível de esforço para vencer eventuais obstáculos no alcance das metas. Todo ser humano

precisa sentir-se capaz diante de cada desafio da vida e, ao mesmo tempo, com o controle sobre os resultados das próprias ações (Bandura, 1986). As pessoas devem ter um sentido forte de autoeficácia para sustentar o esforço perseverante necessário para ter sucesso (Bandura, 1993).

Direcionando este constructo para as relações da parentalidade, a autoeficácia percebida refere-se a avaliação pessoal que cada um faz acerca das suas capacidades e competências enquanto cuidador de uma criança para desempenhar esse papel e as dificuldades que acarretam (Seabra-Santos, Major, Pimentel, Gaspar, Antunes & Roque, 2015). Hastings e Brown (2002) sugerem que o senso de autoeficácia para o desempenho de atividades de cuidados parentais está correlacionado ao quanto os pais se sentem capazes de realizar tarefas com sucesso, pois a percepção que os pais fazem sobre a sua parentalidade pode ter papel direto ou indireto sobre o desenvolvimento das crianças (Tabaquim, Vieira, Razera; Ciasca 2015).

Em direções mais específicas, a autoeficácia parental tem sido investigada em contextos de cuidados de filhos com desenvolvimento atípico (Schmidt, 2004; Barbosa et al. 2012). Schmidt (2004) investigou possíveis relações entre expectativa de autoeficácia e estresse em mães de crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Para tanto, uma investigação quanti-quali foi realizada com 30 mães de crianças, onde foi aplicada a escala de autoeficácia de Sofronoff e Farbotko (2002) traduzida do inglês para o português para fins do estudo. Os dados revelaram que quanto maior os níveis de estresse menores as médias de autoeficácia, embora, segundo os autores, não tenha sido observada uma correlação significativa em nenhuma das famílias. Além disto, foi realizada uma análise de correlação entre a fase do estresse e a média de autoeficácia, contudo o teste realizado não indicou correlação significativa ($r=0,16$, $p=0,38$).

Tabaquim, Vieira Razera e Ciasca (2015) objetivaram identificar a relação do padrão de independência da criança com TEA e o nível de percepção de autoeficácia do seu cuidador. Para avaliar a autoeficácia, aplicaram a Escala de Percepção de Autoeficácia que tem como objetivo identificar a percepção do cuidador sobre a sobrecarga do trabalho e a relação com a pessoa sob seus cuidados. É um instrumento composto por 22 itens que avaliam os comportamentos mais apresentados por indivíduos com autismo e o quanto os pais e cuidadores acreditam serem capazes de manejá-los. É formada por três categorias: autoeficácia para obtenção de uma pausa; autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada; autoeficácia para controlar pensamentos negativos sobre o ato de cuidar. Os dados sugerem que a maior parte dos cuidadores demonstravam sentir-se incapazes de obter uma pausa no ato de cuidar, evidenciando culpa ao pensar em ter um tempo para si próprio e ter que pedir a um amigo ou familiar para cuidar da criança.

No panorama geral científico há poucos estudos sobre a percepção de autoeficácia em cuidadores de crianças com transtornos mentais, particularmente em crianças com TDAH e que relacionam este com os tipos de TDAH e o nível cognitivo dos indivíduos. Dada a importância que a autoeficácia representa para o desenvolvimento de uma parentalidade saudável, o objetivo deste estudo foi o de investigar a percepção de autoeficácia de cuidadores de crianças com características do TDAH, considerando o subtipo do transtorno e o quociente de inteligência total das crianças.

Objetivo Específico

- 1- Construir um perfil sociodemográfico da amostra de cuidadores de crianças com características do TDAH;

- 2- Descrever a percepção dos cuidadores de crianças com características do TDAH sobre sua autoeficácia parental;
- 3- Relacionar a percepção de autoeficácia parental e da autoeficácia geral dos cuidadores de crianças com características do TDAH;
- 4- Relacionar a autoeficácia parental com o tipo de TDAH das crianças;
- 5- Relacionar a autoeficácia parental com o quociente de inteligência total das crianças com características do TDAH.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo descritivo e de cunho quantitativo.

Participantes

Participaram do estudo 24 cuidadores de crianças com características do TDAH (diagnóstico ou hipótese diagnóstica), encaminhadas por profissionais de um serviço de saúde pública da cidade de Belém do Pará. Estes cuidadores atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1) Ter Idade superior a 18 anos; 2) Apresentar-se como cuidador principal de crianças com características TDAH na faixa etária de 6 a 12 anos; 3) Adesão à pesquisa via aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os cuidadores que apresentaram condições contrárias aos da inclusão eram excluídos da pesquisa, ou ainda por: 1) apresentar diagnóstico psiquiátrico ou fazendo uso de medicação psicotrópica; 2) não finalização de qualquer etapa do estudo.

Ambiente

A coleta de dados foi realizada no espaço do Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) em Belém-Pará-Brasil, em salas arejadas e com

luminosidade adequada para a realização das entrevistas. O CASMUC teve sua fundação em Janeiro de 2013 com o objetivo de promover o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da prestação de serviços ambulatoriais especializados nas áreas de ginecologia/obstetrícia e pediatria. Este centro é ligado a faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará e conta também com o apoio do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), para a realização de exames específicos. Atualmente, a equipe do centro é formada por 16 médicos, oito em cada área de atendimento (ginecologia/obstetrícia e pediatria) que disponibilizam o serviço gratuitamente às famílias provenientes da região metropolitana de Belém e de vários municípios do estado do Pará em parceria com as unidades básicas de saúde.

Instrumentos

A coleta de dados ocorreu por meio dos seguintes instrumentos:

Protocolo de entrevista exploratória

Trata-se de um documento de investigação inicial visando a construção de um perfil sócio demográfico do cuidador e levantamento de informações importantes sobre a criança com as características do TDAH. O protocolo é estruturado em duas partes. A primeira em dados quantitativos, onde estão organizados as informações sobre a família (cuidadores, configuração familiar, histórico familiar ou dos responsáveis e dados sócios demográficos) e caracterização da criança (dados gerais e específicas sobre transtorno). A segunda parte trata-se de informações qualitativas, onde constam dados sobre o relacionamento familiar (relacionamento do cuidador com a criança com características do TDAH e desta, com outros membros da família). Contudo apenas a parte quantitativa deste protocolo foi considerada neste estudo.

Escala de Autoeficácia Parental (Sofronoff e Frabotko, 2002)

Esta escala foi extraída por Schmidt (2004) do trabalho de Sofronoff e Farbotko (2002) para investigar a autoeficácia dos pais com Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) e que neste estudo sofreu adequação para investigar a autoeficácia dos cuidadores de crianças com TDAH. Consiste em 18 itens que avaliam os comportamentos mais apresentados pelo indivíduo com o transtorno e o quanto os pais acreditam ser capazes de manejar estes comportamentos. Os pais respondem "sim" ou "não" aos comportamentos que seus filhos tenham ou não apresentado recentemente, e pontuam o grau de confiança no manejo de cada comportamento, através de uma escala tipo *Likert* de 6 pontos, que variam de nenhuma confiança (0) até completamente confiante (5), quanto maior a pontuação obtida pelos cuidadores, maior a percepção de autoeficácia parental.

Escala de Autoeficácia Geral-EAEG (Sherer, Maddux, Mercadante, Prentice-Dann, Jacob e Rogers,1982)

Esta escala foi utilizada para identificar um senso geral de autoeficácia que reflete uma confiança global das habilidades de competência pessoal dos cuidadores para enfrentar situações estressantes. O instrumento foi desenvolvido por Sherer et. al. (1982) e adaptada por Ribeiro em 1995 para a população portuguesa. A escala é composta de 15 itens subdividida em três fatores: O primeiro fator (IP) inclui seis itens (1,5,6,7, 14,15); o segundo fator (EPA) inclui cinco itens (2,4,8,9,12); o terceiro fator (ES) agrupa quatro itens (3,10,11,13). Os escores podem ser utilizados como perfil das diferentes subescalas ou como um escore global. Para este estudo foi considerado apenas o escore global da escala. Quanto mais baixo o escore, menor a percepção de autoeficácia. O escore total e por dimensão correspondem a soma bruta dos itens (Ribeiro, 1995).

A análise de consistência interna, com recurso ao teste de alfa de *Cronbach*

sobre os resultados dos estudos encontrou o valor de alfa para a escala total com a amostra do estudo definitivo foi de 0,84, o que apresenta uma boa consistência interna (Ribeiro, 1995).

O SNAP IV (Mattos et al., 2006)

Utilizado para identificar o tipo de TDAH exibido pela criança. Este instrumento foi construído com base nos critérios diagnóstico referentes ao TDAH e o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) da 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV). Trata-se de um questionário de domínio público, traduzido para língua portuguesa por Mattos et al. (2006) com versão para pais/mães e professores. Constitui-se por 26 itens, dos quais, os nove primeiros itens correspondem aos sintomas de desatenção, enquanto que os itens de 10 a 18 estão relacionados aos comportamentos característicos da hiperatividade/impulsividade. Os demais itens da escala são equivalentes às características do TOD e não foram utilizados nesta pesquisa. Neste sentido, foi solicitado aos participantes a responderem os itens do 1 ao 18. As respostas podem ser classificadas de acordo com sua gravidade em uma escala de quatro níveis: “nenhum pouco” “só um pouco” “bastante” e “demais” (Marcon, Sardagna & Schussle, 2016; Mattos et al, 2006).

Escala Wechsler de inteligência para Crianças- Wisc IV (Wechsler, 2003)

A escala Wechsler de inteligência para crianças- 4ª edição, é um instrumento utilizado nos ambientes clínico e de pesquisa, com aplicação individual que tem como objetivo avaliar a capacidade intelectual das crianças e o processo de resolução de problemas. A escala é aplicável a indivíduos com idade entre 6 anos e 0 meses a 16 anos e 11 meses e teve sua edição de validação para a população brasileira publicada no ano de 2013. O teste é composto por 15 subtestes, sendo 10 principais (cubos, semelhanças, dígitos, conceitos figurativos, código, vocabulário, sequência de números e letras,

raciocínio matricial; compreensão e procurar símbolos) e 5 suplementares (completar figuras, cancelamento, informação, aritmética e raciocínio com palavras), e seus resultados são organizados em quatro índices, à saber: índice de compreensão verbal, índice de organização perceptual, índice de memória operacional e índice de velocidade de processamento, por fim a escala também resulta em um quociente de inteligência total (QIT).

Em relação as propriedades psicométricas os coeficientes de confiabilidade foram calculados por meio do método Split-Half e submetidos à correlação de Spearman-Brown. Constatou-se que os coeficientes de precisão variaram de 0,65 a 0,97. Com relação a média geral, estes índices variaram de 0,70 a 0,97, podendo ser considerado como adequados.

Procedimentos

Éticos

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado, cuidadores de pessoas com TDAH: suas percepções, rotina, estresse e autoeficácia parental - uma proposta de intervenção, o qual foi submetido e aprovado ao comitê de ética em pesquisa sob o parecer xxxxx. Além disto foram garantidas todas as condições éticas previstas conforme a resolução nº. 510 /16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, garantindo aos participantes da pesquisa a confidencialidade das informações e o direito ao acesso dos resultados, além dos esclarecimentos devidos dos objetivos da pesquisa sob o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

De Coleta

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2017, com a equipe de pesquisadores (duas psicólogas e 2 alunos de graduação), presentes no centro 3 dias da semana pela manhã e um dia a tarde. Inicialmente, a equipe de pesquisadores estava

disponível na instituição para a captação de participantes nos dias destinados ao ambulatório do TDAH. Foi confeccionado um modelo de carta convite que era entregue aos médicos da instituição. Os médicos responsáveis pelos atendimentos das crianças entregavam a carta convite aos responsáveis e, caso estes se encaixassem no estudo e demonstrassem interesse em participar, eram encaminhados à recepção do centro para agendamento das entrevistas de acordo com as datas disponíveis. Os pesquisadores tinham acesso aos contatos dos cuidadores e os contatavam por via telefônica, ou mesmo, pessoalmente nos dias de consulta médica. Posteriormente realizavam-se as entrevistas e aplicação de instrumentos. Um segundo momento era agendado junto ao responsável para a aplicação da escala de inteligência para crianças. Este segundo momento era agendado conforme disponibilidade do participante e durava aproximadamente 1 hora e meia. As aplicações da escala com as crianças eram realizadas no mesmo local, onde eram realizadas as entrevistas com os cuidadores e caso não pudessem ser finalizadas em apenas uma aplicação, era agendado com o cuidador uma segunda parte da aplicação, com intervalo máximo de uma semana entre as aplicações.

Análise dos Dados

Depois de recolhidos, os dados do protocolo de entrevista exploratória e dos instrumentos padronizados foram introduzidos numa base de dados do SPSS-Statistical Package for the Social Sciences (versão 20.0 para Windows) e analisados por meio da estatística descritiva e de frequência relativa.

Para as escalas de autoeficácia parental e autoeficácia geral foi estabelecido pontos de corte para classificar os níveis da percepção da autoeficácia (alto e baixo), a partir da pontuação bruta de cada escala. Neste sentido para ambas as escalas de autoeficácia, que apresentam escore máximo de 90 pontos, foi considerado o valor 45

como ponto de corte. Neste sentido, escores abaixo de 45 caracterizavam baixa autoeficácia (parental ou geral), enquanto que escores iguais ou acima de 45 caracterizavam alta autoeficácia (parental ou geral).

O instrumento SNAP-IV teve o seguinte padrão de correção: caso existissem pelo menos 6 itens marcados como “bastante” ou “demais” nas questões de 1 a 9, existiam mais indicadores de desatenção e a criança era classificada como predominantemente desatenta. Caso existissem pelo menos 6 itens marcados como “bastante” ou “demais” nas questões de 10 a 18, existiam mais sintomas da hiperatividade e impulsividade e então, a criança era classificada com predominantemente hiperativa-impulsiva. Caso houvessem as duas formas de marcação no instrumento respondido pelo cuidador, a criança era classificada como do tipo misto. Por fim, se houvesse mais de 6 itens marcados como “nenhum pouco” ou “só um pouco” para questões de 1 a 9 e de 10 a 18, eram classificadas como sem TDAH.

Os subtestes da escala Wisc IV foram corrigidos e analisados conforme descrito no manual de instruções para aplicação e avaliação contido no kit do teste. Para este estudo foram aplicados os 10 subtestes principais que compõe o teste, e quando a criança não atendia a qualquer critério de aplicação de algum subteste, este era substituído por um outro subteste suplementar de acordo com as orientações do manual do instrumento. Para este estudo, apenas o QIT foi exibido nos resultados. Além disto o resultado referente aos pontos compostos (score do QIT) foram exibidos de modo qualitativo: extremamente baixo (score abaixo ou igual a 60) limítrofe (score de 70 a 79), média inferior (score de 80 a 89), média (score de 90 a 109), média superior (score de 110 a 119), superior (score de 120 a 129) e muito superior (score igual ou acima de 130).

Resultados

Dados Sociodemográfico

Dos cuidadores

Dos 24 cuidadores principais, 75% eram mães biológicas das crianças envolvidas no estudo, 12,5% avós e 12,5% divididos entre pai biológico, mãe e pais adotivos. 79,2% dos cuidadores secundários eram os pais biológicos das crianças. A média de idade dos cuidadoras principais era 39,5 (DP = 10) com 45,8% delas, apresentando o nível médio completo de escolaridade e 70,8% casadas ou em união estável. 50% das cuidadoras tinham como ocupação principal ser “do lar” caracterizado pelo cuidado exclusivo a criança e exercício das atividades domésticas. 16,7 % dos cuidadores, além de cuidar da criança era responsável pelos cuidados especiais de outro ente querido, por adoecimento crônico. Apesar de não exercerem atividades profissionais extra domicílio, 50% das cuidadoras principais tinham renda individual ‘de até um salário mínimo, advinda de atividades remuneradas informalmente na própria residência. A maior parte das participantes (91,7%) eram naturais do estado do Pará, e 45,8% dos participantes consideravam-se católicos e 37,5% evangélicos.

Das crianças

87,5% das crianças eram do sexo masculino com média de idade de 8,71 (DP=2,36), com diagnóstico de TDAH ou em processo diagnóstico. Sendo que em 33,3% da amostra, além do TDAH, a criança tinha outros diagnósticos (transtorno de aprendizagem, distúrbio do processamento auditivo central, distúrbio de linguagem, transtorno do pânico). A idade média da criança quando diagnosticada foi de 6,21 (DP = 2,36), sendo que em 37,3% dos casos o profissional que forneceu o diagnóstico ou a hipótese diagnóstica para o TDAH foi o pediatra, seguidos do neuropediatra (25%).

70,8% das crianças são acompanhadas por algum profissional, destes 21% são acompanhadas por mais de três profissionais (psicólogo, pedagogo, fonoaudiólogo, etc.). Há ainda um contingente de 29,2% que não recebem acompanhamento de outros profissionais, exceto do médico. A utilização de substâncias psicotrópicas é realidade para 33,3% das crianças deste estudo.

Dos familiares

Em relação ao tipo de família, 54,2% eram caracterizadas como famílias de casais com filhos e 37,5 como família extensa. A média do tempo de união entre os responsáveis quando do nascimento da criança foi de 5,5 (DP= 6,49), sendo que em 54,2% dos casos houve separação entre os genitores, após o nascimento da criança (37,6%). 50% das famílias vivem mensalmente com até um salário mínimo e de um até dois salários mínimos. Em relação ao recebimento de auxílios beneficiários transferidos do governo federal, 50% das famílias faziam parte de algum benefício (programa bolsa família, benefício de prestação continuada, auxílio doença e pensão por morte). Quando questionados sobre a presença na família de outras pessoas com o mesmo diagnóstico da criança, apenas 20,9% afirmaram que sim, sendo que entre estes, 16,7% eram primos e 4,2% pai. Em 41,7% dos casos, apesar de outros familiares não apresentarem diagnóstico, de acordo com os cuidadores principais, estes apresentam características semelhantes com as da criança com TDAH ou em processo diagnóstico.

Dados Autoeficácia

Parental

A tabela 1 exhibe o resultado da autoeficácia parental dos cuidadores. Os cuidadores apresentaram de modo geral baixa autoeficácia ($M=34,67$). 16 cuidadores com escores abaixo da média (autoeficácia parental < 45) e 8 cuidadores encontram-se acima da média (autoeficácia parental).

Autoeficácia parental				
Nº total de Participantes (n=24)			Média 34,67	Desvio padrão 18,41
Participantes com Alta Autoeficácia Parental (n=8)			54,5	10,62
Participantes com Baixa Autoeficácia Parental (n=16)			26	12,06

Nota: o ponto de corte definido para o estudo foi de 45, com base em um escore total de 90 para o instrumento utilizado.

Considerando os dois grupos de autoeficácia parental identificados (alta e baixa), foram relacionados a estes os resultados da autoeficácia geral dos cuidadores de ambos os grupos e ainda os tipos de TDAH das crianças dos respectivos cuidadores. A tabela 2 mostra a estatística descritiva destes resultados considerando o grupo de cuidadores com alta e baixa autoeficácia parental.

Tabela 2. Autoeficácia parental, geral e subtipo de TDAH.

	Autoeficácia Geral	Tipo de TDAH da criança
Alta Autoeficácia Parental (n=8)	M= 39,75; DV= 7,83	37,5% predominantemente desatento; 37,5% do tipo combinado e 25% sem TDAH
Baixa Autoeficácia Parental (n=16)	M=43,18; DV= 8,57	93,75 % tipo combinado e 6,25 sem TDAH.

Nota: o ponto de corte traçado para o estudo foi de 45, com base em um escore total de 90 para o instrumento utilizado.

Ambos os grupos de cuidadores obtiveram médias rebaixadas na percepção de autoeficácia geral, contudo os cuidadores que obtiveram médias de autoeficácia parental mais alta na análise anterior, nesta análise foram os que exibiram médias relativamente mais baixas (39,75) comparados aos cuidadores com baixa autoeficácia parental (43,18). Outro resultado importante é que a relação entre o tipo de TDAH do filho mostra que para os cuidadores com a percepção baixa tanto da autoeficácia parental como da autoeficácia geral, suas crianças exibem transtorno do tipo combinado com predominância em 93 75% dos casos.

Das 24 crianças cuidadas pelos participantes da pesquisa, em 14 foi realizada a aplicação da escala Weschesler de inteligência para crianças- (Wisc IV). Neste sentido, são observados na tabela 3 os resultados dos pontos compostos para o quociente de inteligência total (QIT) relacionados aos grupos de alta e baixa autoeficácia parental.

Tabela3. Quociente de inteligência e grupos de autoeficácia.

Autoeficácia parental	Resultado Wisc IV	
	Pontos compostos QIT (M)	Pontos compostos QIT (DP)
Baixa	66,45	19,95
Alta	84,33	39,25

Nota: 100 = média do quociente de inteligência para a faixa etária.

Observa-se que para ambos os grupos, as médias estiveram abaixo do padrão esperado para indivíduos com esta faixa etária. No grupo de cuidadores com alta percepção de autoeficácia, a média do QIT das crianças (84,33) foi maior, comparadas a média do QIT (66,45) das crianças do grupo de cuidadores com baixa autoeficácia. Considerando uma descrição qualitativa, as crianças dos cuidadores com alta autoeficácia apresentaram no momento da coleta de dados QIT com média inferior (escore de 80 a 89). Já as crianças dos cuidadores com baixa autoeficácia apresentaram no momento da coleta de dados, QIT extremamente baixo (escore igual ou menor que 69).

Discussão

Como apresentado anteriormente o objetivo desta pesquisa foi o de investigar a percepção de autoeficácia de cuidadores de crianças com características do TDAH, considerando o subtipo do transtorno e o quociente de inteligência total das crianças.

Os dados deste estudo apontaram que os cuidadores de crianças com características de TDAH apresentam médias rebaixadas de autoeficácia parental e de autoeficácia relacionadas a aspectos gerais da vida. Os níveis mais baixos de

autoeficácia estiveram ligados aos casos de TDAH do subtipo combinado. Os dados referentes a aplicação do Wisc IV revelaram que em ambos os grupos de cuidadores, com baixa e alta autoeficácia parental, as crianças apresentaram Quociente de Inteligência Total abaixo da média esperada para a faixa etária.

A maior parte dos cuidadores principais deste estudo eram mães biológicas das crianças e 50% era responsável exclusivamente pelo cuidado do menor, exercendo a ocupação de “do lar”. Este dado é recorrente em estudos da literatura (Bianco Faria & Cardoso, 2016), uma vez que ainda são frequentes os episódios de mulheres que quando confrontadas com o diagnóstico da criança, abrem mão de suas tarefas extradomiciliares e assumem as responsabilidades pelo cuidado do filho.

Em relação ao estado civil dos cuidadores principais 70, 8% estavam casados ou em união estável. Este resultado não é habitual em famílias de crianças com outras alterações de desenvolvimento (Cherubine, Bosa & Bandeira, 2008;), mas comum em famílias de crianças com TDAH e transtornos de comportamento (Faria & Cardoso, 2016; Bellè, Andreazza, Ruschel & Bosa, 2009). A revisão sistemática de Guilherme, Mattos, Serra-Pinheiro & Regalla (2007) aponta que apesar da presença do transtorno implicar em dificuldades no funcionamento conjugal dos pais e estas famílias apresentarem altos níveis de conflito marital e familiares em 50% dos casos há a permanência dos conjuges após o diagnóstico da criança, talvez por estes conflitos não serem exclusivamente por questões ligadas a criança.

A predominância do sexo masculino nas crianças deste estudo corrobora o que algumas pesquisas têm encontrado (Nobre, 2016; Hora et al, 2015) e as informações referente as questões diagnósticas relativas ao gênero destacadas no DSM V (APA, 2013). 33,3% destas crianças além do TDAH apresentavam outro diagnóstico associado, sendo em sua maioria dificuldades que impactam em seu desempenho

escolar. Este dado é bem preocupante, sobretudo porque crianças que apresentam dificuldades comportamentais e/ou emocionais, denominada pelo Ministério da Educação (MEC) como transtorno funcionais, ainda não tem amparo oficial nas políticas de inclusão escolar. Estas dificuldades segundo Gauy (2016) são geradores de barreiras acadêmicas e de problemas de alto impacto ao longo da vida acadêmica e pessoal destes indivíduos.

O uso de psicotrópico é bastante comum em crianças que apresentam o TDAH, sendo mais usados os da classe dos psicoestimulantes (Moreira, Sakae, Blate & Remor, 2017). Um dado interessante deste estudo é o fato que apesar de a maioria das crianças apresentarem o subtipo combinado da alteração, apenas 33,3% delas faziam uso de alguma classe farmacológica. Sabe-se que a intervenção medicamentosa é apenas uma das necessárias, intervenções para a criança com o TDAH e essa informação pode ser interpretada considerando que a maior parte das crianças deste estudo recebiam algum tipo de acompanhamento reabilitacional contínuo.

Os dados que revelam a baixa autoeficácia parental dos cuidadores corroboram com outros achados da literatura que considera que em crianças que apresentam comprometimento ocasionados por alterações comportamentais, a percepção de autoeficácia parental sofre influências negativas (Schimidt & Bosa,2007). Isto pode ser explicado uma vez que o aumento na severidade da alteração interfere na qualidade de confiança dos cuidadores para manejar os comportamentos exibidos pelo menor.

No caso dos participantes deste estudo, os cuidadores que exibiram médias mais rebaixadas de autoeficácia parental foram aqueles em que os filhos apresentaram em 93,75% o TDAH do subtipo misto. O TDAH do subtipo combinado é a forma do transtorno em que estão presentes os três grupos de sintomas principais da alteração: Desatenção, hiperatividade e impulsividade. Neste sentido parece que, como encontrado

em outros estudos (Souza, 2017) quanto mais severo for o transtorno, mais influenciará na percepção que este cuidador tem a respeito de sua confiança para lidar com o comportamento do menor, refletindo sobremaneira em sua percepção de competência parental.

Foi descrito também a autoeficácia geral dos cuidadores. Assim como na percepção da autoeficácia parental, na autoeficácia geral foram identificadas médias rebaixadas do constructo. Apesar de ambos os grupos de cuidadores apresentarem autoeficácia abaixo da média estabelecida, os cuidadores do grupo com alta autoeficácia parental exibiram média de autoeficácia geral ainda mais rebaixadas ao do grupo com baixa autoeficácia parental. Isto nos mostra que, apesar de este pais apresentarem percepção positiva quanto a questões gerais da vida, quando se trata de assuntos ligados a manejo dos comportamentos do filho há uma inversão desta autoeficácia, explicando desta forma este dado.

É importante lembrar que a apresentação de uma percepção de autoeficácia rebaixada pode impactar na saúde mental destes cuidadores, podendo influenciar em níveis de depressão e ansiedade (Leal, 2015). Nesta perspectiva, Leal (2015) pondera em seus achados que a autoeficácia parental agiu como um fator de proteção para pais de crianças com alterações no desenvolvimento, assim quando estes pais apresentavam uma boa percepção de autoeficácia face a resolução de seus problemas, apresentaram menores índices de depressão.

No tocante a avaliação cognitiva os resultados sugeriram que tanto para os cuidadores com alta percepção da autoeficácia parental como aqueles com baixa percepção o QIT das crianças estivera abaixo da média. Outros estudos já identificaram os níveis médios do QIT infantil variando entre abaixo da média e na média para as crianças com TDAH (Pires, Passos & Assis, 2012; Lopes, Farina, Wendt, Esteves &

Argimon,2012;). Souza, Simão, Lima e Ciasca (2011) comparam os resultados do desempenho cognitivo de crianças e jovens diagnosticados com os diferentes subtipos do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III) e identificaram que aquelas dentro do perfil predominantemente desatento o QIT foi pior em relação aos indivíduos com o perfil combinado.

Como descrito anteriormente as médias do QIT das crianças nos dos dois grupos de autoeficácia parental estiveram abaixo dos valores estimados para a amostra. Contudo, os cuidadores que apresentaram baixa autoeficácia estiveram relacionados com as crianças com o QIT extremamente baixo. Vale ressaltar aqui que como colocado por Lopes et al (2012), um teste de inteligência é uma medida objetiva relativa do desempenho habitual das capacidades intelectuais e estabelece uma relação de função com as peculiaridades do contexto sócio-cultural do indivíduo submetido a avaliação.

Ainda no que concerne a percepção da autoeficácia dos cuidadores e o QIT das crianças, não podemos identificar neste estudo qual é efeito ou causa um do outro, uma vez que variáveis de diversas naturezas podem estar influenciando nestes dados, como as sociodemográficas, ambientais e genéticas. Apesar disto, podemos racionalizar sobre este resultado ponderando a existência de uma relação bidirecionada entre a percepção de autoeficácia e o QIT das crianças. Como descrito anteriormente a percepção que os pais fazem sobre a sua parentalidade pode ter papel direto ou indireto sobre o desenvolvimento das crianças (Jones & Prinz, 2005; Tabaquim, Vieira, Razera; Ciasca 2015), da mesma forma como as características cognitivas e comportamentais exibidas pelas crianças podem inibir ou potencializar a percepção da autoeficácia parental, impactando na sobrecarga emocional de quem cuida (Bellé, Andreazza, Ruschel & Bosa, 2012).

Considerações finais

Este estudo contribui para a literatura sobre parentalidade e fornece dados importantes sobre a percepção da autoeficácia parental e geral de cuidadores de crianças com transtornos do desenvolvimento, particularmente sobre crianças que apresentam características do TDAH.

Destaca-se que a baixa percepção na autoeficácia parental e geral dos cuidadores pode influenciar sobremaneira o modo como estes direcionam seus cuidados a criança, influenciando desta forma a orientação do desenvolvimento daquele que exibe as características do transtorno. Este estudo colabora ainda para o alerta sobre o desenvolvimento de políticas públicas orientadas para a saúde psicológica de quem cuida, pois como foi visto, níveis altos de autoeficácia parental parecem atuar como fator de proteção para a saúde psicológica não apenas da criança com alteração de desenvolvimento, mas também de seus cuidadores.

Como limitação desta pesquisa considera-se o número de participantes utilizados na amostra, a inexistência de análise estatísticas sofisticadas que possam revelar achados inovadores e ainda, a utilização apenas de escalas para avaliar o constructo da autoeficácia.

Esta pesquisa realizou a descrição do constructo de autoeficácia em cuidadores de crianças com características do TDAH e foi possível identificar como esta percepção pode dar-se de modo alterado no contexto do transtorno, contudo é necessário ir além de um objetivo descritivo. Nesta direção, é sugerido para investigações futuras, pesquisas com foco em intervenções que considerem a criança e o cuidador. Considerando a criança, intervenções que tenham como foco a aquisição e manutenção de habilidade deficitárias no transtorno podem auxiliar na construção de uma autoimagem positiva e

no desenvolvimento de competência pró-social. No tangente aos cuidadores, modelos interventivos que considerem a educação parental, podem ser um tipo de estratégia que estimule práticas positivas de parentalidade, gerando mudanças pessoais que refletem na educação das crianças.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnósticos Estatísticos De Transtornos Mentais*, 5ª ed. (DSM 5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Araújo, A. P. Q. C. (2002). Avaliação e manejo de crianças com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria*; 78 (supl.1), S104 – S110.
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc. Retrieved from <http://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=rcnJB7Wkr9YC&oi=fnd&pg=PA94&dq=the+social+foundations+of+thought+and+action&ots=DYNNnRPwhK&sig=ajTjjUIM2PPvAz2Qvjm4Wch-gEc>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc. Retrieved from <http://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=rcnJB7Wkr9YC&oi=fnd&pg=PA94&dq=the+social+foundations+of+thought+and+action&ots=DYNNnRPwhK&sig=ajTjjUIM2PPvAz2Qvjm4Wch-gE>
- Bandura, A. (1993). Perceived self efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), pp.117–148
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Exercícios clínicos (M. F. Lopes, Trad., 3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bellé, A., & Andreazza, A., & Ruschel, J., & Bosa, C. (2009). Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (3), 317-325
- Bellé, A., Andreazza, A., Ruschel, J. & Bosa, C. (2009). Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-325.
- Brazelton TB, Sparrow JD. (2003). 3 a 6 anos: momentos decisivos do desenvolvimento infantil. Porto Alegre: Artmed
- Cardo, E.; Severa, M. (2008). Transtorno de déficit de atenção e Hiperatividade: estado da questão e futuras linhas de intervenção. *Rev. Neurol.*, 46, 365-372.
- Cherubini, Z. A.; Bosa, C. A. & Bandeira, D. S. (2008). Estresse e Autoconceito em Pais e Mães de Crianças com a Síndrome do X-Frágil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 409-417.

- Cherubini, Zuleika Ana, Bosa, Cleonice Alves, & Bandeira, Denise Ruschel. (2008). Estresse e autoconceito em pais e mães de crianças com a síndrome do X-frágil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 409-417. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000300009>
- Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners' Adult ADHD Rating Scales. (1999). *North Tonawanda: Multi-Health System*.
- Dekovic, M., Meijer, A. M., Reitz, E., Wittenbord, G. V. D., & Stoel, R. D. (2010). Longitudinal relation between sleep quality , time in bed adolescente problem behavior. *Journal os child psychology and psychiatry*. ,5, pp.1278-1286. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02261.x
- Del bianco Faria, A., M.(2010). Crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: um olhar sobre o cuidador primário. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo
- Dumas, J. E. (2011). Psicopatologia da infância e da adolescência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Faraone, S. V., Biedreman, J. M. D., Weber, W. B. A., & Russell, R. L. B. A. (1998). Psychiatric, Neuropsychological, and Psychosocial Features of DSM-IV Subtypes of AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: Results From a Clinically Referred Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), 185-193.
- Faraone, S. V., Doyle, A. E., Mick, & Biederman, J. (2001). Meta-analysis of the association between the dopamine D4 gene 7-repeate allele and Attetiondficit/hyperactive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 158, p.1052-1054.
- Faria, Ana Maria Del Bianco, & Cardoso, Carmen Lúcia. (2016). Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psico*, 47(3), 228-237. <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.3.21479>
- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., Veríssimo, M., & Santos, A. (2014). Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de autoeficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*
- Freire, A.C. C., & Pondé, M. P. (2005). Estudo Piloto da prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade entre crianças escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63 2B, 474-478.
- Gauy, F. V. (2016). Crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais tem necessidade de políticas de inclusão escolar?. *Educar em Revista*, 59, pp.79-95.
- Golfeto, J. H., & Barbosa, G. A. (2003). Epidemiologia. Em: L. A. Rhodes & P. Mattos (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH - Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.

- Guilherme, P. R.; Matos, P.; Serra-Pinheiro, M. A. & Regalla, M. A. (2007) Conflitos conjugais e familiares e presença de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*, 56 (3): 201-207.
- Hastings, R. & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, v. 107, n. 3, p. 222-232.
- Hastings, R.; Brown, T. Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, v. 107, n. 3, p. 222-232, 2002.
- Holmes, J., Payton, A., Barrett, J., Harrington, R., McGuffin, P., Owen, M, et al. (2002). Association of DRD4 in children with ADHD and comorbid conduct problems. *Am J Med Genet*. V.114(2):150-3.
- Homer, C. J., Baltz, R.D., Hickson, G.B., et al. (2000). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*.
- Hora, Ana Flávia, Silva, Simone, Ramos, Maely, Pontes, Fernando, & Nobre, João Paulo. (2015). The prevalence of ADHD: a literature review. *Psicologia*, 29(2), 47-62. <https://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1031>
- Jin, W., Du, Y., Zhong, X., & David, C. (2013). Prevalence and contributing factors to attention deficit hyperactivity disorder: A study of five- to fifteen-year-old children in Zhabei District, Shanghai. *Asia-Pacific Psychiatry*.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363.
- Leal, H. M. P. (2015). Stress parental, vinculação, autoeficácia e estilos de coping em pais/ cuidadores de crianças com perturbações no desenvolvimento. Tese de doutorado. Universidade Miguel Hernandez, Portugal, Lisboa.
- Lopes, R. M. F., Farina, M., Wendt, G. W., Esteves, C. S. & Argimon, I. I.L. (2012). Sensibilidade do wisc-III na identificação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). *Panamerican journal of neuropsychology*, 6 (1), pp. 128-140.
- Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. N., & Marturano, E. M. (2000). A Autoeficácia e os aspectos comportamentais das crianças com dificuldades de aprendizagens. *Psicologia: reflexão e crítica*, 13 (3), pp327-336. Retirado de www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v13n3/v13n3a02.pdf
- Meunier, J., & Roskam, I. (2009). Self-efficacy beliefs amongst parents of young children: Validation of a self-report measure. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 495-511. doi:10.1007/s10826-008-9252-8
- Nobre, J. P. (2016). Transtorno no Déficit de Atenção e Hiperatividade: um estudo de rastreamento entre escolares de Castanhal/PA. Tese de doutorado. Universidade Federal do Pará, Belém, Pará.

- Schmidt, C. (2004). Estresse, autoeficácia e o contexto de adaptação familiar de mães de portadores de transtornos globais do desenvolvimento. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- Seabra-Santos, M., Major, S., Pimentel, M., Gaspar, M., Antunes, N., & Roque, V. (2015). Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC): estudos psicométricos. *Avaliação Psicológica*, 14 (1), pp. 97-106.
- Sofronoff, S. & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with asperger syndrome. *Sage publication and the national autistic Society*, 6(3), pp.271-86. doi/10.1177/1362361302006003005
- Soler, C. L. & Medina, A., R. (2015) TDAH y transtornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento. 1 ed. España: Piramide.
- Tabaquim, Maria de Lourdes Merighi, Vieira, Roberta Gelain de Souza, Razera, Ana Paula Ribeiro, & Ciasca, Sylvia Maria. (2015). Autoeficácia de cuidadores de crianças com o transtorno do espectro autista. *Revista Psicopedagogia*, 32(99), 285-292. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000300002&lng=pt&tlng=pt

Estudo 2

Dourado, C. M. (2018). *PERCEPÇÃO DE MÃES E AVÓS DE CRIANÇAS COM CARACTERÍSTICAS DE TDAH*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-Pa. Universidade Federal do Pará, 100 páginas.

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno neurobiológico de causas genéticas que tem seu início, geralmente, na infância e, acompanha o indivíduo por toda a vida. As percepções que os cuidadores fazem tanto dos comportamentos de suas crianças, como as consequências ocasionadas pelo transtorno influenciam a maneira como eles irão se adaptar psicologicamente a condição. O objetivo geral deste estudo foi o de descrever a percepção de mães e avós de crianças com características de TDAH; e como objetivos específicos, tem-se: 1) descrever a percepção dos cuidadores acerca dos aspectos comportamentais da criança; 2) descrever a percepção do cuidador sobre sua relação com a criança e 3) descrever a percepção dos cuidadores sobre seu papel junto a uma criança com características do TDAH. Os participantes foram seis cuidadores de crianças entre 6 e 12 anos. O ambiente de coleta foram as salas do Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) em Belém-Pará-Brasil. Os instrumentos e técnicas utilizadas foram um protocolo de entrevista exploratória e entrevista em grupo focal. Os dados foram analisados via SPSS- (versão 20.0) e por análise de conteúdo. Três cuidadores eram avós e três eram mães das crianças, com idade média de 49, 3 (38 anos-70 anos) e com renda familiar entre um a cinco salários mínimos. Quatro participantes declararam-se em união estável ou em casamento e outras duas, solteiras. Duas participantes tinham o ensino fundamental incompleto, três com o ensino médio completo e um com ensino superior completo. A análise qualitativa dos dados revelou no discurso dos pais as seguintes categorias de análise: 1) Percepção das primeiras dificuldades; 2) Percepção sobre a criança (percepção positiva e percepção negativa do comportamento); 3) Percepção sobre o parceiro parental (Percepção colaborativa e Percepção não colaborativa); 4) Percepção de terceiros sobre a criança; 5) Serviços de atendimentos; 6) Fatores de risco (Fatores de risco e Espiritualidade); 7) Fatores de proteção (Espiritualidade e Disponibilidade para o cuidado). O estudo foi importante para entender a percepção de mães e avós de crianças com características do TDAH e como estes compreendem questões de aspectos comportamentais das crianças, sua relação e seu papel como cuidador. Faz-se necessário dar atenção aos que outros cuidadores pensam e tem a dizer a respeito, além das próprias crianças e adolescentes acometidas pelo transtorno.

Palavras-chave: Percepção; TDAH, Mães; Avós.

Dourado, C. M. (2018) Self-efficacy of caregivers of children with characteristics
Dourado, C.M. (2018). PERCEPTION OF MOTHERS AND GRANDS OF
CHILDREN WITH ADHD CHARACTERISTICS. Masters dissertation. Graduate
Program in Behavioral Theory and Research. Belém-Pa. Federal University of Pará, 94
pages.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a neurobiological disorder of genetic causes that usually begins in childhood and accompanies the individual throughout life. The perceptions that caregivers make of both the behavior of their children and the consequences of the disorder influence how they will psychologically adapt to the condition. The general objective of this study was to describe the perception of mothers and grandparents of children with ADHD characteristics; and as specific objectives, we have: 1) to describe the perception of the caregivers about the behavioral aspects of the child; 2) describe the caregiver's perception of their relationship with the child and 3) describe the caregivers' perception of their role with a child with characteristics of ADHD. Six selected caregivers selected from a pre-existing database and meeting some inclusion criteria were part of this study. Data collection was performed in rooms of the Center for Care of Women and Children (CASMUC) in Belém-Pará-Brazil. The instruments and techniques used were an exploratory interview protocol and a focus group interview. Data from the exploratory interview were analyzed using SPSS software (version 20.0) and the focus group interview through content analysis. Three caregivers were grandparents and three were mothers of children, with an average age of 49, 3 (38 years-70 years) and with family income between one and five minimum wages. The marital status of four participants was stable or in marriage and two marriages were unmarried. Two participants had incomplete elementary education, three with complete high school and one with complete higher education. The qualitative analysis of the data revealed in the discourse of the parents the following categories of analysis: 1) Perception of the first difficulties; 2) Perception about the child (positive perception and negative perception of behavior); 3) Perception about the parental partner (Collaborative Perception and Non-Collaborative Perception); 4) Perception of third parties about the child; 5) Attendance services; 6) Risk factors (Risk factors and Spirituality); 7) Protection factors (Spirituality and Availability for care). The study was important to understand the perception of mothers and grandparents of children with characteristics of ADHD and how they understand issues of children's behavioral aspects, their relationship and their role as caregiver. It is necessary to pay attention to what other caregivers think and have to say about it, besides the children and adolescents themselves affected by the disorder.

Keywords: Perception; ADHD, Mothers; Grandparents.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno neurobiológico de causas genéticas que tem seu início, geralmente, na infância e, frequentemente, acompanha o indivíduo por toda a vida acometendo cerca de 5% das crianças em idade escolar e 2,5% dos adultos (APA, 2013). A tríade sintomatológica de desatenção, hiperatividade e impulsividade está presente no repertório comportamental do indivíduo de maneira diferenciada em cada caso e pode estar associada a outros transtornos como os de aprendizagem e comportamentais (Berkley, 2008).

As primeiras observações sobre os comportamentos da criança, geralmente estão ligadas a sintomas de hiperatividade, que podem ser percebidos precocemente no repertório infantil (Araújo 2002; Sousa, 2014). Inquietações durante o sono, temperamento mais irritadiço que podem refletir em choros constantes, podem ser alertas para um olhar mais atento ao desenvolvimento (Sousa, 2014). Isto por quê características ligadas a sintomas hiperativos significam mais interferência no ambiente social e se fazem logo evidente aos olhos dos cuidadores, enquanto sinais da desatenção necessitam de um contexto mais específico para se elucidar, como no caso das demandas exigidas na escola. Os professores são profissionais de grande importância na avaliação dos sinais da alteração na criança e, costumeiramente, os primeiros a identificar os sintomas do TDAH (Goto, Lazzarin, Sousa, 2015; Hernández-Hernandez, Ramos & Borrayo 2014).

Ainda hoje existem dificuldades para a confirmação do diagnóstico do TDAH, uma vez que as características exibidas no transtorno podem fazer parte de outras alterações desenvolvimentais (Fernandes & Marcondes, 2017). Somado a isto, se tem a dificuldade do entendimento do TDAH como um transtorno mental válido, pois questiona-se o fato de as características apresentadas pelo indivíduo serem

características presentes no repertório de pessoas mais ativas e ou uma forma de camuflar deficiências encontradas no sistema escolar e familiar (Reis & Santana, 2010). Para aumentar a fidedignidade na confirmação diagnóstica, as avaliações do desenvolvimento da criança devem ser pautadas em critérios contidos nos manuais oficiais de saúde: o DSM V e CID 10.

Considerando os critérios do DSM V (APA, 2013), o indivíduo precisa preencher seis (ou mais) de 9 sintomas para cada frente comportamental: desatenção, hiperatividade e impulsividade, estando presente no repertório da pessoa avaliada por pelo menos seis meses em um grau incompatível com seu nível de desenvolvimento. Ademais, as dificuldades apresentadas pelo indivíduo precisam ser predominantes em mais de dois ambientes, por exemplo, casa e escola, e interfira de sobremaneira em contextos acadêmico, social, profissional, etc (Berkley, 2008).

No tocante as consequências funcionais do transtorno, a APA (2013) relaciona o TDAH com desempenho escolar e acadêmico comprometido, rejeição social e nos adultos, é relacionado com piores índices de desempenho, sucesso e assiduidade profissional. Outras questões apontadas pela associação é a autodeterminação variável ou inadequada para tarefas que exijam esforço mental prolongado que pode ser interpretada pelos outros como preguiça, irresponsabilidade ou falta de comprometimento (APA, 2013). Todas estas características e efeitos geram consequência diretamente nos ambientes frequentados pela criança, destaca-se o ambiente familiar como aquele mais sensível as alterações e efeitos ocasionados pelo transtorno.

Assim como na saúde física, os impactos gerados com o diagnóstico de transtornos mentais também reverberam em adaptações e perturbações intensas no funcionamento familiar. Takahashi, Tanaka e Miyaoka (2005) apontam que a presença

de uma criança com problemas de saúde mental pode gerar mudanças no ambiente doméstico e podem ter efeito psicológico nos membros da família, este pode ser o caso de famílias que apresentam em sua composição membros com características e/ou diagnóstico do TDAH.

Questões ligadas a disfunção conjugal, estresse familiar somados a práticas disciplinares intrusivas e severas, são fatores de risco com grau significativo para o TDAH (Ferrioli, Maturano & Puntel 2007). As relações familiares ficam prejudicadas pela interferência da alteração e é observado que o comportamento inadequado da criança afeta, sobremaneira, sua interação com os pais, pois de acordo com Berkley (1998) são entendidos como infrações e com frequência os pais se utilizam de práticas punitivas para correção dos comportamentos inadequados dos filhos (Ferrioli, Maturano & Puntel 2007).

Estudos que investigam a temática do TDAH têm considerado como foco de suas investigações o ensino de habilidades do indivíduo que apresenta o transtorno (Ramalho, García-Señorán & González, 2010; Pedroso, Vilela & Oliveira, 2014). Contudo, estudos que agregam junto a este foco a atenção para o cuidador se fazem necessários, uma vez que estes desempenham papel primordial para o desenvolvimento destas crianças. Ribeiro (2008) analisou o discurso de 18 pais/mães de crianças e adolescentes com TDAH com o objetivo de identificar as crenças e as atitudes dos pais para com seus filhos diagnosticados com este transtorno. A análise dos dados revelou que as muitas dificuldades enfrentadas no cotidiano geraram em seus membros distorções e crenças disfuncionais que têm grande impacto em sua saúde psíquica, assim como em suas relações afetivas e sociais, agravando os sintomas do transtorno na criança.

Neste sentido pondera-se que as percepções que os cuidadores fazem tanto dos

comportamentos de suas crianças, como as consequências ocasionadas pelo transtorno influenciam a maneira como eles irão se adaptar psicologicamente a condição. O modo como os pais interpretam estes aspectos ao longo do desenvolvimento da criança determinará o modo como se relacionam com a alteração e, conseqüentemente, com o filho. Por outro lado, a forma do relacionamento entre pais e filhos e os sentimentos emergidos desta relação podem fazer com que os pais percebam e valorizem certas características como mais importantes do que outras (Ribeiro, 2008).

Coletto e Câmara (2009) avaliaram a relação entre percepção das dificuldades e os tipos de estratégias de coping utilizadas por quarenta pais/cuidadores de crianças com alterações desenvolvimentais. Os resultados demonstraram a percepção de piores consequências da alteração associada a uma maior utilização das estratégias de coping de fuga e esquivas, enquanto que uma menor utilização desta estratégia se relacionou a uma maior clareza em termos dos sintomas.

Pais de Crianças com queixas comportamentais apresentam percepção mais prejudicada da competência social e cognitivas de seus filhos do que outros pais, foi o que apontou o estudo de Santos e Silveiras (2006). Participaram da pesquisa 66 pais de crianças com queixa de enurese (G1) e 235 pais de crianças com queixa diversificadas (problemas escolares, déficit de atenção, problemas internalizantes) – (G2), que responderam ao instrumento CBCL/6-18 (Achenbach, 1991). A comparação entre os escores médios obtidos entre os dois grupos de pais mostraram, que de modo geral, a diferença entre eles foi visível nas habilidades de competência social, retraimento da criança e habilidades de atenção. Os pais do G2 perceberam suas crianças com déficits mais altos na competência social e nos problemas de comportamento.

Ribeiro (2008) buscou, dentre outros objetivos, identificar a percepção dos pais de crianças com TDAH sobre as características de seus filhos, ligadas ao transtorno. O

resultado desta investigação foi classificado em aspectos positivos e negativos. Foi identificado pela autora que de modo geral, os elogios vieram atrelados às queixas sobre o comportamento do filho. Com frequência os pais associaram as qualidades de seus filhos a poucas características positivas que apareceram acompanhadas de contraponto negativos sobre o comportamento da criança.

Correa (2015) investigou a representação de pais sobre o TDAH que tinha crianças com o diagnóstico do transtorno. De acordo com a autora os pais percebem o TDAH como um transtorno, marcado pela desatenção e agitação, prejudicial ao desempenho escolar e às interações do sujeito, tratado por medicação e terapias. A autora evidencia que a maneira como os pais percebem as características do transtorno é determinante para o modo como estes se relacionam com suas crianças e buscam tratamentos a elas.

Pereira (2012) teve como objetivo verificar as semelhanças e diferenças na concepção de pais e mães em relação ao TDAH e as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles na educação de suas filhas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois casais de pais que tinham filhas pré-adolescentes com queixas do TDAH. Os dados mostraram que os pais e mães pouco divergem a respeito de suas percepções sobre o TDAH e que dentre as estratégias de enfrentamento adotadas era recorrente a busca por profissionais e por informações sobre o tema. As autoras consideram que a existência de mitos familiares e dificuldades de comunicação dificultam as relações na família.

O entendimento de diversos problemas de transtornos mentais e problemas de comportamento infantil requerem considerações, não apenas acerca das características individuais, mas também a compreensão do ambiente em que a criança se desenvolve e como este pode contribuir para a manutenção e/ou agravamentos da dificuldade dela

(Guilherme, Matos, Serra-Pinheiro & Regalla, 2007). Considera-se neste ponto que a maneira como o cuidador a percebe e consegue relacionar os efeitos ocasionados pelo transtorno estão diretamente relacionados com o seu bem-estar psicológico e da criança. Neste sentido o objetivo geral deste estudo foi: descrever a percepção de pais de crianças com características de TDAH; e como objetivos específicos, tem-se: 1) descrever a percepção dos cuidadores acerca dos aspectos comportamentais da criança; 2) descrever a percepção do cuidador sobre sua relação com a criança e 3) descrever a percepção dos cuidadores sobre seu papel junto a uma criança com características do TDAH.

Método

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa-qualitativa, com método transversal, descritivo e de carácter exploratório. Optou-se pela utilização de uma abordagem mista de análises dos dados pois esta caracteriza-se como uma alternativa para o estudo de temas complexos e para melhor compreender os dados coletados, de acordo com Santos et al. (2017).

Participantes

Fizeram parte desta pesquisa seis cuidadores selecionados a partir de um banco de dados pré-existente, este constituído por 24 participantes do projeto: cuidadores de pessoas com TDAH: suas percepções, rotina, estresse e autoeficácia parental - uma proposta de intervenção. Os 24 cuidadores foram convidados a participar do grupo focal, contudo apenas seis puderam comparecer no dia pré-determinado para a coleta de dados. Estes eram cuidadores das crianças com características do TDAH (diagnóstico ou hipótese diagnóstica), encaminhadas por profissionais de um serviço de saúde pública da cidade de Belém do Pará. Os cuidadores atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1) Ter Idade superior a 18 anos; 2) Apresentar-se como cuidador principal

de crianças com características TDAH na faixa etária de 6 a 12 anos; 3) Estar disponível para participação no grupo focal e 4) Aderir à pesquisa via aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os cuidadores que apresentaram condições contrárias aos critérios de inclusão eram excluídos da pesquisa, ou ainda por: 1) apresentar diagnóstico psiquiátrico ou fazendo uso de medicação psicotrópica. Afim de respeitar o critério ético de sigilo das informações, todos os nomes dos participantes e de suas crianças foram trocados para nomes fictícios.

Ambiente

A coleta de dados foi realizada no espaço do Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) em Belém-Pará-Brasil, em salas arejadas e com luminosidade adequada para a realização das entrevistas. O CASMUC teve sua fundação em Janeiro de 2013 com o objetivo de promover o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da prestação de serviços ambulatoriais especializados nas áreas de ginecologia/obstetrícia e pediatria. Este centro é ligado a faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará e conta também com o apoio do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), para a realização de exames específicos. Atualmente, a equipe do centro é formada por 16 médicos, oito em cada área de atendimento (ginecologia/obstetrícia e pediatria) que disponibilizam o serviço gratuitamente às famílias provenientes da região metropolitana de Belém e de vários municípios do estado do Pará em parceria com as unidades básicas de saúde.

Instrumentos e técnicas

Protocolo de entrevista exploratória

Trata-se de um documento de investigação inicial visando a construção de um perfil sócio demográfico do cuidador e levantamento de informações importantes sobre

a criança com as características do TDAH. O protocolo é estruturado em duas partes. A primeira em dados quantitativos, onde estão organizadas as informações sobre a família (cuidadores, configuração familiar, histórico familiar ou dos responsáveis e dados sócios demográficos) e caracterização da criança (dados gerais e específicos sobre o transtorno). A segunda parte trata-se de informações qualitativas, onde constam dados sobre o relacionamento familiar (relacionamento do cuidador com a criança com características do TDAH e desta, com outros membros da família). Contudo apenas a parte quantitativa deste protocolo foi considerada neste estudo.

Grupo Focal

Os dados sobre percepção foram coletados a partir do Grupo Focal (GF). Este se refere a uma técnica de coleta de dados utilizada, sobretudo, em pesquisas qualitativas que visa proporcionar um debate aberto e acessível em torno de um tema comum aos participantes do grupo (Kinalski, 2017). O grupo focal é uma forma de entrevista com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico delimitado (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados que compartilhem da experiência cotidiana quanto ao tema de abordagem. Esta técnica busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema específico (Kitzinger, 2000).

Neste estudo, este roteiro foi elaborado coerente com o referencial teórico-metodológico da pesquisa, a fim de coletar informações acerca da percepção que os cuidadores têm sobre sua criança com as características do TDAH e questões ligadas a ela. Foi composto pelos seguintes tópicos: 1) Impressão sobre o comportamento do filho; 2) conforto e desconforto no exercício da parentalidade; 3) relação dos cuidadores com a criança e 4) Situações difíceis no cuidado com a criança. Em relação a quantidade

de sessões do grupo focal, foi realizado uma sessão com duração de 1 hora e 30 min onde se aplicou o critério de saturação do tema investigado (Kinalski, 2017), ou seja, a quantidade de sessão esteve dependente da exaustão dos dados adquiridos.

Procedimento éticos e de coleta

Este estudo é parte integrante do projeto universal de pesquisa intitulado, cuidadores de pessoas com TDAH: suas percepções, rotina, estresse e autoeficácia parental - uma proposta de intervenção, o qual foi submetido e aprovado ao comitê de ética em pesquisa sob o parecer. Ademais, foram garantidas todas as condições éticas previstas conforme a resolução nº. 510 /16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, o que assegurou aos participantes a confidencialidade das informações e o direito ao acesso dos resultados, além dos esclarecimentos devidos dos objetivos da pesquisa sob o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados da seguinte forma: os cuidadores eram encaminhados pela equipe de profissionais do CASMUC e em seguida entrevistados pela equipe de pesquisadores, que realizava a triagem considerando os critérios de seleção. Caso os participantes se encaixassem nos critérios era explicado a eles sobre os objetivos da pesquisa e solicitado a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Após estes procedimentos, era realizada a entrevista exploratória e a aplicação dos demais instrumentos utilizados no projeto universal, no qual este está vinculado. Gerou-se um banco de dados com 24 participantes, que foram convidados a participar do GF, contudo apenas 6 puderam comparecer no dia pré-determinado para a execução do grupo.

Para o GF os participantes eram informados sobre o horário e local de realização. Os participantes eram recepcionados pela equipe de pesquisa e direcionados

a sala onde seria realizado a atividade. A realização do GF deu-se da seguinte forma: 1- apresentação do objetivo do encontro; 2- dinâmica de grupo e breve apresentação dos participantes; 3- discussão do tema a partir das questões propostas que deveriam emergir do próprio universo investigado; 4- Discussão e finalização do GF.

Durante a discussão entre os participantes uma psicóloga pertencente a equipe de pesquisa era responsável pela condução do grupo, enquanto outros membros da equipe registravam a sessão em áudio e vídeo.

Procedimento de análise

Os dados do protocolo de entrevista exploratória foram introduzidos numa base de dados do SPSS-Statistical Package for the Social Sciences (versão 20.0 para Windows) e analisados por meio da estatística descritiva e de frequência relativa.

As informações coletadas do GF foram analisadas à luz da técnica da análise de conteúdo (Bardin, 1979). Neste sentido os dados foram tratados a fim de criar categorias temáticas que emergiam a partir da fala dos próprios cuidadores para construir o corpus deste estudo. Para tanto foram cumpridas as seguintes etapas: (a) organização e gerenciamento das fontes de dados; (b) codificação das fontes; e (c) visualização dos resultados de codificação (categorias e subcategorias emergidas). Os resultados gerados referem-se as falas que obtiveram mais representatividades, expressas em frequência, nos discursos dos cuidadores.

Resultados

Caracterização dos participantes

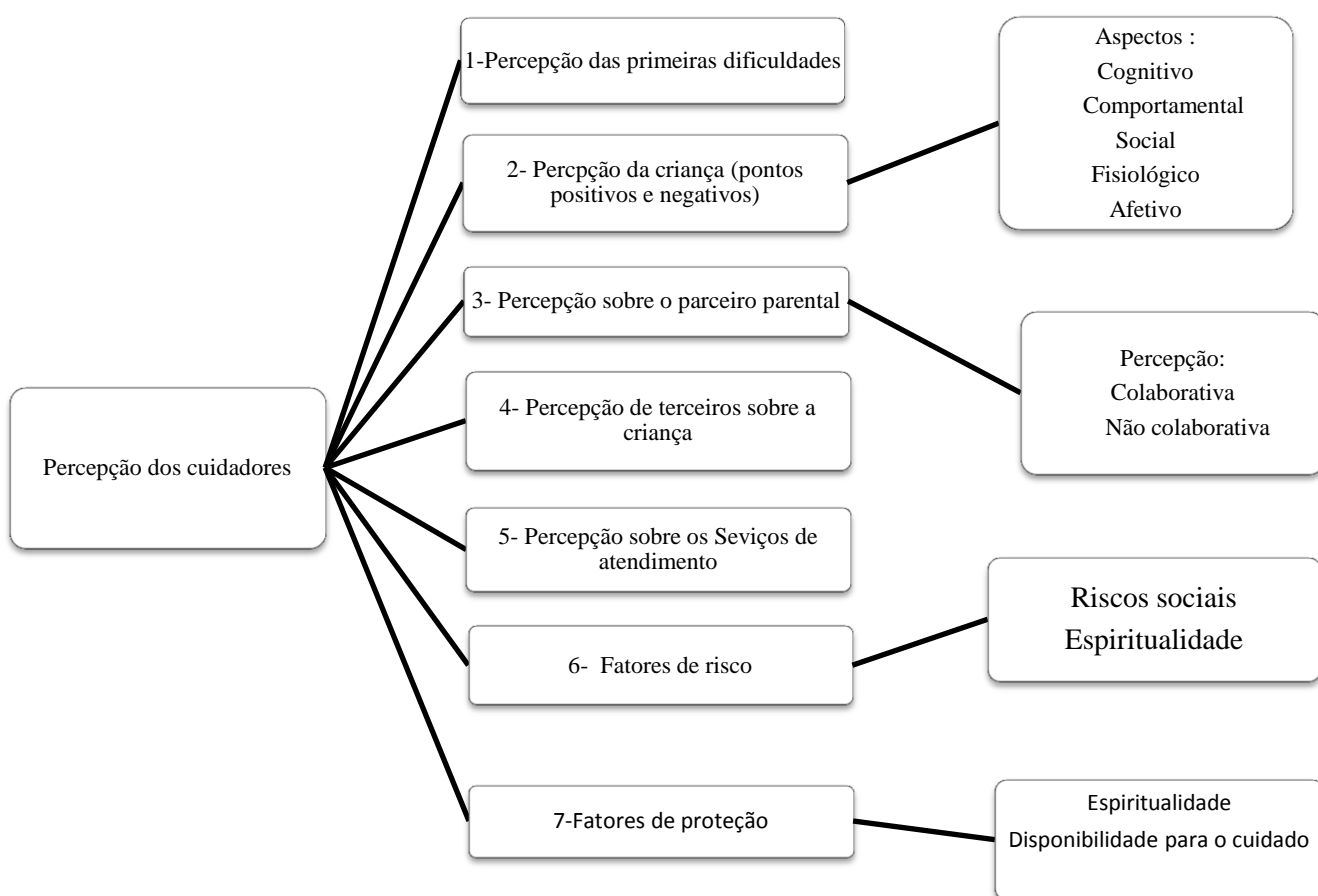
As análises iniciais dos dados permitiram organizar as informações sociodemográficas dos seis cuidadores participantes e suas respectivas crianças. Os resultados desta análise encontram-se descritos na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do grupo focal e suas crianças.

Cuidador (a)	Vínculo familiar	Idade (em anos)	Estado civil	Escolaridade	Renda Familiar (em salários)	Sexo da criança	Idade Criança	Medicação	Tipo de família
Rosa	Avó	52	Casado (a)	Fun. Incompleto	mais de 1 a 2	Masc	10	Ritalina e Carbamazepina	Família extensa
Jayme	Avó	56	Casado (a)	Sup. Completo	mais de 1 a 2	Masc	06	Ritalina	Família extensa
Maria Alice	Avó	70	Solteira	Fun. Incompleto	Até 1	Masc	12	Sem medicação	Família extensa
Eliana	Mãe	38	Casado (a)	Méd. Completo	Até 1	Masc	09	Sem medicação	Casal com filhos
Pérola	Mãe	39	Casado (a)	Méd. Completo	Mais de 3 a 5	Masc	11	Ritalina e Amitripitilina	Casal com filhos
Amanda	Mãe	41	Separada	Médio Completo	Mais de 3 a 5	Masc	06	Sem medicação	Casal sem filhos

A partir da análise do conteúdo dos dados coletados durante o grupo focal foi possível identificar a existência de 6 categorias principais e 7 subcategorias. A figura 1 exibe a organização destas categorias e subcategorias.

Figura 1. Organização das categorias e subcategorias emergidas.



1) Percepção das primeiras dificuldades (9 ocorrências)

Esta categoria reúne a fala dos cuidadores no que diz respeito as primeiras impressões sobre as dificuldades no desenvolvimento da criança. Foi notado nos relatos dos participantes que as primeiras alterações percebidas no desenvolvimento da criança foram identificadas tanto pelos pais, como por profissionais da saúde e professores: *“Da escola que começou, eu não percebi logo no começo né, eu achava que era tolice, dizia “não, isso é tolice dele”, eu sentava pra fazer os deveres da escola, eu dizia “Vamos fazer o dever, Vínicuis?”, ele sentava, aí depois eu tava lá ele pegava a folhinha do dever e jogava assim pra cima, aí eu fiquei notando assim “mas isso não é normal”, daí pra frente que eu fui ver que não era normal”* (Peróla, 39 anos mãe do Vínicuis, 11 anos).

Observou-se nas falas dos pais que as primeiras dificuldades mais recorrentes eram expressas pela agitação motora, atraso de linguagem e dificuldades de comportamento, mesmo antes dos três anos da criança: *“Então foi assim, com uns dois pra três anos eu comecei a notar ele muito agitado. Agitado, aí ele batia com a cabeça na parede, aí ele chorava sem ninguém tá perto dele, aí fiquei só comigo, disse assim “esse menino tá muito estranho”* (Jayme, 56 anos. Avô do Pedro, 6 anos)

2) Percepção sobre a criança

Esta categoria compreende as falas dos cuidadores acerca dos comportamentos de suas crianças. Ela é composta pelas subcategorias: percepção positiva e percepção negativa do comportamento, que compreendem aspectos cognitivos, comportamentais, sociais, fisiológico e afetivo do desenvolvimento da criança.

2.1) Aspectos positivos do comportamento (10 ocorrências)

Observou-se que ao serem questionados sobre a percepção que fazem sobre suas crianças, os aspectos negativos referentes ao comportamento da criança foram os mais frequentes. No que se refere a estes aspectos, os comportamentais e cognitivos foram aqueles mais comentados pelos participantes: *“Porque não tem condições, ele é uma criança que não*

para, ele corre, e eu não confio, se ele sai pra brincar na rua eu tenho que tá por perto, por que eu não deixo ele sozinho” (Rosa, 52 anos avó do Matias, 10 anos - aspecto comportamental) e *Mas assim, se não mexerem com ele, ele brinca, agora só a falta de atenção, muita falta de atenção, se ele tá escrevendo uma coisa assim se a senhora passar por aqui por perto, pronto! tirou toda a atenção dele”*(Maria Alice, 70 anos avó do Théo, 12 anos- aspecto cognitivo).

2.2) Aspectos Positivos do comportamento (3 ocorrências)

Notou-se baixa frequência de percepções positivas quando comparadas a frequência de comportamentos negativos. Observou-se que apesar de os participantes se referirem a aspectos positivos, haviam presentes nos relatos, contrapontos negativos ao comportamento da criança. As ocorrências destes relatos estiveram vinculadas a aspectos afetivo e comportamental do repertório das crianças, seguem falas que representam esta categoria: “o Lorenzo, ele é muito carinhoso, demais, do ponto de eu ter que tirar dele um pouco esse fardo, ele quer abraçar qualquer pessoa e beijar qualquer pessoa, (Amanda, 41 anos, mãe do Lorenzo, 6 anos- aspecto afetivo) e “o Lorenzo não é uma criança mimada, eu percebi que com a separação ele ficou mais agressivo, ele já tinha algo de “não se podia dizer não, que desagrada. (Amanda, 41 anos, mãe do Lorenzo, 6 anos- aspecto comportamental).

3) Percepção sobre o parceiro parental (6 ocorrências)

Esta categoria contempla a fala dos cuidadores no que diz respeito a percepção que estes apresentam sobre o seu parceiro parental. Foi observado que para alguns cuidadores seus parceiros não estabelecem uma relação que colabore para o desenvolvimento da criança, enquanto outros refletem o par parental como colaborador para este cuidado. Neste sentido a partir desta categoria foram emergidas as subcategorias quanto a percepção colaborativa e não colaborativa do par parental.

3.1) Percepção colaborativa (4 ocorrências)

Nas falas dos cuidadores desta pesquisa a frequência de relatos que refletiram percepção de não colaboração do parceiro se mostraram mais presentes, isto pode ser observado no trecho a seguir: “(...) *eu tenho uma companheira que é uma pessoa muito difícil de convivência, que até hoje ela não quer aceitar, os médicos passaram quase quatro horas avaliando, pra tentar convencê-la que tinha que dar medicação pra criança.*” (Jayme, 56 anos . Avô do Pedro, 6 anos).

3.2) *Percepção não colaborativa (2 ocorrências)*

Apesar das falas que revelam uma percepção não colaborativa do par parental, outros relatos também demonstram uma percepção colaborativa do par parental, destacando-se a seguinte fala: “*Ele não aceitava, agora não ele já tá aceitando mais né, eu converso com ele, agora tudo que eu faço ele quer saber, quais as terapias que ele frequenta, tudo ele quer saber sabe!.*” (Pérola, 39 anos mãe do Vinícius, 11 anos).

4) Percepção de terceiros sobre a criança (4 ocorrências)

As falas nesta categoria identificam como os cuidadores compreendem a percepção de outras pessoas, que não são familiares, para lidar com as dificuldades da criança e de compreender o comportamento da mesma. Os cuidadores relataram que as pessoas que estão fora do contexto de cuidado da criança, não compreendem os comportamentos exibidos por elas e acabam negligenciando ou punindo quando estes são exibidos por elas: “*Tem umas pessoas que falam pra mim “Ah, esse menino precisa é levar umas palmadas, isso é tolice”.* (Rosa, 52 anos avó do Matias, 10 anos), ou “*comecei trabalhando, pagando alguém pra ficar com ele, aí depois não deu mais, as pessoas ficaram negando ficar com ele porque ele não para, sempre quebra alguma coisa “.* (Pérola, 39 anos mãe do Vinícius, 11 anos).

5) Serviços de atendimentos (4 ocorrências)

No relato dos cuidadores emergiram falas de insatisfação com os serviços de atendimentos. De acordo com o conteúdo das falas, estes serviços apresentam-se de forma

escassa e não apoiam aos que necessitam de um serviço público e gratuito. A fala do Sr. Jayme, 56 anos avô do Pedro ilustra esta categoria: “[...] *fui buscar, fui na prefeitura, o CAPSI não tratava a criança, aí procurei aqui a universidade, e foi aonde eu fui atendido, mas também as coisas demoram muito, quase três anos, um ano e meio depois que foi a primeira avaliação com o psicólogo [...] o que me estressa não é a doença do meu filho é a falta de apoio, que a gente não encontra*”. Apesar de condições tão desfavoráveis ao desenvolvimento da criança, esta percepção não é unânime entre os participantes da pesquisa. Duas cuidadores dentre os participantes trouxeram relatos de satisfação para com o serviço, segue uma destas fala: [...] *“eu percebi algo de estranho foi aí que eu levei no posto, aí a doutora fez o encaminhamento de lá do posto pro centro né! Não demorou e nem tive problema para conseguir atendimento”* (Maria Alice, 70 anos avó do Théo, 12 anos).

6) Fatores de risco

Os fatores de riscos são caracterizados por condições ou variáveis associadas a alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis. Dentre tais fatores, encontram-se os comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar, ou o desempenho social do indivíduo. A partir dos relatos dos cuidadores também foi possível identificar questões ligadas aos fatores que poderiam configurar-se como ameaça para o desenvolvimento da criança, abaixo seguem as subcategorias identificadas.

6.1) Riscos sociais (3 falas)

Temas ligados a ausência dos pais e bullying foram o conteúdo dos relatos desta subcategoria: *“O pai e a mãe dele são falecidos, o pai e a mãe sofreram um acidente e morreram os dois, o meu filho tinha 22 anos, e a mãe tinha 19 anos, aí ele ficou comigo”*. (Rosa, 52 anos avó do Matias, 10 anos) e *“teve uma vez que passou um rapaz, assim na piscina, um senhor, ele pisando na água, nesse dia choveu, pingou assim, molhou ele, aí ele olhou assim pra ele, falou assim “menino parece doido”* (Eliana, 38 anos mãe do Elias, 9

anos).

6.2) *Espiritualidade*

A espiritualidade de outras pessoas conviventes com a criança foi compreendida por alguns participantes como uma estratégia que limita as possibilidades de compreensão e enfrentamento sobre a realidade do menor: “*Aí como ela é evangélica, aí sabe como é essas coisas de fé, que eu não compreendo também esse tipo de fé ela diz assim: “Não, meu filho não tem nada!, mas é só olhar para ele”* (Jayme, 56 anos avô do Pedro, 6 anos).

7) **Fatores de proteção**

Os fatores de proteção podem ser caracterizados como aqueles que diante de situações de risco, modificam a vida do indivíduo causando efeitos positivos diante das adversidades. Contemplou-se nesta categoria as falas com estas características.

7.1) *Espiritualidade*

Assim como a espiritualidade caracterizou-se como fator de risco para o cuidador, esta também foi identificada como fator de proteção. A espiritualidade agiu como suporte para o cuidador no enfrentamento de desafios diante da dificuldade da criança: “*mas Deus colocou tão assim, uma intenção na vida da gente, por que antes dele, parece que eu era triste, apesar de tudo ele me dá muita alegria*” (Eliana, 38 anos mãe do Elias, 9 anos).

7.2) *Disponibilidade para o cuidado*

A preocupação dos cuidadores em estar presente fisicamente para o cuidado da criança caracteriza-se como fator de proteção para o desenvolvimento da mesma. Observou-se nesta categoria a necessidade de adiamento de planos individuais e profissionais.

Para os cuidadores desta pesquisa, a preocupação intensiva com o bem-estar da criança reflete em se fazer disponível, quase que, integralmente no tempo para o cuidado da mesma, surgindo uma obrigatoriedade na reorientação de planos e objetivos pessoais traçados antes do agravamento ou descoberta da alteração do menor. Relatos que ilustram esta percepção

podem ser observados a seguir: “*eu comuniquei onde eu trabalhava que não dava mais, aí eu fiquei só meio expediente, fiquei meio expediente pra ficar mais tempo com ele né. Aí eu deixei o meu trabalho, aí eu comecei a fazer o tratamento, e até hoje eu não faço nada, eu não deixo meu filho com ninguém.*” (Rosa, 52 anos avó do Matias, 10 anos).

Discussão

O objetivo deste estudo foi descrever a percepção de pais de crianças com características do TDAH, considerando suas percepções acerca dos aspectos comportamentais da criança e sua relação com ela, bem como descrever a percepção destes cuidadores sobre seu papel junto a criança.

Muitos estudos têm feito a relação entre as variáveis sociodemográficas e o TDAH. Características como a idade dos pais, nível cultural familiar, transtorno psiquiátricos na família, família numerosa, criminalidade dos cuidadores, baixa renda familiar, superpovoamento nas residências, e famílias desestruturadas tem sido descrita (Muszkat, Miranda & Rizzutti, 2012).

Com idade média de 49, 3 (38 anos-70 anos) foi observado que entre os cuidadores metade deles (3) eram avós (ô) das crianças, passando a assumir as funções parentais dos netos após situações de morte dos genitores da criança e percepção pelos avós de incapacidade das funções parentais de mães/pais. Este dado reflete a situação atual de novas configurações familiares e de acordo com Mainetti & Wanderbroocke (2013) as funções maternais/paternas nestas situações se sobrepõem as funções dos avós e quando confrontadas com dificuldades específicas, como é o caso de crianças com o transtorno, se adicionam aos cuidados normativos da criança, gerando desafios ainda maiores para as práticas parentais e saúde mental destes cuidadores.

Quatro cuidadores estiveram com a renda familiar de 1 até 2 salários mínimos e dois com renda de 3 até 5 salários mínimos. A questão da renda é um fator que pode impactar

sobremaneira a saúde mental destes cuidadores, uma vez que principalmente aqueles com renda inferior a três salários, se mostram angustiados pela demora nos serviços de atendimento que poderiam auxiliar no tratamento de suas crianças, e uma renda familiar mais elevada contribuiria para esta assistência.

Apesar dos conflitos conjugais bastante recorrentes nas famílias de crianças com as características do transtorno (Pires, Passos e Assis, 2012; Bakley, 2008) observou-se que a maioria dos cuidadores (4) estabeleciam união estável ou em casamento com os genitores das crianças. Temperino, Ribeiro e Carvalho 2016, ponderam que a despeito dos conflitos encontrados no subsistema parental a relação dos indivíduos que compõe este subsistema tem papel importante para a qualidade do desenvolvimento da criança com a alteração e muitas vezes o apoio pessoal que estes cuidadores possuem limita-se ao apoio que um tem do outro, justificando a união, apesar dos conflitos.

A análise qualitativa dos dados revelou no discurso dos pais as seguintes categorias de análise: 1) Percepção das primeiras dificuldades; 2) Percepção sobre a criança (percepção positiva e percepção negativa do comportamento); 3) Percepção sobre o parceiro parental (Percepção colaborativa e Percepção não colaborativa); 4) Percepção de terceiros sobre a criança; 5) Serviços de atendimentos; 6) Fatores de risco (Fatores de risco e Espiritualidade); 7) Fatores de proteção (Espiritualidade e Disponibilidade para o cuidado).

As características do TDAH são sinais no desenvolvimento da criança que não passam despercebidas nos ambientes em que ela frequenta. Algumas falas de cuidadores se reportaram as primeiras percepções sobre as dificuldades da criança com queixas de agitação motora, irritabilidade, hiposensibilidade, isto de modo muito precoce ainda antes do fim da segunda infância. Araújo 2002 afirma que as primeiras observações sobre os comportamentos, geralmente estão ligadas a sintomas de hiperatividade e os sinais de desatenção são observadas mais tardiamente, á medida que a criança é desafiada com mais demandas que

exigem esta habilidade. Costumeiramente, os professores são os primeiros a alertar sobre o comportamento do menor (Gotto, Lazzarin, Sousa, 2015; Hernández-Hernandez, Ramos & Borrayo 2014), os dados deste estudo corroboraram à estas informações, quando os pais relataram que em um primeiro momento os sinais não foram percebidos por eles, apenas após a entrada na escola pelos agente educacionais. Apesar dos registros recorrentes na literatura científica sobre olhar dos professores diante das primeiras percepções sobre as dificuldades da criança, este estudo também trouxe dados dos próprios cuidadores como os primeiros a identificar estas dificuldades.

A percepção que os cuidadores fazem sobre o comportamento de modo geral de suas crianças foi um dado emergido no discurso dos responsáveis. Observou-se que apesar de este pais perceberem tais comportamentos como positivos em aspectos comportamentais ou cognitivos, por exemplo, a fala deste também apresentou contrapontos quanto a impressões negativas, como em aspectos afetivos e também comportamentais. Dados nesta mesma perspectiva foram encontrados no trabalho de Ribeiro (2008), onde com frequência os pais associaram as qualidades de seus filhos a poucas características positivas que apareceram acompanhadas de contrapontos negativos sobre o comportamento da criança.

Perceber o parceiro como colaborador ou não colaborador do desenvolvimento das crianças foi um dado emergido no discurso dos cuidadores. A literatura tem demonstrado, com ênfase, o significativo impacto gerado no contexto familiar quando um de seus membros apresenta déficits comportamentais, cognitivos ou físicos (Muskat, Miranda & Rizzutti, 2012; Temperino, Ribeiro & Carvalho, 2016). Particularmente o subsistema conjugal sofre com os impactos ocasionados pelas características do transtorno, com efeitos estes que reverberam no subsistema parental. No discurso dos cuidadores foram encontrados conteúdos sobre a percepção que estes apresentam sobre o seu parceiro parental, e dependendo se é ou não colaborativa geram consequências para fortalecer ou enfraquecer a relação conjugal.

Faz-se importante refletir a respeito da incredulidade ainda relacionada ao transtorno. Reis e Santana (2010) justificam esta dificuldade, pois segundo os autores ainda há questionamentos sobre as características apresentadas pelo indivíduo serem presentes no repertório de pessoas mais ativas e ou uma forma de camuflar dificuldades da escola e família. Alguns relatos dos participantes evidenciaram percepções sobre terceiros a respeito do comportamento da criança, que de acordo com eles, estas pessoas interpretam as características do menor como algo que não patológico e sim, por própria vontade, falta de disciplina dos pais e mal comportamento da criança.

A fala de alguns participantes também trouxe elementos sobre o bullying vivido pelos filhos, questões como xingamentos e não compreensão em relações a algumas limitações cognitivas, estão presentes na fala de terceiros contra o menor. Ordoñz (2016) relata em seu estudo sobre bullying e TDAH o perigo eminente de uma criança com o transtorno que sofre a violência, reproduzi-la contra seus pares e como isto é recorrente na vida destas crianças, dentro e fora do ambiente escolar.

Gomes, Cintra, Rica e Vecchia (2015) refletem sobre a atenção a saúde mental infantil, discutindo que ainda há uma insuficiência dos serviços e negligencia neste campo. Gauy e Rocha (2014) reiteram que apesar da elevada demanda por atendimento nessa área, na maioria dos países apenas 1% dos orçamentos destinados à saúde são dirigidos especificamente à saúde mental (OMS, 2002) com as autoras parece haver uma limitação significativa no reconhecimento das diversas formas de manifestação de sofrimento emocional nas crianças, e esta acaba por sofrer uma negligência dupla: por ser criança e pelo seu problema ser de ordem emocional. O discurso de alguns cuidadores indica que quando da existência destes serviços, há uma demora extensa para o agendamento dos atendimentos. Observa-se que esta demora acaba implicando no atraso da intervenção no desenvolvimento da criança pois se passa um longo período entre a investigação e o fechamento do diagnóstico

até as fases de atendimentos reabilitacionais.

As questões sobre riscos sociais as quais os menores tinham vivenciado e a espiritualidade dos cuidadores e de alguns de seus familiares, contemplaram a categoria sobre fatores de risco. A verificação dos fatores de risco é fundamental nos estudos epidemiológicos sobre o TDAH. Segundo Muskat, Miranda e Rizzutti, (2012) há uma grande importância em explorar a história psicossocial da família, tais como desvantagem social, fatores nutricionais, desintegração social e eventos traumáticos prévios, embora ainda é pouco pesquisado. Neste estudo o fator risco social caracterizou falas dos pais que sobre a perda dos genitores da criança devido falecimento. Os achados de Vasconcelos et al. (2005) sugeriram que crianças cujos os pais tiveram “brigas conjugais no passado” estavam sob o risco de 11,6 vezes mais alto de manifestar o TDAH, somado a isto assassinato de um familiar, assassinato do pai e aglomeração domiciliar.

Em contraponto as informações sobre fatores riscos, falas que estiveram vinculadas a fatores protetivos para estes cuidadores e suas crianças foram identificadas neste trabalho. Os fatores de proteção são aqueles que, diante de uma situação de risco modificam a vida do indivíduo para um desfecho mais adaptado (Cunha, Pontes & Silva, 2016). Neste estudo a espiritualidade agiu no sentido de fornecer suporte ao cuidador diante das dificuldades da criança e a disponibilidade para o cuidado, caracterizando-se como uma preocupação intensiva que se reflete em se fazer disponível, quase que integralmente, garantindo assim uma vigilância sobre a criança e na visão deles, a garantia de que esta estará segura.

Cunha, Pontes e Silva, 2016 e Temperino, Ribeiro e Carvalho (2016), já haviam discutido a respeito da dificuldade de os pais de crianças com alteração no desenvolvimento repassarem os cuidados de seus filhos a terceiros, apesar de necessitarem deste tempo para si não confiam na maneira como outras pessoas, que não eles podem cuidar de suas crianças. No caso dos cuidadores de crianças com características do TDAH esta preocupação se justifica

também pela desesperança e preocupação de que algo aconteça com o filho longe de sua presença, uma vez que a percepção que este tem do comportamento de suas crianças, como descrito não é de todo positiva.

Considerações finais

Este estudo foi importante para entender a percepção de mães e avós de crianças com características do TDAH e como estes cuidadores compreendem questões de aspectos comportamentais das crianças, sua relação e seu papel como cuidador.

Percebeu-se que a literatura traz dados sobre as primeiras dificuldades das crianças com as características do transtorno, considerando que em muitos casos são observadas primeiramente pelos agentes educacionais após a entrada da criança na escola. Neste estudo verificou-se que adicionado a isto, as primeiras dificuldades foram observadas de modo muito precoce pelos cuidadores, gerando dúvidas sobre um desenvolvimento sadio do menor. Observou-se ainda que estes cuidadores percebem suas crianças, considerando aspectos mais negativos que positivos, e mesmo quando relatam qualidades se tem como contraponto alguma característica indesejável do comportamento do menor.

A percepção sobre o parceiro parental e sobre o que pensam e dizem terceiros sobre o comportamento da criança, influenciam a relação que estes cuidadores estabelecem com estas pessoas. No caso da percepção dos cuidadores sobre outros indivíduos em relação ao filho, foi observado a dificuldade ainda presente de compreensão sobre o transtorno e que questões de riscos sociais, como o bullying estiveram presentes no discurso dos participantes.

A necessidade de ampliação dos serviços de saúde mental que apoiem as famílias foi um dado emergido no discurso dos participantes. A demora no agendamento e atendimentos de consultas, atrasam as possibilidades de intervenção o mais precoce possível para a criança. Trabalhos como este ajudam na criação de políticas públicas que favoreçam esta população, tanto as crianças como seus cuidadores.

Como limitação do estudo considera-se o número reduzido de participantes e o número de sessões disponibilizada para a realização do grupo focal. Apesar de este trabalho ter tido como objetivo principal ouvir os cuidadores principais das crianças com características do TDAH, faz-se necessário dar atenção aos que outros cuidadores pensam e tem a dizer a respeito, além das próprias crianças e adolescentes acometidas pelo transtorno.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 ad 1991*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Coletto, M., & Câmara, S. (2009). Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 5 (1), 97-110. Retirado de <http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=67916259009>
- Correa, G. (2015). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e representações sociais: a construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar (Dissertação de mestrado)*. Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco, PE, Re, Brasil.
- Cunha, K. C., Pontes, F.A. R., & Silva, S. S. (2016). Pais de crianças com paralisia cerebral pouco estressados. *Revista brasileira de educação especial*, 23 (1), pp.111-126.
- Fernandes, C. T. & Marcondes, J. F. (2017). TDAH: transtorno, causa, efeito e circunstância. *Rev. Ens. Educ. Cienc. Human*, 18 (1), pp.48-52. <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensino/article/viewFile/4561/3523>
- Fernandes, C. T., & Marcondes. (2017). TDAH: transtorno, causa, efeito e circunstância. *Revista de Ens. Edu. Cien. Human.*, 18 (1), pp. 48-58
- Ferrioli, S. H., Maturano, E. M. & Puntel, P. L. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), pp.251-259. Retirado de <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2007.v41n2/251-259/pt>
- Gauy, F. V. & Rocha, M. M. (2014). Manifestações clínicas, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. *Trend in psychology/temas em psicologia*, 22(4), pp.783-793. doi: 10.9788/TP2014.4-09
- Goto, V. R., Lazzarin, A. A. & Souza, C. A. (2015). Distúrbios de aprendizagem: relato de experiências. *Anais do projeto nacional do projeto Rodon, Santa Catarina, Florianópolis, 2*. Retirado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/158642?show=full>
- Goto, V. R., Lazzarin, A. A. & Souza, C. A. (2015). Distúrbios de aprendizagem: relato de experiências. *Anais do projeto nacional do projeto Rodon, Santa Catarina, Florianópolis, 2*. Retirado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/158642?show=full>
- Guilherme, P. R., Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., & Regalla, M. A. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 201-207.

<https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300008>

- Hernández-Hernandez, A. G., Ramos, T. M., & Borrayo, J. G. M. (2014). Identificación por padres y maestros de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividade. *Acta coml. psicol.*, 17 (2), pp.33-41. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2014.17.2.4>
- Hernández-Hernández, A., & Montiel Ramos, T., & Martínez Borrayo, J. (2014). IDENTIFICACIÓN POR PADRES Y MAESTROS DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (2), 33-41. Retirado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=79832492004>
- Lino dos Santos, E., & Ferreira de Mattos Silvares, E. (2006). Crianças Enuréticas e Crianças Encaminhadas para Clínicas-Escola: Um Estudo Comparativo da Percepção de seus Pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 277-282.
- Mainetti, A. C., & Wanderbroocke, A. C. N. S. (2013). Avós que assumem a criação de netos. *Pensando Famílias*, 17(1), 87-98.
- Muszkat, M., Miranda, M. C., Rizzutti, S. (2012). *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo: Cortez.
- Pedroso, R., Vilela, R. O. L.G., & Oliveira, L. G. (2014). Economia de fichas aplicadas no contexto escolar. *Revista Eletrônica de Extensão*, 2(1), pp.01-13. Retirado de http://uniserraga.com.br/site_uniserra/wp-content/uploads/2015/03/economia.pdf
- Pires, T. O., Silva, Passos, C. M. F., & Assis, S. G. (2012). Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Saúde Pública*, 46(4), 624-633.
- Ramalho, Joaquim, García-Señorán, M. Mar, & González, Salvador G.. (2011). Auto-instruções: estratégia de regulação atencional da THDA. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(1), 180-185. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000100021>
- Reis, G. V. & Santana, M. S. R. (2010). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que é isso?. Anais do congresso ScienCult. Campo Grande, Mato grosso do Sul, 1. Retirado de <https://anaisonline.uems.br/index.php/sciencult/article/view/3480>
- Ribeiro, V., L., M. (2008). A família e a criança/adolescente com TDAH: relacionamento social e intrafamiliar. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte
- Takahashi, M., Tanaka, K. & Miyaoka, H. (2005). Depression and associated factor of informal caregivers versus professional caregivers of dement patients. *Psychiatry and Clinical Neurociences*, 59, pp. 473-480. Retirado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1819.2005.01401.x>
- Temperino, A., P., P., Ribeiro, M., A., & Carvalho, N., S. (2016). Famílias com crianças em situação de deficiência: desafios e possibilidades. Jundiaí, são Paulo: Paco Editorial.

Considerações finais da dissertação

Ao longo desta dissertação se objetivou investigar a percepção de mães e avós de crianças com características do TDAH a respeito de sua autopercepção das habilidades de competências parentais e pessoais, ou seja, sua autoeficácia e ainda, a percepção que apresentam sobre suas crianças. A dissertação foi construída em formato de dois estudos que foram elaborados de modo interdependente.

Com o levantamento da literatura científica, diversos estudos apontaram que as características (desatenção, hiperatividade e impulsividade) apresentadas pelos indivíduos com o transtorno, podem reverberar em prejuízos que não se restringem apenas a pessoa acometida, mas também acarretam danos aos contextos onde esta vive, especialmente o contexto familiar (Bellé, Ruschel & Bosa, 2009).

Neste sentido, destacou-se que a autoeficácia parental caracteriza-se como um importante elemento da competência parental e a maneira como o cuidador percebe a criança e consegue relacionar os efeitos ocasionados pelo transtorno estão diretamente relacionados com o seu bem-estar psicológico e do filho.

Diante desta justificativa, delimitou-se os objetivos específicos dos dois estudos apresentados nesta dissertação. No primeiro estudo com delineamento quantitativo, buscou-se investigar a percepção de autoeficácia de mães e avós de crianças com características do TDAH, considerando o subtipo do transtorno e o quociente de inteligência total das crianças. Já no segundo com método misto, foi descrito a percepção das mães e avós sobre a criança, bem como a relação e a auto percepção sobre o papel de cuidador.

Os resultados principais do primeiro estudo apontaram que os cuidadores de crianças com características de TDAH, apontaram medias rebaixadas de autoeficácia parental e de

autoeficácia relacionadas a aspectos gerais da vida. Os níveis mais baixos de autoeficácia foram ligados aos casos de TDAH do subtipo combinado. Os dados referentes a aplicação do Wisc IV revelaram que em ambos os grupos de cuidadores, com baixa e alta autoeficácia parental, as crianças apresentaram Quociente de Inteligência Total abaixo da média esperada para a faixa etária.

A análise qualitativa dos segundo estudo revelou no discurso dos pais as seguintes categorias de análise: 1) Percepção das primeiras dificuldades; 2) Percepção sobre a criança (percepção positiva e percepção negativa do comportamento); 3) Percepção sobre o parceiro parental (Percepção colaborativa e Percepção não colaborativa); 4) Percepção de terceiros sobre a criança; 5) Serviços de atendimentos; 6) Fatores de risco (riscos sociais e Espiritualidade); 7) Fatores de proteção (Espiritualidade e Disponibilidade para o cuidado).

Com estes dados observou-se que a baixa percepção na autoeficácia parental e geral dos cuidadores pode influenciar sobremaneira o modo como estes direcionam seus cuidados a criança, influenciando desta forma a orientação do desenvolvimento desta. E a maneira como os cuidadores percebem a criança e todas as questões relacionadas a ela, envolvem fatores de risco e de proteção que se apresentam como potencializadores para o desenvolvimento da saúde mental de ambos, criança e cuidador.

Como limitações dos estudos considera-se: no estudo 1) o número de participantes utilizados na amostra, a inexistência de análise estatísticas sofisticadas que possam revelar achados inovadores e ainda, a utilização apenas de escalas para avaliar o constructo da autoeficácia. No estudo 2) o número reduzido de participantes e o número de sessões disponibilizada para a realização do grupo focal. Como sugestões para futuras pesquisas é sugerido investigações com foco em intervenções na saúde mental do cuidador, considerando questões que permitam o aumento

tanto das competências parentais como das competências pessoais destes cuidadores. Apesar de o segundo estudo ter tido como objetivo principal ouvir os cuidadores principais das crianças com características do TDAH, faz-se necessário dar atenção ao que outros cuidadores pensam e tem a dizer a respeito, além das próprias crianças e adolescentes acometidas pelo transtorno.

Por fim, considera-se que pesquisas como estas que colocam em evidência a saúde mental de cuidadores de crianças com transtornos mentais devam ser ampliadas pois percebeu-se, tanto pelas falas dos cuidadores desta pesquisa como pelo levantamento dos dados de outros estudos, que as políticas públicas voltadas para este público, apesar de existirem ainda não escassas, restando aos familiares muitas vezes o sentimento de desamparo diante das dificuldades encontradas.

Referências Gerais

- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnósticos Estatísticos De Transtornos Mentais*, 5ª ed. (DSM 5). Whashington, DC: American Psychiatric Association.
- Araújo, A. P. Q. C. (2002). Avaliação e manejo de crianças com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria*; 78 (supl.1),pp. 104 – S110
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc. Retrieved from <http://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=rcnJB7Wkr9YC&oi=fnd&pg=PA94&dq=the+social+foundations+of+thought+and+action&ots=DYNNnRPwhK&sig=ajTjjUIM2PPvAz2Qvjm4Wch-gE>
- Bandura, A. (1993). Perceived self efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), pp.117–148
- Barbosa D.L.F. (2015). Intervenções cognitivas e comportamentais. In: Miotto EC, ed. *Reabilitação neuropsicológica e intervenções comportamentais*. São Paulo: Roca;. p.61-80.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Exercícios clínicos* (M. F. Lopes, Trad., 3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bellé, A., Andrezza, A., Ruschel, J. & Bosa, C. (2009). Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), pp.317-325.

- Brazelton TB, Sparrow JD. (2003). 3 a 6 anos: momentos decisivos do desenvolvimento infantil. Porto Alegre: Artmed
- Cardo et. Al. Attention deficit disorder and hyperactivity: a pattern of evolution? (2010). *Rev.Neurol.*, 50 (3), pp.143-147. Retirado de [http:// www.neurologia.com](http://www.neurologia.com).
- Conners C. K., Erhardt D. & Sparrow E. (1999). Conners' Adult ADHD Rating Scales. *North Tonawanda: Multi-Health System*.
- Dekovic, M., Meijer, A. M., Reitz, E., Wittenbord, G. V. D., & Stoel, R. D. (2010). Longitudinal relation between sleep quality , time in bed adolescente problem behavior. *Journal os child psychology and psychiatry.* ,5, pp.1278-1286. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02261.x
- Dickstein, S. G., Bannon, K., Castellanos, F. X. & Milhan, M. P. (2006). The neural correlates of attention deficit hyperactive disorder: an ALE metaanalysis. *J child. Psychol. Psychiatry*, 47, pp.1051-1062
- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed
- Faraone, S. V., Biedreman, J. M. D., Weber, W. B. A., & Russell, R. L. B. A. (1998). Psychiatric, Neuropsychological, and Psychosocial Features of DSM-IV Subtypes of AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: Results From a Clinically Referred Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), pp.185-193.
- Faraone, S. V., Doyle, A. E., Mick, E., Biederman, J. (2001). Meta-analysis of the association between the dopamine D4 gene 7-repeate allele and Attetiondficit/hyperactive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, pp.1052-1054.
- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., Veríssimo, M., & Santos, A. (2014). Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de autoeficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, 2(32), pp.145-156. doi.org/10.14417/ap.854
- Freire, A.C. C., & Pondé, M. P. (2005). Estudo Piloto da prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade entre crianças escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63 (2B), pp.474-478.
- Golfeto, J. H., & Barbosa, G. A. (2003). Epidemiologia. Em: L. A. Rhodes & P. Mattos (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH - Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Hastings, R. & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107(3), pp.222-232.
- Holmes, J., Payton, A., Barrett, J., Harrington, R., McGuffin, P., Owen, M, et al. (2002). Association of DRD4 in children with ADHD and comorbid conduct problems. *Am J Med Genet.* 114(2), pp.150-3.
- Homer, C. J., Baltz, R.D., Hickson, G.B., et al. (2000). Clinical practice guideline: diagnosis

and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*.

- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), pp.341-363.
- Lopes, R. M. F., Farina, M., Wendt, G. W., Esteves, C. S. & Argimon, I. I.L. (2012). Sensibilidade do wisc-III na identificação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). *Panamerican journal of neuropsychology*, 6 (1), pp. 128-140.
- Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. N., & Marturano, E. M. (2000). A Autoeficácia e os aspectos comportamentais das crianças com dificuldades de aprendizagens. *Psicologia: reflexão e crítica*, 13 (3), pp327-336.Retirado de www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v13n3/v13n3a02.pdf
- Meunier, J., & Roskam, I. (2009). Self-efficacy beliefs amongst parents of young children:Validation of a self-report measure. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 495-511. doi:10.1007/s10826-008-9252-8.
- Peixoto, A. L. B. & Rodrigues, M. M. P. (2008). Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia*, (28), pp.91-103.
- Possa, M.; Spanemberg, L. & Guardiola, A. (2005). Comorbidades do TDAH em crianças escolares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(2B), pp.479-83.
- Rohde, L. A.; Dorneles, B. V. & Costa, A. C. (2006). Intervenções escolares no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Em: N. T. Rotta (Org.). *Transtornos de aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.
- Schmidt, C. (2004). Estresse, autoeficácia e o contexto de adaptação familiar de mães de portadores de transtornos globais do desenvolvimento. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- Seabra-Santos, M., Major, S., Pimentel, M., Gaspar, M., Antunes, N., & Roque, V. (2015). Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC): estudos psicométricos. *Avaliação Psicológica*, 14 (1), pp. 97-106.
- Seidman, L. J. (2006). Neuropsychological functioning in people with TDAH across the lifespan. *Clin. Psychological Review*, 26,pp.466-485.
- Sofronoff, S. & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with asperger syndrome. *Sage publication and the national autistic Society*, 6(3), pp.271-86. doi/10.1177/1362361302006003005
- Soler, C. L., Medina, A. R. (2013). TDAH y transtorno del comportamiento em la infancia y la adolescência: clínica, diagnóstico, evolución y tratamiento. Pirámide
- Tabaquim, Maria de Lourdes Merighi, Vieira, Roberta Gelain de Souza, Razera, Ana Paula Ribeiro, & Ciasca, Sylvia Maria. (2015). Autoeficácia de cuidadores de crianças com o transtorno do espectro autista. *Revista Psicopedagogia*, 32(99), 285-292. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000300002&lng=pt&tlng=pt

Wechsler, D. (2003). Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth UK Edition. London, England: Harcourt Assessment

ANEXOS

Anexo A



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Cuidadores de pessoas com TDAH: suas percepções, rotina, estresse e autoeficácia parental - uma proposta de intervenção.

Esclarecimentos da Pesquisa:

Caro participante,

Estamos convidando você para participar da pesquisa intitulada “Cuidadores de pessoas com TDAH: suas percepções, rotina, estresse e autoeficácia parental - uma proposta de intervenção”. Nesta pesquisa pretendemos investigar a saúde de famílias de crianças de 5 a 12 anos de idade com TDAH. Serão investigadas a percepção de cuidadores sobre as características da criança, da parentalidade, da rotina, do estresse e da autoeficácia parental.

Caso aceite o convite e preencha os critérios necessários para participação desta pesquisa, você participará como voluntário das quatro fases desta pesquisa não havendo qualquer custo ou remuneração financeira. Na primeira fase você responderá individualmente o Inventário Sócio-demográfico, o Índice de Pobreza familiar, o Checklist de comportamentos da criança, Índice de Estresse Parental, o Questionário de Estresse para Pais com Transtorno de Desenvolvimento, a Escalas de Autoeficácia, o Inventário de Rotinas com duração média de 30 minutos. A segunda fase consiste em sua participação em um grupo de cuidadores de crianças com TDAH para compartilhar experiências cotidianas sobre a percepção que você tem do seu filho com diagnóstico alvo desta pesquisa. Este grupo será realizado em outro momento em espaços cedidos pelo Serviço Caminhar do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza e terá duração, aproximada, de uma hora de tempo. Os dados da segunda e terceira fase serão obtidos através de gravações em áudio e vídeo para transcrições posteriores. A terceira fase corresponde à intervenção que será realizada em sessões semanais com duração média de duas horas de tempo. Na última fase você responderá os instrumentos aplicados na primeira fase, exceto, ISD e IPF.

Os riscos em participar desta pesquisa são mínimos, mas você pode sentir cansaço e/ou algum retraimento para responder algumas questões, caso isto ocorra você poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento sem prejuízo ou penalidade ou ainda, havendo necessidade, receberá o amparo de profissionais qualificados.

Ressaltamos o sigilo de informações que possa lhe identificar ou qualquer outra condição ética prevista na Resolução 510/2916 do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma não haverá identificação de seus dados, ou nenhuma característica que possa levar a sua identificação em qualquer publicação resultante dos dados deste estudo, haja vista que, as informações coletadas serão, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, uma será ficar com a Sr. (a) e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável junto aos demais instrumentos durante o período de cinco anos, no **Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento pertencente ao Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará**. Após esse tempo serão destruídos.

Finalmente, caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores informações sobre esta pesquisa poderá entrar em contato com o pesquisador responsável via e-mail, telefone ou endereço. Além do pesquisador para mais esclarecimentos sobre a pesquisa o Sr. (a) pode entrar em contato com o comitê de ética da instituição localizado na Av. Generalíssimo Deodoro, 92 Umarizal CEP: 66055-240 ou pelo fone: 3201-0961 ou via email: cepbel@ufpa.br.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**Cuidadores de pessoas com TDAH com níveis de vulnerabilidade socioeconômicos distintos - suas percepções, rotina, estresse e autoeficácia parental: uma proposta de intervenção**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro ainda que, minha participação é voluntária e estou ciente sobre o conteúdo da pesquisa, bem como dos riscos e benefícios consentindo que as entrevistas sejam registradas e gravadas em áudio e vídeo e que os dados utilizados para análise e discussões científicas.

Belém, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Orientador

Nome do Pesquisador Responsável: SIMONE SOUZA DA COSTA SILVA/ Endereço: Rua Augusto Correa, 01 Guamá./CEP: 66075110 / Belém – PA/Fone: (91) 98809-8179/ E-mail: symon.ufpa@gmail.com

Nome do Orientador: FERNANDO AUGUSTO RAMOS PONTES Endereço: Rua Augusto Correa, 01/ Guamá./CEP: 66075110 / Belém – PA/ Fone: (91) 988824-8214 E-mail: farp1304@gmail.com

ANEXO B

Universidade Federal do Pará
Programa de Pós Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento
Roteiro de Entrevista

Entrevistador: _____	Data da Entrevista: _____
Entrevistado: _____	Grau de parentesco com a criança: _____
Contato: _____	
Endereço: _____	

I. Dados sobre a Família

Cuidador Principal
Nome: _____
Idade: _____
Grau de parentesco com a criança: _____
É cuidador de outra pessoa com adoecimento crônico? (Sim) Quem? Qual adoecimento? _____ (Não)
Situação civil: (1) Casado(a) ou com companheiro(a) (2) Separado(a) (3) Viúva (o) (4) Solteiro(a)
Nível de Escolaridade e nº de anos de escolarização: (1) fundamental ___ (2) Médio ___ (3) Técnico ___ (4) Superior ___
Ocupação: _____ Você trabalha? (Sim) (Não)
Se trabalha, fora de casa quantas horas por dia? _____
Em algum momento da vida você parou de trabalhar? (Sim) Qual foi o motivo? _____ (Não)
Renda pessoal: () sem rendimento () até 1 salário mínimo () mais de um a dois salários mínimos () mais de dois a três salários mínimos () mais de 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 a 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos
Religião: _____ Etnia auto relatada: _____ Naturalidade: _____
Você passou por algumas dessas situações no período de _____ até hoje. () desemprego () assalto, roubo () Casamento () Divórcio () doença ou morte de um ente querido () Mudança de residência () acidentes ou hospitalizações () outros acontecimentos que a preocupou? Qual?
Pai (considerar apenas o pai biológico ou adotivo)
Nome: _____ Idade: _____
Grau de parentesco com a criança: _____
É cuidador de outra pessoa com adoecimento crônico? (Sim) Quem? Qual adoecimento? _____ (Não)
Situação civil: (1) Casado(a) ou com companheiro(a) (2) Separado(a) (3) Viúva (o) (4) Solteiro(a)

Nível de Escolaridade e nº de anos de escolarização: (1) fundamental ___ (2) Médio ___ (3) Técnico ___ (4) Superior ___

Ocupação: _____ Você trabalha? (Sim) (Não)

Se trabalha, fora de casa quantas horas por dia? _____

Em algum momento da vida você parou de trabalhar? (Sim) Qual foi o motivo? _____ (Não)

Renda pessoal: () sem rendimento () até 1 salário mínimo () mais de um a dois salários mínimos () mais de dois a três salários mínimos () mais de 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 a 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos

Mãe (considerar apenas mãe biológico ou adotivo)

Nome: _____

Idade: _____

Grau de parentesco com a criança: _____

É cuidador de outra pessoa com adoecimento crônico? (Sim) Quem? Qual adoecimento? _____ (Não)

Situação civil: (1) Casado(a) ou com companheiro(a) (2) Separado(a) (3) Viúva (o) (4) Solteiro(a)

Nível de Escolaridade e nº de anos de escolarização: (1) fundamental ___ (2) Médio ___ (3) Técnico ___ (4) Superior

Ocupação: _____ Você trabalha? (Sim) (Não)

Se trabalha fora de casa quantas horas por dia? _____

Em algum momento da vida você parou de trabalhar? (Sim) Qual foi o motivo? _____ (Não)

Renda pessoal: () sem rendimento () até 1 salário mínimo () mais de um a dois salários mínimos () mais de dois a três salários mínimos () mais de 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 a 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos

Religião: _____ Etnia auto relatada: _____ Naturalidade: _____

Você passou por algumas dessas situações no período de 6 meses até hoje.
 () desemprego () assalto, roubo () Casamento () Divórcio () doença ou morte de um ente querido () Mudança de residência () acidentes ou hospitalizações () outros acontecimentos que a preocupou? Qual?

Você recebeu ou recebe algum tipo de orientação profissional para lidar com o comportamento de sua criança com TDAH? (Não) (Sim) Qual? Frequência?

b) Configuração Familiar

Tipo de família: (1) casal sem filhos (2) casal com filhos (3) mulher sem cônjuge com filhos (4) família recombinação (5) família extensa

Composição familiar (incluir as pessoas que moram na casa com a criança)

Nº	Nome	Grau de Parentesco com criança	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda
		Irmão 1				

		Irmão 2				
		Irmão 3				

c) Histórico familiar ou dos responsáveis

Tempo de união dos responsáveis quando a criança nasceu: _____

Houve separação? () Sim. Que idade a criança tinha? _____ () Não

Se houve separação, mantém contato com os responsáveis? () Sim. Frequência? _____ () Não

Depois da separação, o outro responsável participa da educação da criança com TDAH? () Não () Sim

Como participa? _____

d) Dados Sócio Demográficos

Renda Familiar Mensal: () sem rendimento () até 1 salário mínimo () mais de um a dois salários mínimos () mais de dois a três salários mínimos () mais de 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 a 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos

Beneficiária de algum programa de transferência de renda governo Federal? (Sim) Qual(s)? _____ (Não)

Moradia: (Casa) (Apartamento)

Própria (1) Alugada (2) De parentes (3) Outros _____

II. Caracterização da criança

Informações gerais

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Gênero: () F () M

Qual a posição da criança na prole: (1º) (2º) (3º) (4º) (outros) _____

Frequente escola: () Sim () Não Que tipo de escola: () Pública () Particular

Qual a série (ano) está cursando: (1) Educação infantil (2) Ensino fundamental I (3) Ensino Fundamental II

Repetiu alguma série: () Não () Sim. Qual foi o motivo? _____

Transtorno

Qual o diagnóstico da criança? _____

A criança tem outro diagnóstico? (sim) Qual? _____ (Não)

Quem forneceu o diagnóstico ou impressão diagnóstica? _____ Quantos anos a criança tinha? _____

Que tipo de atendimento sua criança frequenta: () Psiquiatra () Psicólogo () Pedagoga () Psicopedagoga () Fono () TO () outros _____

Há quanto tempo seu filho recebe estes atendimentos _____

A criança faz uso de medicação? () Sim Qual/frequência? _____ () Não

Alguém mais na família tem o diagnóstico de TDAH? (Sim) Quem? _____ (Não)

Há algum membro da família que apresenta as mesmas características da criança com TDAH? (Sim) Quem? _____ (Não)

Participa de alguma atividade extra escolar? () Sim. Qual(is)? _____ () Não

Relacionamento familiar

Você percebe alguma mudança no ambiente familiar depois do nascimento da criança com TDAH: (Sim) Qual (is)? _____ (Não)

Como era o ambiente familiar antes da criança nascer? _____

Como é ambiente familiar depois do nascimento da criança? _____

Hoje, como você considera seu relacionamento com sua criança? _____

Como você considera a relação da criança com TDAH com outros membros da família? _____

Existem situações em que você sente dificuldade para lidar com seu filho? () Sim qual(is) _____ () Não

Você recebeu ou recebe algum tipo de orientação profissional para lidar com o comportamento de sua criança com TDAH? (Não) (Sim) Qual? Frequência? _____

ANEXO C



Serviço Público Federal
 Universidade Federal do Pará
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Laboratório Ecologia do Desenvolvimento

Projeto de Pesquisa: Cuidadores de pessoas com TDAH: suas percepções, rotina, estresse e auto eficácia parental - uma proposta de intervenção.

Escala de autoeficácia

As perguntas a seguir têm por objetivo compreender o quanto você sente-se confiante para manejar alguns comportamentos, por exemplo:

Item A: quando não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.

Resposta: "0" caso você não se sinta confiante para manejar a falta de atenção ou erros.

Resposta: "1" caso você sinta-se muito pouco confiante para manejar a falta de atenção ou erros.

Resposta: "2" caso você sinta-se um pouco confiante para manejar a falta de atenção ou erros.

Resposta: "3" caso você sinta-se confiante para manejar a falta de atenção ou erros.

Resposta: "4" caso você sinta-se muito confiante para manejar a falta de atenção ou erros.

Resposta: "5" caso você sinta-se bastante confiante para manejar a falta de atenção ou erros.

- | |
|---|
| <p>0- NADA
 1- LEVEMENTE CONFIANTE
 2- UM POUCO CONFIANTE
 3- MODERADAMENTE CONFIANTE
 4- MUITO CONFIANTE
 5- COMPLETAMENTE CONFIANTE</p> |
|---|

COMPORTAMENTO	Acontece u no mês passado (Sim/não)	Caso sim, como você se sentiu para manejar este comportamento (0-5)?
1-Quando não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefa		
2- Quando tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer		
3- Quando parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele		
4-Quando não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.		
5-Quando tem dificuldade para organizar tarefas e atividades		

COMPORTAMENTO	Acontece u no mês passado (Sim/não)	Caso sim, como você se sentiu para manejar este comportamento (0- 5)?
6-Quando tem dificuldade para realizar tarefas que exijam esforço mental prolongado		
7-Quando perde coisas necessárias as atividades (ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livro.)		
8- Quando distrai-se com estímulo externo		
9- Quando se esquece de atividades do dia a dia.		
10- Quando mexe muito com as mãos ou pés		
11- Quando sai do lugar em lugares em que se espera que fique sentado		
12- Quando corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado		
13- Quando tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma		
14-Quando não para ou frequentemente está a “mil por hora”		
15- Quando fala em excesso		
16- Quando responde a perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas		
17- Quando tem dificuldade para esperar a sua vez		
18- Quando interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas/ jogos)		

ANEXO D



Serviço Público Federal
 Universidade Federal do Pará
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
 Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Laboratório Ecologia do Desenvolvimento

Projeto de Pesquisa: Cuidadores de pessoas com TDAH: suas percepções, rotina, estresse e autoeficácia parental - uma proposta de intervenção.

Como eu sou

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmação acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. A frente de cada afirmação você encontra sete letras (A-G). Caso assinale a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si; se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a entre esses dois extremos pode ainda escolher uma das cinco letras consoantes que estiverem mais ou menos em desacordo com sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente corretas. Peço-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse corretamente a sua maneira de pensar.

	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo Nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
1-Quando faço plano tenho certeza que sou capaz de realiza-los.	A	B	C	D	E	F	G
2-Quando não consigo fazer uma coisa a primeira vez, insisto e continuo a tentar ate conseguir.	A	B	C	D	E	F	G
3-Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G
4-Se uma coisa me parece muito complicada, não tento se quer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G
5-Quando estabeleço objetivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar.	A	B	C	D	E	F	G
6-Sou uma pessoa autoconfiante	A	B	C	D	E	F	G
7-Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que me deparo na vida.	A	B	C	D	E	F	G
8-Normalmente desisto das coisas antes de ter acabado elas.	A	B	C	D	E	F	G
9-Quando estou tentando aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo	A	B	C	D	E	F	G

sucesso, desisto facilmente.							
10-Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com esta pessoa	A	B	C	D	E	F	G
11-Quando estou tentando ser amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar.	A	B	C	D	E	F	G
12-Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G
13-As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal de fazer amigos.	A	B	C	D	E	F	G
14-Sinto insegurança acerca da minha capacidade de fazer as coisas	A	B	C	D	E	F	G
15-Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como deveria.	A	B	C	D	E	F	G

ANEXO E

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Cuidadores de pessoas com TDAH: suas percepções, rotina, estresse e autoeficácia parental-uma proposta de intervenção

Pesquisador: FERNANDO AUGUSTO RAMOS PONTES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63631316.3.0000.5172

Instituição Proponente: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.051.363



Continuação do Parecer: 2.051.363

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 08 de Maio de 2017

Assinado por:
ANDERSON RAIOL RODRIGUES
(Coordenador)