



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO

COMPORTAMENTO

**ESTRESSE E METAS DE SOCIALIZAÇÃO DE PAIS DE CRIANÇAS COM E
SEM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Edimeire Pastori de Magalhães Tavernard

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Souza da Costa Silva

Belém – PA

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO

COMPORTAMENTO

**ESTRESSE E METAS DE SOCIALIZAÇÃO DE PAIS DE CRIANÇAS COM E
SEM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

EdimeirePastori de Magalhães Tavernard

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
Teoria e Pesquisa do
comportamento (PPGTPC) como
requisito para a obtenção do título
de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Souza da Costa Silva

Belém – PA

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Tavernard, Edimeire Pastori de Magalhães, 1974-
Estresse e metas de socialização de pais de crianças
com e sem transtorno do déficit de atenção e
hiperatividade / Edimeire Pastori de Magalhães
Tavernard. - 2015.

Orientadora: 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, 2015.

1. Comportamento humano. 2. Distúrbios de
falta de atenção com hiperatividade. 3. Stress
(Psicologia). 4. Pais e Filhos. 5.
Socialização. I. Título.

CDD 23. ed. 155.2



Dissertação de Mestrado

“Estresse e Metas de Socialização de Pais de Crianças com e sem Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade.”

Aluna: Edimeire Pastori de Magalhães Tavernard.

Data da Defesa: 27 de Agosto de 2015.

Resultado: Aprovada.

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Simone Souza da Costa Silva (Orientadora - UFPA).

Prof.^a Dr.^a Amira Consuelo Melo Figueiras (Membro - UFPA).

Prof.^a Dr.^a Tatiana Izabele Jaworski de Sá Riechi (Membro - UFPR).

AGRADECIMENTOS

A Deus por não me desamparar durante esta jornada. Dando-me forças para superar as dificuldades.

Muito obrigada ao meu marido Tom Tavernard pelo incentivo, dedicação a nossa família e por acreditar em mim, quando nem eu mesma o fazia, não me deixando desistir em nenhum momento.

Aos meus filhos Rogério e Gustavo pelo amor, paciência, apoio incondicional e, por entenderem minhas ausências nos momentos, que muitas das vezes, precisaram que eu estivesse presente.

Aos meus familiares (pai, mãe, sogros, tios, irmãos, cunhados, sobrinhos e primos) e amigos agradeço a compreensão e o incentivo para perseverar nesta jornada.

À minha orientadora Simone Silva por sua orientação, disponibilidade e paciência.

À minha amiga Érika Amorim por ter me incentivado a traçar este caminho, por ter me ajudado a chegar até aqui.

Às amigas Anna Elvira, Liana, Milena e Amália por sempre me ajudarem.

À amiga Cybelle Florêncio que esteve sempre comigo nesta batalha formando uma dupla de estudo, onde o incentivo, a colaboração e a perseverança estiveram sempre presente.

À amiga Jeisiane Brito que valorizou esse estudo. Obrigada por sua grandeza espiritual e por sua humildade em repartir o seu conhecimento.

À amiga Paulyane por toda a sua ajuda e paciência em dividir comigo os conhecimentos necessários para ingressar no mestrado.

À amiga Mayara por todas as vezes em que esteve comigo, incentivando e orientando.

À amiga Karla pela parceria nos estudos e companheirismo nas horas de alegria e nas de aflição.

Às parceiras de turma Allana, Mayana, Lilian, Lucilene pela parceria durante nossas aulas.

Obrigada a Katiane Cunha que me incentivou desde o primeiro dia em que nos conhecemos, durante as aulas na graduação.

À Bárbara Pereira pela ajuda e carinho.

À Maely Ramos por toda sua ajuda técnica.

Ao Profº Edson Ramos pelos ensinamentos em estatística.

As Instituições de saúde referidas neste estudo que autorizaram a coleta de dados com os pais.

Às profª. Denise Costa, Margareth e Cecília Barriga que disponibilizaram a escola da rede municipal para que fosse realizada a pesquisa.

À profª. Amália Tavares, vice-diretora da escola estadual, obrigada por ter me acolhido em sua escola e não medido esforços para que esta coleta se realizasse.

Obrigada à Cristina e Talita que muito me ajudaram na coleta de dados.

À Dra. Isabel Neves que acreditou neste estudo e não mediu esforços para ajudar-me a concretizá-lo. Obrigada por suas contribuições!

Aos Pais que se mostraram disponíveis em participar da pesquisa.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

Sumário

Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Figuras.....	ix
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I: Introdução Geral.....	1
1.1 Histórico e definição.....	1
1.2 Prevalência.....	3
1.3 Diagnóstico.....	5
1.4 Tratamento.....	10
1.5. A importância da Família no desenvolvimento da criança com TDAH.....	11
CAPÍTULO II: Estresse de Pais de Crianças com e sem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	16
1. Método.....	21
2. Resultados e Discussão.....	30
3. Considerações Finais.....	40
4. Referências Bibliográficas.....	42
CAPÍTULO III: Metas de socialização e estratégias de ação de pais de crianças com e sem Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.....	52
1. Método.....	59
2. Resultados e Discussão.....	63
3. Considerações Finais.....	76
4. Referências Bibliográficas.....	78
CAPITULO IV: Considerações Finais.....	82
Referências Bibliográficas.....	84
Anexos.....	87
Apêndices.....	91

Lista de Tabelas

Tabela 1	Estatísticas resultantes da aplicação da técnica de análise de correspondência	34
Tabela 2	Média e Desvio-padrão do nível de estresse entre o GE e o GC	35
Tabela 3	Resíduo resultante da análise de correspondência	38
Tabela 4	Categorias de metas de socialização	60
Tabela 5	Associação dos modelos culturais, metas de socialização e estratégias de ação dos pais do GE	73
Tabela 6	Associação dos modelos culturais, metas de socialização e estratégias de ação dos pais do GC.	79

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa Conceitual do Grupo Experimental	71
Figura 2	Mapa Conceitual do Grupo Controle	77

Tavernard, E. P.M. (2015). *Estresse e Metas de Socialização de pais de crianças com e sem Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-Pa. Universidade Federal do Pará, 108 páginas.

RESUMO

Os comportamentos que uma pessoa com TDAH apresenta podem provocar um emaranhado de sentimentos no seio familiar e social, desgastando suas relações o que pode ocasionar em rejeição desse indivíduo ou até mesmo exclusão do grupo social ao qual estão ligados. Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar a presença de estresse e as metas de socialização de pais de crianças com e sem TDAH. Para tal, foram realizados dois estudos. No primeiro foi avaliada a presença de estresse em pais de crianças com e sem TDAH e verificado se havia correlação desses níveis com os comprometimentos atencionais e padrões de hiperatividade/impulsividade dos seus filhos. No segundo investigou-se as metas de socialização e estratégias de ação de pais de crianças com e sem TDAH. Participaram de ambos os estudos 78 pais, divididos em dois grupos: Grupo Experimental formado pelos pais de crianças ou adolescentes com o diagnóstico de TDAH e Grupo controle formado pelos pais de crianças sem o diagnóstico. Os dados foram coletados em um Hospital Universitário e em duas escolas regulares da rede pública da cidade de Belém/PA. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sócio-Demográfico, MTA-SNAP IV, Índice de Estresse Parental (PSI). Os resultados do primeiro estudo apontaram que o nível de estresse dos pais de crianças sem TDAH (GC) foi maior do que o dos pais de crianças com TDAH (GE) e os do segundo estudo demonstraram que os pais de ambos os grupos têm suas

principais metas relacionadas ao autoaperfeiçoamento, diferenciando-se quanto as estratégias de ação usadas para alcançar as metas.

Palavras-chave: TDAH, Estresse, Metas, Pais.

Tavernard, E. P.M. (2015). *Stress and Goals of parents of children with and without Socialization Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Masters dissertation. Graduate Program in Theory and Behavioral Research. Belém-Pa. Federal University of Pará, 108 pages.

ABSTRACT

The behaviors that a person with ADHD has can cause a tangle of feelings within the family and within social, wearing their relations which can lead to rejection of that individual or even exclusion from the social group to which they are ligados. Esta research aimed to investigate the presence of stress and socialization goals of parents of children with and without ADHD. For this purpose, two studies were conducted. At first it was assessed the presence of stress in parents of children with and without ADHD and checked if there was correlation of these levels with attentional impairments and hyperactivity patterns / impulsivity of their children. In the second investigated the socialization goals and strategies of parents of children with and without ADHD. Participated in both estudos 78 parents, divided into two groups: experimental group formed by parents of children or adolescentes com the diagnosis of ADHD and control group formed by parents of children without the diagnosis. Data were collected in a University Hospital and duas escolas regulares the public network in the city of Belém / PA. The instruments used were: Socio-Demographic Questionnaire, MTA-SNAP IV, Parenting Stress Index (PSI). The first study results showed that the stress level of parents of children without ADHD (GC) was higher than that of parents of children with ADHD (GE) and the second study showed that parents of both groups have their main goals related to self-improvement, differing as the action strategies used to achieve the goals.

Keywords:ADHD,stress, goals, Parents.

CAPÍTULO I: Introdução Geral

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) tem suscitado grande interesse na comunidade científica devido às implicações causadas no âmbito social, emocional e escolar do indivíduo. Dessa maneira, é necessário compreender melhor o que é esse transtorno, suas características e a forma como essas repercutem no dia-a-dia da criança e no ambiente familiar.

Tem sido muito comum, em contexto educacional, ouvir as queixas dos pais e dos professores, em relação aos comportamentos das crianças e, este, tem sido um dos principais motivos de encaminhamento de crianças para avaliação médica (Barkley, 2008), constituindo o TDAH como uma das patologias mais diagnosticadas em saúde mental infantil.

O TDAH está incluído no conjunto dos transtornos que são, geralmente, diagnosticados na infância e adolescência (Miranda, Muszkat&Rizzutti, 2011) e, pode ser definido como um padrão persistente de falta de atenção e/ou hiperatividade-impulsividade, em uma intensidade maior que a esperada para o nível de desenvolvimento do indivíduo (DSM V – APA, 2013).

1.1 Histórico e definição.

Os primeiros estudos sobre a atenção, impulsividade e autorregulação tiveram início no século XX, com as pesquisas do pediatra inglês George Still, acerca de crianças impetuosas, agressivas e desafiadoras que apresentavam pouco controle inibitório e necessitavam de gratificações imediatas para o seu comportamento (Caliman, 2010).

A partir de então várias terminologias foram usadas para definir o transtorno. Nas décadas de 1930 a 1940, o termo utilizado era Lesão Cerebral Mínima,

caracterizada por transtornos de comportamento, de linguagem e de aprendizado (Nefsky, 2004) associada a uma causa orgânica imprecisa. No período de 1950 e 1960, houve mudança para o termo Disfunção Cerebral Mínima (DCM), baseado em achados neurológicos e psicológicos de disfunção em funções motoras, de equilíbrio dinâmico, da modulação de funções perceptivas e do controle inibitório (Caliman, 2010).

Segundo Caliman (2010), o transtorno era caracterizado pelo seu aspecto motor, onde era percebido um excesso de movimento e a dificuldade de inibição dos impulsos. Por isso, em 1957, foi descrito como a Síndrome do Impulso Hipercinético e, em 1960, como a Síndrome da Criança Hiperativa. Nessa perspectiva, a hipótese da existência de uma lesão cerebral mínima foi cedendo espaço para a presença de um déficit neurofisiológico.

A partir de 1970, a ênfase dos critérios diagnósticos saiu da hiperatividade e focou-se no sintoma de desatenção. Novamente, havendo modificação na nomenclatura ampliando o diagnóstico do transtorno que poderia ocorrer com ou sem a hiperatividade. De acordo com Douglas (1972) a dificuldade no controle dos impulsos era o traço mais marcante que caracterizava estas crianças e não necessariamente a hiperatividade. A partir dessas observações, em 1980, com a publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder III* (DSM-III), o transtorno recebe o nome de Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA), onde a criança poderia ser considerada desatenta e impulsiva com ou sem hiperatividade (Miranda, Muszkat & Rizzutti, 2011).

Após revisão do DSM-III-R, em 1987, houve nova mudança no termo passando a ser Distúrbio da Hiperatividade com Déficit de Atenção (ADHD). Sendo a partir da

edição do DSM-IV (1994), que o manual incorporou as duas manifestações no mesmo termo: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Atualmente, o Manual está em sua quinta edição, DSM V (APA, 2013), a nomenclatura permanece a mesma, os critérios de diagnóstico são muito parecidos com os do DSM IV, mantendo-se os mesmos sintomas divididos em torno das categorias de desatenção e hiperatividade-impulsividade. As novidades em relação a versão anterior do manual são: a inclusão de exemplos para facilitar o reconhecimento dos sintomas em diferentes etapas da vida; a presença dos sintomas antes dos 12 anos de idade em vez de 7 anos; inclui o diagnóstico de comorbidade do TDAH com o espectro autista; limitou-se a presença de cinco sintomas de desatenção, como de hiperatividade-impulsividade, na idade adulta, em vez de seis, que são necessários para a realização do diagnóstico (APA, 2013).

Ainda de acordo com o DSM V o TDAH está incluído nos transtornos do desenvolvimento, apresentando um padrão persistente de desatenção e hiperatividade-impulsividade, com uma intensidade desadaptativa que interfere no nível social, acadêmico ou ocupacional, que persistindo, no mínimo, por seis meses aparecendo em mais de um ambiente onde a criança frequenta (APA, 2013).

1.2 Prevalência.

De acordo com a literatura (Franke, Neale&Faraone, 2009; Golfeto & Barbosa, 2003; Grillo & da Silva, 2004; Rappley, 2005; Silva, 2003), o TDAH é uma desordem comportamental de origem neurobiológica, estando presente tanto em crianças como em adultos; entretanto, é muito mais observado na infância. Estima-se que o transtorno acometa cerca de 3 a 7% de crianças em idade escolar (Pastor & Reuben, 2008;

Rohde&Halpern, 2004), variando em função do sexo, idade, dos subtipos ou meio sociocultural (APA, 2013; Barkley, 2008).

Há consenso que o TDAH apresente maior predominância no sexo masculino (Barkley, 2002,2008; Rohde&Halpern, 2004), numa proporção que pode oscilar de 9:1 de meninos para meninas, em amostras clínicas, e uma proporção de 3:1 em amostras populacionais em geral (AAP, 2000; Lopes, Nascimento & Bandeira, 2005).

No que diz respeito à idade, as pesquisas mostram que sua prevalência é maior na primeira infância (até 5 anos). Os estudos estimam que em média 75% dos casos são percebidos antes dos 5 anos (Pastor &Reuben, 2008; Rohde&Halpern, 2004) ou entre os 6 e os 9 anos. Entretanto, os sintomas do transtorno manifestam-se de maneira diferenciada em cada fase do desenvolvimento, quando a criança é mais nova, antes dos sete anos, percebe-se mais o caráter hiperativo-impulsivo e, mais tarde, manifestam-se as dificuldades provenientes do déficit de atenção. Segundo Cardo e Servera-Barceló (2005) a prevalência dos subtipos de TDAH demonstram que é de 24% para o tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, 16% predominantemente desatento e 11% para o tipo combinado.

Seu caráter hereditário é observado em estudos que relatam que 10% a 35% dos familiares imediatos das crianças com TDAH apresentavam o mesmo quadro, com risco de aproximadamente 32% para os irmãos dessas crianças (Biederman, Monuteaux, Kendrick, Klein&Faraone, 2005; Iamaguti, 2014).

No que concerne ao estudo de gêmeos, observou-se a incidência do quadro em 81% dos casos em gêmeos monozigóticos e de 29% em gêmeos dizigóticos (Miranda, Muszkat&Rizzutti, 2011). Rohde e Mattos (2003) acrescentam, ainda, a importância dos fatores ambientais somados a herança genética.

1.3 Diagnóstico.

Esse transtorno acarreta prejuízos de ordem multifatorial, caracterizando-se por atividade excessiva, associada à dificuldade de seguir comandos ou ordens, alterações cognitivas e perceptivas, presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora (Barkley& Murphy, 2008; Rohde& Mattos, 2003).

O diagnóstico é de caráter clínico (Barkley& Murphy, 2008; Rohde&Halpern, 2004), baseado nos critérios do DSM V (2013) e a CID-10 (OMS, 1993) sendo realizado a partir da observação das características e da história de vida da pessoa, da análise de sua frequência, intensidade, amplitude (persistência em mais de um contexto) e duração - pelo menos seis meses (Rohde&Halpern, 2004). Outro fator de extrema relevância, diz respeito à precocidade das manifestações desses sintomas e, também, se os mesmos não se explicam em outros transtornos mentais (Miranda, Muszkat&Rizzutti, 2011; Moraes, 2010).

O TDAH é caracterizado por prejuízos relacionados à tríade sintomática: desatenção, hiperatividade e impulsividade (DSM-V, 2013), onde a intensidade com que os sintomas se manifestam, possivelmente, pode comprometer as atividades e as relações das pessoas com esse transtorno, seja em casa, na escola ou no ambiente de trabalho (Bonadio, 2013; Miranda, Muszkat&Rizzutti, 2011).

A desatenção é caracterizada pela dificuldade que a pessoa tem em selecionar, sustentar e dividir a atenção durante as atividades propostas (Barkley, 2008; Miranda, Muszkat&Rizzutti, 2011). Os prejuízos atencionais podem comprometer outros processos básicos como a memória, linguagem e raciocínio lógico (Barkley, 2008). De

acordo com o DSM V (2013), a identificação da desatenção é conferida mediante avaliação dos seguintes itens:

- Não prestar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido na escola, no trabalho ou durante outras atividades (por exemplo, o trabalho é impreciso).
- Apresenta dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo, tem dificuldade em manter-se focado durante as palestras, conversas ou leitura longa).
- Parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra (por exemplo, o pensamento parece estar em outro lugar, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- Não segue instruções e falha ao terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (por exemplo, começa tarefas, mas rapidamente perde o foco e é facilmente desviado).
- Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade em gerir as tarefas sequenciais, dificuldade em manter os materiais e pertences em ordem, bagunçado, desorganizado no trabalho; má administração do tempo, não consegue cumprir os prazos).
- Frequentemente evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que exigem esforço mental (por exemplo, trabalhos escolares ou trabalhos de casa, elaboração de relatórios, preenchimento de formulários).
- Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos).
- Facilmente se distrai por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, podem incluir pensamentos).

- Esquece-se das atividades diárias (por exemplo, fazer as tarefas, dar recados, pagar contas).

No contexto educacional, esses sintomas são facilmente percebidos pelos educadores em face às atividades incompletas, as trocas de material, as cópias de uma disciplina no caderno destinado à outra, cadernos mal organizados, com folhas soltas, atividades amassadas, letras de difícil entendimento (Cypel, 2007).

Os sintomas relacionados à hiperatividade podem ser descritos como uma atividade motora excessiva (Cypel, 2007), que podem ser tão intensas a ponto de prejudicar a adaptação da pessoa ao meio em que está inserida (APA, 2013; Barkley, 2008). De acordo com o DSM V (2013), a identificação da hiperatividade é conferida mediante avaliação dos seguintes itens:

- Agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira;
- Abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- Correr ou escalar em demasia, em situações inapropriadas (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
- Ter dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- Estar "a mil" ou muitas vezes agir como se estivesse "a todo vapor";
- Falar em demasia.

Todos esses comportamentos, segundo Cypel (2007), provocam um emaranhado de sentimentos no seio familiar e social, desgastando as relações e, por conseguinte, essas pessoas podem ser rejeitadas ou, até mesmo, excluídas dos grupos a que estão ligadas. No que diz respeito a seu desenvolvimento acadêmico, essas crianças começam

apresentar dificuldades, uma vez que não conseguem permanecer sentados, não terminam suas tarefas, tão pouco se preocupam com isso, atrapalham a dinâmica em sala de aula, já que conversam demais, desconcentrando os outros colegas.

As características de impulsividade, por sua vez, podem ser observadas quando a criança responde precipitadamente às perguntas que ainda não foram completadas, apresentam ainda dificuldade em aguardar sua vez e também se intrometem nas atividades dos outros (APA, 2013; Barkley, 2008; Biederman, Monuteaux, Kendrick, Klein & Faraone, 2005). A impaciência é um traço muito marcante. Para a criança a espera é uma agonia, então ela exige que suas necessidades sejam atendidas de forma imediata e, quando isso não acontece, a mesma reage com comportamentos inapropriados (birras, gritos, palavrões, xingamentos) (Barkley, 2008; Cypel, 2007).

Por considerar a tríade sintomática o TDAH é classificado em três subtipos, que podem ser identificados, segundo as suas características comportamentais, sendo estas:

- a) Predominantemente desatento - com a presença de seis (ou mais) sintomas de desatenção e com menos de seis sintomas de hiperatividade/impulsividade;
- b) Predominantemente hiperativo-impulsivo - com a presença de seis (ou mais) sintomas de hiperatividade e impulsividade e menos de seis sintomas de desatenção;
- c) Tipo combinado - com a identificação de seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade.

A literatura aponta para as diferenças quanto aos sintomas dos tipos de TDAH, sugerindo que as características de desatenção, possivelmente, podem estar associadas a comprometimento acadêmico (Bonadio, 2013), enquanto que as de hiperatividade-

impulsividade associam-se aos problemas comportamentais. E, também se pode verificar que conforme a criança se desenvolve os sintomas tendem a modificar.

Vale ressaltar que o diagnóstico de TDAH pode ser feito em qualquer fase da vida - criança, adolescente ou adulto (Barkley, 2002). Entretanto, a literatura demonstra que é na faixa etária dos seis aos dez anos, que as características comportamentais do transtorno passam a ser motivo de investigação, devido às demandas escolares, que apontam para dificuldades da criança em conter-se, atender aos comandos, indicando diferenças comportamentais quando comparadas aos seus pares (Rohde & Mattos, 2003).

O processo de avaliação deve ser feito por uma equipe multidisciplinar (Barkley, 2008; Biederman, Monuteaux, Kendrick, Klein & Faraone, 2005), de maneira criteriosa, buscando conhecer o motivo do encaminhamento para a consulta. Barkley (2008) acrescenta ainda a importância de se conhecer o histórico familiar, no que diz respeito aos traços genéticos, as relações familiares, quem está mais presente no cuidado dessa criança, se a família tem uma rede de apoio, se tem recursos financeiros para custear o tratamento e, como a família lida com as dificuldades que podem ser agentes estressores. Além de solicitar dos responsáveis os relatórios dos terapeutas que acompanham esta criança e, ainda, o parecer psicopedagógico.

Este parecer, de acordo com Rohde e Halpern (2004), proporcionará uma visão importante acerca do comportamento das crianças, seu desempenho nas tarefas e entender a origem de suas dificuldades escolares.

A avaliação de crianças com TDAH é feita com o uso de várias medidas. Um instrumento muito utilizado para traçar um perfil diagnóstico da criança, é o MTA-SNAP-IV, validado para o português para uso no Brasil, por Mattos, Serra-Pinheiro,

Rohde e Pinto. (2006). O SNAP-IV é um questionário que inclui 26 itens correspondentes aos sintomas do critério A (desatenção, hiperatividade-impulsividade) do DSM V (2013) para TDAH e aos sintomas de TDO (Transtorno Desafiador Opositor), que pode ser respondido por pais e professores.

1.4 Tratamento.

O tratamento do TDAH deve envolver uma abordagem multidisciplinar que permita uma ampla compreensão e intervenções que alcancem seu caráter multifatorial (Barkley, 2002), e que se iniciem o mais cedo possível.. A intervenção tem como propósito principal, melhorar as relações do indivíduo nos aspectos social, emocional, educacional e familiar (Barkley, 2002;Biederman et al, 2005).

Pesquisas apontam a utilização de várias medicações para o tratamento do TDAH, dentre elas é citado o Metilfenidato (Biederman et al., 2005), uma substância farmacológica psicoestimulante, cuja ação tem sido comprovada por estudos que verificaram melhora no desempenho de crianças com TDAH, no que concerne ao tempo de reação e atenção concentrada.

Outros estudos (Barkley& Murphy, 2008;Biederman et al, 2005) recomendam a importância da intervenção psicológica, em geral a cognitivo-comportamental, junto à família. O treinamento comportamental para os pais é uma forma de ensinar técnicas de manejo do comportamento das crianças, onde os pais são ensinados a identificar e manipular os comportamentos positivos das crianças, e monitorar o comportamento problemático, utilizando recompensas para o comportamento que se quer repetir, por meio de mais atenção, palavras de incentivo e diminuição do comportamento indesejado.Estas intervenções também se estendem para o meio escolar, com o objetivo de orientar os educadores no que se refere ao quadro clínico do transtorno e auxiliar na

organização de estratégias com intuito de amenizar as dificuldades acadêmicas que se apresentam.

Neste sentido, é muito importante perceber as relações familiares como fonte de apoio à pessoa com o transtorno e, que a harmonia ou desarmonia do lar, seja no aspecto emocional ou social, podem contribuir no agravamento dos sintomas (Barkley, 2008).

1.5. A importância da Família no desenvolvimento da criança com TDAH

A família é o primeiro contexto de socialização do indivíduo onde se iniciam as primeiras interações sociais (Kreppner, 2000), exercendo um papel fundamental no desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996). Segundo a literatura é no ambiente familiar que os indivíduos aprendem a resolver conflitos, a lidar com as emoções, sejam elas negativas ou positivas, que permeiam as relações interpessoais, adquirindo habilidades que irão refletir em outros ambientes, nas várias fases da vida da pessoa (Del Prette & Del Prette, 2001).

Muitos autores (Barreto, 2005; Bronfenbrenner, 1996; Carranza & Pedrão, 2005; Vasconcelos, 2002) percebem a família em uma perspectiva sistêmica e entendem que a mesma é constituída por um conjunto de pessoas que apresentam uma história em comum, que se interrelacionam, influenciando-se reciprocamente e desempenhando diferentes papéis ao longo do tempo.

Nessa abordagem a família é descrita como um sistema composto por outros sistemas, nomeados por Bronfenbrenner (1996) de díades, tríades – mãe-criança, pai-criança, irmãos, que estabelecem relações bidirecionais, dentro de um contexto chamado microsistema e que também estão vinculados a outros subsistemas (mesossistema, exossistema e macrossistema), influenciando-os e sendo por estes influenciados.

Neste sentido, observa-se o caráter complexo da família onde se evidencia uma evolução marcada por diferentes acontecimentos que podem ser de caráter previsível, como: nascimentos, adolescência, faculdade dos filhos, entre outros, e não previsíveis – nascimentos de crianças com desenvolvimento atípico, separações, doenças, perdas – podendo gerar instabilidade no âmbito familiar e no desenvolvimento de seus membros (Osório, 1996).

Osório (1996) destaca três funções essenciais da família que são distribuídas em três categorias: a) Função Biológica – que diz respeito aos cuidados que a pessoa em desenvolvimento recebe desde o seu nascimento; b) Função Psicológica – que visa proporcionar afeto, que segundo o autor é um aspecto fundamental para o amadurecimento emocional do indivíduo; desenvolver suporte e apoio perante as crises de ansiedade, de existência que as pessoas passam no decorrer de seu desenvolvimento; c) Função Social – voltada para o ensinamento dos padrões culturais da sociedade, preparando seus membros para o exercício da cidadania – valores socioculturais, respeito às normas e regras, os padrões de comportamento para se viver em sociedade.

Assim, a literatura descreve que a chegada dos filhos faz com que os pais organizem um ambiente seguro e dotado de afeto (Cecconello, De Antoni&Koller, 2003;Reader, Duncan &Lucey, 2005), onde poderão desenvolver suas funções parentais, a fim de proporcionar os recursos necessários para o desenvolvimento de suas crianças (Hoghughi, 2004), como o aprendizado de valores e regras estabelecidas socialmente (Bronfenbrenner,1996; Diniz & Salomão, 2010) favorecendo, dessa forma, as relações familiares.

Em geral, estas relações acontecem de maneira muito peculiar entre seus membros, cercada de cumplicidade, mas que pode ser afetada em consequência de

alguma alteração que venha a ocorrer com um dos familiares (Petean, 1995), como por exemplo, o nascimento de uma criança com TDAH.

As famílias não são preparadas para lidarem com as diferenças de comportamento que uma criança com TDAH pode apresentar, então, no momento inicial, na descoberta, elas podem vivenciar um forte impacto emocional (Brito & Dessen, 1999), ocasionando uma desestabilização no seio familiar, onde cada membro tende a reagir de maneira diferenciada.

Vários estudos revelaram que o TDAH além de afetar todos os aspectos da vida da criança, ele também apresenta grande impacto na vida dos pais e irmãos o que pode acarretar maiores taxas de doenças psicológicas (Fischer, 1990), de depressão (Befera & Barkley, 1985; Cunningham, Benness & Siegel, 1988; Mash & Johnston, 1983), de consumo de álcool (Cunningham, Benness & Siegel, 1988; Pelham & Lang, 1999), de aumento nos níveis de discórdia conjugal e relações familiares tensas (Befera & Barkley, 1985; Johnston, 1996).

Pesquisas apontam o impacto que as dificuldades causadas pelos sintomas do TDAH, quando não diagnosticados e tratados, podem causar nas relações familiares, em especial no vínculo pais-filho, desestabilizando-os e tornando-os menos funcionais (Johnston & Mash, 2001). Em termos gerais, é consenso na literatura (Abramovitch, Maia & Cheniaux, 2008; Alizadeh, Applequist & Coolidge, 2007) que os pais de crianças com TDAH convivem com maior estresse derivado do sentimento de não conseguirem administrar as demandas de suas crianças e por conflitos familiares.

Para Carlson, Jacobvitz e Sroufe (1995) a influência de um ambiente familiar tumultuado, desorganizado, com papéis indefinidos, tem grandes possibilidades de aumentar os sintomas do TDAH, deixando claro que não são esses fatores que o

originam, mas sim que podem aumentar a intensidade dos sintomas. A literatura também descreve que os sintomas de TDAH podem provocar altas taxas de falha de comunicação entre os cônjuges ou de discordância do manejo das práticas parentais (Emery, 1992).

As pesquisas apontam ainda que as pressões que o meio social exerce nos pais são geradoras de sentimentos desagradáveis, levando-os a sentirem-se menos capazes na educação de seus filhos, fazendo com que os mesmos evitem expor suas crianças (Ali et al., 1994; Brito & Dessen, 1999). Outros estudos com amostras clínicas e epidemiológicas revelaram níveis mais altos de estresse e ambiente familiar mais conflituoso em famílias de crianças com TDAH quando comparadas com famílias de crianças típicas (Bierderman et al., 2006; Presentacion, Garcia, Miranda, Siegenthaler & Jara, 2006).

São muitas as variáveis que afetam a estabilidade e a interação familiar que vão desde o emprego dos genitores, educação dos filhos, e aqueles pautados nas relações que acontecem dentro da família – qualidade, cumplicidade e estresse dos membros (Silva & Dessen, 2001).

Todo este contexto permeado por incertezas pode influenciar a maneira como os pais estabelecem metas para o futuro de seus filhos. Um conceito fundamental na área do desenvolvimento humano diz respeito as metas de socialização que sustentam práticas educativas parentais usadas para atingir objetivos desejados para o futuro de seus filhos (Diniz & Salomão, 2010).

Segundo Harkness e Super (1996; 2005) as metas de socialização integram-se a um conceito maior chamado de etnoteorias parentais, que são um conjunto de crenças que organizam a ação de cuidar dos filhos e que dão sentido às estratégias adotadas

pelos pais de forma diferenciada de acordo com cada contexto cultural. Para Miller e Harwood (2001) as metas de socialização são um conjunto de valores, ideais e crenças culturalmente construídas pelos pais com relação ao futuro de seus filhos, que norteiam a escolha de estratégias para educar as crianças com o intuito de atingir as metas.

Deste modo, o objetivo desta dissertação é investigar a presença de estresse parental e as metas de socialização de pais de crianças com e sem TDAH que será alcançado por meio de dois estudos que têm como objetivos específicos:

Estudo 1

- Avaliar a presença de estresse em pais de crianças com e sem TDAH e verificar se há correlação desses níveis com os comprometimentos atencionais e padrões de hiperatividade/impulsividade dos seus filhos.

Estudo 2

- Investigar as metas de socialização e estratégias de ação de pais de crianças com e sem TDAH.

CAPÍTULO II: Estresse de Pais de Crianças com e sem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Resumo

O estresse é a soma de respostas físicas e mentais causadas por determinados estímulos externos, conhecidos como estressores. O presente estudo teve como objetivo estudar a presença de estresse em pais de crianças com e sem TDAH e verificar se há correlação desses níveis com os comprometimentos atencionais e padrões de hiperatividade/impulsividade dos seus filhos. Participaram da pesquisa 78 pais, sendo 39 de crianças com TDAH (Grupo Experimental) e 39 sem (Grupo Controle). Os participantes responderam ao questionário sociodemográfico, ao Índice de Estresse Parental – PSI e ao MTA-SNAP IV. Os dados foram catalogados e arquivados em base de dados construída no programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 20. Os resultados apontaram que a média de estresse do GC foi maior do que a do GE, entretanto, este grupo relatou mais características de desatenção, hiperatividade e impulsividade em suas crianças do que os demais pais que participaram do estudo.

Palavras-chave: Estresse parental, TDAH

A presença de uma criança com TDAH desencadeia um processo de reestruturação familiar, onde a saúde psicológica dos pais pode ser afetada, ocasionando dificuldades na relação destes com seus filhos, podendo ser marcada por práticas parentais autoritárias e com poucas trocas afetivas.

Em termos gerais, o estresse é a soma de respostas físicas e mentais causadas por determinados estímulos externos, conhecidos como estressores (Ferreira, 2010). Sendo considerado como uma reação normal do organismo, porém quando o evento estressor perdura por longos períodos ou são muito intensos podem desencadear disfunções físicas e psicológicas (Cherubini, 2005; Lipp, 2003; Ribeiro, Porto & Vandenberghe, 2013; Silva & Martinez, 2005).

Os primeiros estudos acerca deste tema foram realizados por Hans Selye (1936) que observou as reações fisiológicas do corpo humano diante de um estímulo externo. A partir desses estudos, Lazarus (1966) observou que estas reações não podem ser entendidas apenas como uma variável, mas sim como um conjunto de processos fisiológicos imbricados que se somam aos fatores ambientais. Sendo, então, o estresse a resposta resultante desta interação – pessoa e meio ambiente – e que acontece a partir de um desequilíbrio das demandas da pessoa e as cobranças que o meio lhe faz.

As relações estabelecidas entre pais e filhos constituem ambiente rico em fontes de estresse. Neste sentido, o estresse parental pode ser compreendido como uma reação psicológica negativa diante das necessidades implícitas na maternidade e/ou paternidade, que pode resultar das características das crianças, dos pais ou de variáveis situacionais. Em relação às características das crianças, pode-se mencionar sua capacidade de adaptação, seu nível de exigência, humor e distração/hiperatividade. No que concerne às características dos pais, destacam-se: depressão, autoeficiência e

vinculação parental. E quanto as variáveis situacionais, cita-se a relação conjugal, a rede de apoio social, a saúde parental e a restrição do papel de pais (Abidin, 1992, 1995). Em todos os casos, o estresse exerce uma influência negativa na relação diádica mãe-filho (ou pai-filho), uma vez que a capacidade de discernimento dos pais em relação às necessidades dos filhos fica comprometida.

As evidências empíricas revelam o estresse parental em famílias que possuem filhos com desenvolvimento atípico, deficiência ou doenças crônicas (Bradford, 1997; Cherubini, Bosa & Bandeira, 2008; MacDaniel, Hepworth & Doherty, 1994). O impacto causado pela doença no grupo familiar pode desencadear um desequilíbrio e, por sua vez, estresse (Lipp, Souza, Romano & Covolán, 1991; Palkovitz, 2002; Santos, 2010).

Keller e Honig (2004) com o objetivo de compreender o estresse parental investigaram pais e mães de crianças com retardo mental, autismo, dificuldades de aprendizagem, deficiências múltiplas e deficiência sensorial/física quanto aos seus níveis de estresse. Os dados revelaram, embora por motivos distintos, que pais e mães apresentaram níveis de estresse elevado. Os pais estavam estressados por não conseguirem se conectar ao mundo dos filhos, por não estabelecerem uma relação saudável. As mães tinham como fatores estressores a rotina de cuidados com a criança. Esses resultados foram confirmados também pelos estudos realizados por Koegel, Koegel e Parks (1992) com pais de crianças autistas, e acrescidos da afirmativa de que boa parte da preocupação dos pais reside no bem-estar e cuidado quando eles não puderem mais exercê-los.

Nas relações estabelecidas entre pais com filhos diagnosticados com TDAH o aumento do estresse pode estar relacionado com as características das crianças (desobediência, agitação, impulsividade, comportamento opositor) que demanda das

figuras parentais maior atenção (Breen&Barkley, 1988; Mash& Johnston, 1983).As características do transtorno, desatenção, hiperatividade e impulsividade, podem constituir estressores em potencial para o grupo como um todo quando comparadas com famílias de crianças sem o transtorno (Breen&Barkley, 1988; Mash& Johnston, 1983). Para Cunningham e Barkley (1979; Anastopoulos, Guevremont, Shelton&DuPaul, 1992;Mash& Johnston, 1990), crianças com TDAH geram numerosas demandas de cuidados aos seus pais, como exemplo, resolução de problemas na escola, baixo rendimento acadêmico, dificuldades em seguir uma regra pré-estabelecida e em permanecer quietos quando necessário, conflitos entre pares que irão ocorrer durante a infância e adolescência.

Yousefia, Far e Abdolahian (2011) verificaram que mães cujos filhos têm este transtorno tem um nível de estresse elevado e também são mais autoritárias nas suas relações parentais, ou seja, o nível de estresse afetou diretamente o estilo parental que as mães estabeleceram com seus filhos. Cunningham e Barkley (1979) apontaram que as mães destas crianças são menos responsivas nas interações sociais de seus filhos em comparação as mães de crianças sem o transtorno.

O comportamento da criança com TDAH pode alterar em função da relação parental tal como demonstrou Christiansen, Oades, Psychogiou, Hauffa e Sonuga-Barke (2010) que investigaram os níveis de cortisol salivar de crianças com e sem o transtorno, durante sessões que provocassem estresse emocional, onde os pais faziam elogios ou críticas aos filhos. Os resultados demonstraram que crianças com TDAH foram mais suscetíveis ao estresse diante de críticas.

Ainda em relação às características do TDAH, alguns estudos apontam para o comportamento desafiador dessas crianças como potencial determinante para a elevação

do estresse nos pais (Tallmadge, Paternité& Gordon, 1989). Outro achado importante nas famílias com TDAH é a frequência de disfunção conjugal (Befera&Barkley, 1985; Barkley, Fischer, Edelbrock&Smallish, 1990) que pode por sua vez ser um fator gerador de estresse parental.

De acordo com Mash e Johnston (1983), a idade da criança é uma variável que se relaciona com o estresse. Em suas pesquisas, os pais de crianças menores com TDAH apresentavam um nível maior de estresse do que os pais de crianças mais velhas. Outro aspecto considerado pelas pesquisas sobre TDAH é a medicação. Os estudos indicam que os sintomas do TDAH da criança melhoram em decorrência do uso da medicação, que por sua vez, alteram o comportamento dos pais. Eles passam a interagir melhor com a criança, a emitir menos comandos diretivos e a expressar maior afetividade (Barkley, 1989).

Os pais de crianças com TDAH muitas vezes se veem como menos hábeis para desenvolver o seu papel de pais, sentem-se inseguros e apresentam baixa autoestima (Mash& Johnston, 1983). Investigando essa relação, o estudo realizado por Anastopoulos, Guevremont, Shelton eDuPaul (1992) examinou mudanças na maneira de agir dos pais após a participação em um programa de treinamento comportamental, específico para pais de crianças com TDAH em idade escolar. Os resultados evidenciaram, que aqueles pais que completaram o programa, ou seja, participaram das nove sessões, apresentaram ganhos significativos na redução do estresse parental e aumento de sua autoestima. Entretanto, o estudo não verificou se houve mudanças no comportamento das crianças resultante deste programa de treinamento. Dado o caráter crônico do transtorno, é pouco provável que as características deste tenham sido eliminadas. É possível que os pais tenham aprendido a controlar melhor os sintomas.

Considerando a relação entre estresse parental e a severidade dos sintomas do TDAH, tem-se o estudo de Bellé, Andreazza, Ruschel e Bosa (2009) que investigou o estresse parental em mães de crianças com TDAH, de crianças com TDAH e comorbidade, com o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), e com desenvolvimento típico, e as possíveis correlações do estresse parental, com as estratégias de coping, apoio social e severidade do TDAH. Os autores identificaram que as mães das crianças com TDAH combinado e TDAH + TOD apresentaram mais estresse parental do que mães de crianças com desenvolvimento típico e que o apoio social, o coping e autoestima atuaram como moderadores do estresse parental. Além disso, de acordo com os autores quanto maior a severidade dos sintomas de hiperatividade/impulsividade, maior o estresse parental.

Levando em consideração que o TDAH acarreta diversas tensões no contexto familiar e que os pais são diretamente afetados pelos problemas comuns a este transtorno, o objetivo deste trabalho foi estudar a presença de estresse em pais de crianças com e sem TDAH e verificar se há correlação desses níveis com os comprometimentos atencionais e padrões de hiperatividade/impulsividade dos seus filhos.

1. Método

1.1 Desenho do Estudo: Trata-se de uma pesquisa descritiva e correlacional.

1.2 Ambiente: A coleta dos dados foi realizada em três contextos distintos: 01) Sala dos Professores de duas escolas públicas de ensino regular, 02) Classe Hospitalar de um Hospital Universitário e 03) Residência dos participantes.

1.3 Participantes: Participaram da pesquisa 78 pais, maiores de 18 anos, com filhos na faixa etária de 8 – 12 anos distribuídos em grupo controle (sem TDAH) e grupo

experimental (com TDAH). O grupo controle foi constituído por 39 participantes, sendo que 15 foram coletados em uma escola pública municipal e 24 em uma escola pública estadual, ambas em Belém. O grupo experimental foi constituído por 39 participantes, sendo que 34 foram coletados em um Hospital Universitário e 05, provenientes de uma Clínica de Reabilitação, foram coletados em suas residências.

a. Critérios de inclusão.

- ✓ G.E - pais com idade superior a 18 anos que tenham filhos na faixa etária de 8-12 anos, com diagnóstico de TDAH (CID F90.0) e que aceite ser participante da pesquisa.
- ✓ G.C - pais com idade superior a 18 anos que tenham filhos na faixa etária de 8-12 anos, sem diagnóstico de TDAH e que aceite ser participante da pesquisa.

b. Critérios de exclusão.

Foram excluídos do GE os pais cujos filhos não tivessem o diagnóstico de TDAH, bem como os que tinham alguma co-morbidade associada ou ainda, aqueles que não aceitaram participar da pesquisa. Em relação ao GC foram excluídos os pais cujos filhos apresentassem algum transtorno do desenvolvimento (que tivessem laudo médico comprovando a patologia) e aqueles que não aceitaram ser participante. Foram excluídos tanto do GE quanto do GC aqueles pais que eram menores de idade.

1.4 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário sócio-demográfico (APÊNDICE B): foi elaborado pelas autoras com o objetivo de traçar um perfil da população do estudo, sendo aplicado a um dos pais. O instrumento é constituído por itens referentes aos dados do respondente, tais como: idade, sexo, naturalidade, procedência, estado civil, escolaridade, profissão,

renda familiar; e da criança: idade, sexo, número de irmãos, idade da criança quando recebeu o diagnóstico, dados da escolarização (série/ano, se já repetiu, se ler e escreve) e se realiza acompanhamento multiprofissional.

Índice de Estresse Parental – PSI (Abidin, 1995) versão reduzida validada por Santos, 1997 para população de Portugal (**ANEXO A**): este instrumento foi aplicado com os pais para avaliar o índice de estresse parental. O objetivo do PSI é aferir o nível de estresse percebido pelos pais. Este teste engloba três subescalas (função paterna referente às percepções dos pais; relacionamento pai/filho e características do filho). Além disso, nesta escala também é possível o registro das respostas defensivas usadas pelos pais na tentativa de se defender das perguntas realizadas, porém nesse estudo essa subescala não foi analisada.

MTA-SNAP IV (Mattos et al., 2006) (ANEXO B) – é um questionário de domínio público, organizado a partir do SNAP-III e SNAP-IIIR, que foram formulados a partir do DSM III e de sua revisão, respectivamente, todos utilizando uma escala de quatro níveis de gravidade. O MTA-SNAP IV é uma versão que inclui 26 itens correspondentes aos sintomas do critério A do DSM-IV para TDAH e aos sintomas de TDO (Transtorno Desafiador Opositor). Serão analisados os escores totais de desatenção e hiperatividade/impulsividade, desconsiderando os dados relacionados ao TDO. Este instrumento foi aplicado com os pais dos dois grupos.

1.5 Procedimentos

1.5.1 Procedimento Ético: O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos, tendo obtido parecer favorável para sua execução (protocolo nº 819.541), sendo conduzido conforme dispõe a Resolução 196/1996. As pessoas que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos foram convidadas a

participar. Após serem esclarecidas quanto ao sigilo das informações, os objetivos e os possíveis riscos e benefícios de sua participação, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo A).

1.5.2 Procedimento de Coleta de dados: A pesquisa foi dividida em 5 etapas, a saber: 1) contato com as instituições (hospital universitário, clínica de reabilitação e escola pública) e solicitação de autorização para a realização da pesquisa; 2) seleção dos participantes (hospital: prontuários do período de 2013 - 2014, com o código F 90.0 - distúrbios da atividade e da atenção / clínica de reabilitação: 9 prontuários com o referido código); 3) contato com as famílias do GE; 4) coleta de dados do GE (aplicação do questionário sócio demográfico, do PSI e do SNAP, na própria instituição ou na residência dos participantes); 5) seleção e coleta do GC - pais de crianças com características semelhantes ao do GE (gênero, idade e escolaridade), em instituições escolares públicas no âmbito municipal e estadual.

1.6 Análise dos Dados.

Após a realização de todas as etapas de coleta, os dados foram catalogados e arquivados em base de dados construída no programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 20. As técnicas estatísticas utilizadas no trabalho foram a Análise Fatorial (AF), Análise de Correspondência (ANCOR), Análise de Variâncias (ANOVA), além da Análise Exploratória de Dados (AED).

1.6.1. Análise Fatorial

A Análise Fatorial (AF) é uma técnica estatística multivariada de interdependência que busca compactar as relações observadas entre um conjunto de variáveis inter-relacionadas, na busca de fatores comuns (Fávero, Belfiore, Silva & Chan, 2009). De forma resumida, pode-se dizer que a Análise Fatorial é usada para

identificar um número relativamente pequeno de fatores (índices) que podem ser usados para identificar relacionamentos entre um conjunto de muitas variáveis inter-relacionadas entre si.

Contudo, para a aplicação da técnica é necessário que sejam atendidos alguns pressupostos. Inicialmente é realizado o teste de normalidade e em seguida a identificação da existência ou não de *outliers* (valores discrepantes no conjunto de dados). Atendidos os pressupostos iniciais realiza-se a análise da matriz de correlação, na qual de acordo com Hair Jr., Anderson, Tatham e Black. (2005), a maior parte das correlações devem ter valores iguais ou maiores que 0,30, cujas correlações são obtidas a partir de:

$$r_{xy} = \frac{\sum xy - \frac{\sum x \sum y}{n}}{\sqrt{[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n}][\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n}]}}$$

Para verificar o ajuste da Análise Fatorial é preciso analisar a estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cujos valores variam de 0 a 1, quanto mais próximo de 1 o seu valor, mais adequada é a utilização da técnica (Maroco, 2007). A estatística KMO é dada por:

$$KMO = \frac{\sum_{i \neq j} \sum r_{ij}^2}{\sum_{i \neq j} \sum r_{ij}^2 + \sum_{i \neq j} \sum a_{ij}^2}$$

onde r_{ij} é o coeficiente de correlação entre as variáveis e a_{ij} é a coeficiente de correlação.

Diante da adequação dos dados para a aplicação da técnica multivariada, é realizado o teste de esfericidade de Bartlett que avalia se a matriz de correlação é igual a matriz identidade e a análise da matriz anti-imagem, em que indica por meio da Medida

de Adequação da Amostra (MAA) se a variável em estudo é apropriada para a utilização da técnica, ou seja, quanto mais próximo de 1 for o valor do MAA, mais adequada para a aplicação, valores iguais ou superiores a 0,5 de MAA, indicam que a variável é importante na construção dos índices (fatores).

Para determinar a quantidade de fatores extraídos, isto é, quantidade de equações necessárias a construção dos índices, utiliza-se o critério de Kaiser, em que se determina os fatores que apresentam autovalores maiores a 1, os demais são descartados da análise. Os fatores extraídos, posteriormente são rotacionados por meio do método Varimax, para que cada fator possa maximizar a informação de cada variável utilizada na construção dos índices.

Para calcular os escores fatoriais (índices) de cada pai são multiplicados os valores individuais atribuídos a cada pergunta pelos pesos fatoriais. Para facilitar a interpretação dos índices é realizada uma padronização dos valores obtidos, para que os mesmo possam ser avaliados em uma escala de 0 a 1 ou 0 a 100%. Neste caso, o *i-ésimo* valor padronizado de um índice, é obtido por:

$$FP_i = \left(\frac{F_i - F_{min}}{F_{max} - F_{min}} \right);$$

onde, F_i é o escore do *i-ésimo* pai e F_{min} e F_{max} são, respectivamente, os valores mínimo e máximo observados para os escores fatoriais associados a cada pai.

Para realização da Análise Fatorial foi utilizado o software SPSS, versão 20.0.

1.6.2 Análise de Correspondência

Segundo Fávero, Belfiore, Silva e Chan. (2009), a análise de correspondência (AC) é uma técnica estatística exploratória utilizada para verificar

associações ou similaridades entre variáveis qualitativas ou variáveis contínuas categorizadas.

É uma técnica de interdependência, cujo objetivo é a representação ótima da estrutura dos dados observados e sua principal característica é redução de dados a serem analisados pelo pesquisador com perda mínima de informações, transformando as linhas e colunas das tabelas em unidades correspondentes, o que facilita a representação conjunta dos dados, onde essa correspondência é fundamental para a construção dos gráficos.

Há dois tipos de Análise de Correspondência, a simples que corresponde a aplicação de tabelas de contingência de dupla entrada e a múltipla que se trata de tabelas de contingência com múltiplas entradas.

Para validar a técnica da análise de correspondência é necessário seguir alguns pressupostos. Primeiramente, para a aplicação da técnica análise de correspondência, Pestana e Gageiro (2005) recomendam que seja realizado o teste qui-quadrado (χ^2) para verificar a existência de dependência entre as variáveis em estudo. As hipóteses testadas são H_0 : as variáveis são independentes e H_1 : as variáveis são dependentes. De acordo com Díaz e López (2007), a estatística do teste qui-quadrado é dado por

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad (1)$$

em que O_{ij} é a frequência observada e E_{ij} é a frequência esperada para a i -ésima linha e j -ésima coluna da tabela de contingência, definido por

$$E_{ij} = \frac{(\text{soma da linha } i) \times (\text{soma da coluna } j)}{\text{Total}} \quad (2)$$

Com a rejeição da hipótese nula (H_0) no teste qui-quadrado (χ^2), o próximo passo consiste em calcular o critério β , para verificar a dependência entre as categorias das variáveis. Em que, as hipóteses testadas são H_0 : as categorias das variáveis são independentes e H_1 : as categorias das variáveis são dependentes. Se o valor de $\beta > 3$, indica-se a rejeição da hipótese (H_0), concluindo-se que as categorias das variáveis são associadas entre si. De acordo com Fávero, Belfiore, Silva e Chan (2009), o cálculo do critério β é obtido pela seguinte fórmula

$$\beta = \frac{\chi^2 - (l-1)(c-1)}{\sqrt{(l-1)(c-1)}}, \quad (3)$$

em que χ^2 é o valor do qui-quadrado; l é o número de linhas e c é o número de colunas da tabela de contingência.

Outro importante pressuposto a ser analisado é o cálculo do percentual de inércia, referente à variação explicada por cada dimensão. De acordo com Ramos, Almeida e Araújo (2008), quando utilizada a análise de correspondência simples as associações são propagadas em um plano bidimensional, logo, a soma do percentual de inércia das dimensões 1 e 2 deve ser igual ou superiores a 70% para que os resultados sejam válidos.

Para saber qual é a probabilidade de uma categoria de variável estar associada com outra, por exemplo, para saber qual é a probabilidade de um pai que foi classificado entre os 0 a 25% de estresse a partir do Índice de Função Paterna, também estar classificado entre os 0 a 25,00% de estresse a partir do Índice Relação Pai e Filho, é necessário calcular o coeficiente de confiança, utilizando um procedimento baseado nos resíduos no qual é definido pela diferença entre as frequências esperadas e as observadas. O resíduo padronizado é dado por (Ramos, Almeida & Araújo, 2008),

$$Z_{res} = \frac{O_{ij} - E_{ij}}{\sqrt{E_{ij}}}. \quad (4)$$

em que O_{ij} é a frequência observada e E_{ij} é a frequência esperada calculada por meio da Equação (2).

Por fim, após a obtenção dos valores dos resíduos, calcula-se o coeficiente de confiança (γ), para verificar a significância dos resíduos calculados, por meio de (Ramos, Almeida & Araújo, 2008),

$$\gamma = \begin{cases} 0 & se \quad Z_{res} \leq 0; \\ 1 - 2 \times [1 - P(Z < Z_{res})], & se \quad 0 < Z_{res} < 3; \\ 0 & se \quad Z_{res} \geq 3, \end{cases} \quad (5)$$

sendo que Z_{res} é uma variável aleatória com distribuição de probabilidade normal padrão. As associações entre as categorias são consideradas moderadamente significativas, quando o valor do coeficiente de confiança estiver $50 \leq \gamma \times 100 < 70\%$, é fortemente significativas, quando o valor do coeficiente de confiança for $(\gamma) \geq 70,00\%$.

A análise de correspondência foi realizada com o auxílio do aplicativo Statistica, versão 6.0. Em todos os testes, fixou-se $\alpha = 5\%$ ($p \leq 0,05$) para rejeição da hipótese nula.

1.6.3. Análise de Variâncias

Foi realizada a análise de variância (ANOVA) individualmente para avaliar os níveis de estresse entre os Grupos Experimental e Controle, considerando as variáveis. Quando encontradas diferenças significativas na ANOVA (Vieira, 2006), para tirar conclusões mais específicas sobre as diferenças entre níveis de estresse dos Grupos Experimental e Controle, foi aplicado o teste de Tukey (Montgomery, 2012). As

análises estatísticas foram feitas com o auxílio do programa SPSS, versão 20.0. Em todos os testes adotou-se o nível de significância $\alpha = 5\%$.

2. Resultados e Discussão

2.1 Características dos Participantes

A idade dos responsáveis variou principalmente de 20 a 40 anos (GE 58,98% e GC 76,93%), sendo a mãe a principal responsável tanto no grupo experimental (79,49%) quanto no grupo controle (84,62%). Nos dois grupos a maioria dos pais tem ensino médio completo ou incompleto (GE 46,15%, GC 58,97%). Quanto ao estado civil 71,8% dos pais do GE são casados ou vivem em união estável, assim como 69,23% do GC. Quanto ao exercício profissional os valores nos dois grupos foram semelhantes: 51,28% trabalham e 48,72% não. A ocupação profissional mais frequente foi a de dona de casa com 43,62% no GE e 25% no GC. Quanto a renda pessoal houve uma disparidade entre os grupos, o maior percentual do GE foi de quem recebe um salário mínimo (35,9%), enquanto que no grupo controle houve um predomínio de pessoas sem renda (35,9%). Logo, o recebimento de auxílio financeiro foi maior para o grupo controle (53,85%). A maioria dos responsáveis possui no máximo dois filhos (GE 51,28% e GC 69,23%). Quando perguntados sobre a frequência com que são chamados à escola o GE apresenta-se com maior frequência (46,16%) que o GC (15,38%).

Características das crianças

Como as variáveis: idade, escolaridade e sexo foram pareadas entre os dois grupos, os valores são iguais, predominando a faixa etária de 8 a 10 anos (69,2%) e o sexo masculino (87,2%). Este dados apoiam a literatura que revela o predomínio do gênero masculino entre as pessoas com diagnóstico de TDAH (Barkley, 1998, 2002; Rohde&Halpern, 2004) e aponta que a faixa etária dos seis aos dez anos é o período que

estas crianças apresentam mais problemas no ambiente escolar (Barkley, 1998, 2002; Benczik, 2000; Círio, 2008; Cypel, 2007; Lahey, Pelham, Loney, Lee & Willcutt, 2005; Rohde & Halpern, 2004). Todas as crianças frequentam a escola, sendo que a maioria (28,2%) está cursando o 3º ano do ensino fundamental. Todas as crianças do GC são de escola pública e 12,82% do GE são de particular. O início da escolarização das crianças em ambos os grupos se deu dos 4 aos 5 anos (GE 53,86% e GC 46,16%). O grupo experimental foi o que mais apresentou crianças repetentes (69,23%), como também, o que apresentou as maiores taxas de crianças que não sabem ler (61,54%) e escrever (58,97%). Além disso, as crianças do GE não tem horário fixo para estudar (69,23%), não realizam seus deveres sozinhas (94,87%), não cuidam de seus materiais (79,49%), não organizam suas mochilas (64,10%) e necessitam de orientação constante (100%). Tanto no GE (84,62%) quanto no GC (97,44%) as crianças são bem aceitas na família, apesar de não dormirem na casa de parentes (GE 87,18% e GC 69,23%).

Quanto às características do GE, quem primeiro cogitou o diagnóstico de TDAH foram os pais (33,34%) seguido pelos médicos (30,77%). A maioria das crianças tinham idade entre 7 e 8 anos na época do diagnóstico (51,29%). O tempo entre o diagnóstico da criança e o atendimento com um profissional especializado foi, na maioria dos casos, de seis meses (53,86%). Sendo que a maioria das crianças é atendida por dois profissionais – neurologista e pediatra (38,46%) e 51,28% faz uso de medicação.

2.2. Resultado da Aplicação da Análise Fatorial ao Conjunto de Dados

Durante a aplicação da técnica de Análise Fatorial observou-se que todos os pressupostos para sua realização foram atendidos. No teste de normalidade não foram identificados valores discrepantes na base de dados, na análise da matriz de correlação percebeu-se um considerável número de correlações com valores do nível descritivo (p-

valor) inferiores a 0,05 (5%) para as variáveis (perguntas). A estatística de KMO apresentou valores que variaram entre 0 e 1, demonstrando-se adequado para a utilização da técnica. Além disso, o nível descritivo do teste de esfericidade de Bartlett ($p = 0,000$) acarreta na rejeição da hipótese de a matriz de correlações ser uma matriz de identidade.

Todos os valores da Medida de Adequação da Amostra (MAA) para as variáveis (perguntas), necessárias a construção dos: Índice de Função Paterna, Índice de Relação Pai e Filho, Índice de Características do Filho, Índice de Desatenção e do Índice de Hiperatividade e Impulsividade, individualmente encontram-se em domínio aceitável para a aplicação da técnica de Análise Fatorial, isto é, todos os valores de MAA são superiores a 0,50.

Os fatores obtidos conseguem restituir mais que 50% da informação do conjunto de variáveis (perguntas).

2.3. Resultado da Aplicação da Análise de Correspondência

Os valores do nível descritivo (p) menores que o nível de significância de 0,05 (5%) e do Critério Beta (β) maior que 3, indicam que tanto os índices como suas categorias são dependentes (Tabela 1). Além disso, pode-se observar que a soma dos percentuais de inércia indicam que mais que 70% da informação foi restituída pela Análise de Correspondência. Desta forma, todos os pressupostos para utilização da técnica de Análise de Correspondência foram satisfeitos.

Tabela 1.

Estatísticas Resultantes da Aplicação da Técnica de Análise de Correspondência ao Índice de Função Paterna (IFP), Índice de Relação Pai e Filho (IRPF), Índice de Características do Filho (ICF), Índice de Desatenção (ID) e do Índice de Hiperatividade e Impulsividade (IHI).

Variáveis	χ^2	Linhas	Colunas	Critério β	% Inércia	<i>p</i> -valor
Índice de Função Paterna (IFP) <i>versus</i> Índice de Relação Pai e Filho (IRPF)	27,69	3	3	11,84	100	0,000
Índice de Função Paterna (IFP) <i>versus</i> Índice de Características do Filho (ICF)	26,08	3	3	11,04	100	0,000
Índice de Função Paterna (IFP) <i>versus</i> Índice de Desatenção (ID)	23,60	3	3	9,80	100	0,000
Índice de Função Paterna (IFP) <i>versus</i> Índice de Hiperatividade e Impulsividade (IHI)	10,81	3	3	3,40	100	0,029
Índice de Relação Pai e Filho (IRPF) <i>versus</i> Índice de Características do Filho (ICF)	34,66	3	3	15,33	100	0,000
Índice de Relação Pai e Filho (IRPF) <i>versus</i> Índice de Desatenção (ID)	17,71	3	3	6,85	100	0,001
Índice de Relação Pai e Filho (IRPF) <i>versus</i> Índice de Hiperatividade e Impulsividade (IHI)	12,11	3	3	4,06	100	0,017
Índice de Características do Filho (ICF) <i>versus</i> Índice de Desatenção (ID)	26,17	3	3	11,09	100	0,000
Índice de Características do Filho (ICF) <i>versus</i> Índice de Hiperatividade e Impulsividade (IHI)	23,77	3	3	9,89	100	0,000
Índice de Desatenção (ID) <i>versus</i> Índice de Hiperatividade e Impulsividade (IHI)	22,74	3	3	9,37	100	0,000

Nota: χ^2 - Valor do Qui-quadrado; *p* - Nível Descritivo; β - Valor do Critério Beta.

Os resultados apontam que a média de estresse do GC foi maior do que a do GE (tabela 2), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). O que vai contradiz a afirmação feita por Bradford (1997) de que o estresse parental pode ser percebido em famílias que possuem filhos com algum transtorno de desenvolvimento. Assim como, contraria o estudo de Breen e Barkley (1988) e Mash e Johnston (1983) que afirmam que famílias de crianças com TDAH, as características do transtorno, desatenção, hiperatividade e impulsividade, podem constituir estressores em potencial para o grupo como um todo quando comparadas com famílias de crianças sem o transtorno. É possível que a idade dos filhos dos participantes (crianças mais velhas)

possa ter influenciado este resultado, uma vez que os pais do GE podem ter se adaptado às características de seus filhos, pois de acordo com Mash e Johnston (1983), os pais de crianças menores com TDAH apresentavam um nível maior de estresse do que os pais de crianças mais velhas.

No que concerne às características das crianças (desatenção, hiperatividade e impulsividade) também foram observadas diferenças significativas entre o GE e GC, sendo que os pais do GE descreveram estas características com mais frequência (tabela 2). Isto demonstra que apesar dos pais de crianças com TDAH relatarem mais características de desatenção, hiperatividade e impulsividade seu nível de estresse é menor quando comparado com o GC. Este dado diverge da literatura que afirma que as características das crianças com TDAH influenciam diretamente no nível de estresse parental (Keller & Honig, 2004; Koegel, Koegel & Parks, 1992).

Tabela 2.

Média \pm Desvio-Padrão do Nível de Estresse os Grupos Experimental e Controle, por Variáveis.

Variáveis	Grupo	Média \pm D. Padrão		<i>p</i> – valor
PSI	Experimental	27,37 \pm 12,83	a	0,000
	Controle	68,19 \pm 13,67	b	
SNAP	Experimental	65,24 \pm 19,26	b	0,000
	Controle	37,05 \pm 24,64	a	

Nota: Médias seguidas de letras diferentes na coluna diferem ($p < 0,05$) pelo teste Tukey.

No que diz respeito à relação entre estresse paterno e características de desatenção e hiperatividade/impulsividade dos filhos (Tabela 3) pode se observar que pais classificados na subescala Função Paterna (FP) com baixo estresse classificaram seus filhos na subescala Desatenção (D) com baixa desatenção. Aqueles que foram classificados na subescala FP com alto estresse descreveram seus filhos com alta

desatenção. E os que foram classificados na subescala FP com moderado estresse percebem seus filhos com moderada desatenção. O mesmo padrão foi observado nas relações entre as subescalas Desatenção e Relação Pai e Filho (RPF).

Os pais que foram classificados na subescala Características do Filho (CF) com baixo estresse classificaram seus filhos com baixa desatenção. Aqueles classificados com alto estresse nessa mesma subescala caracterizam seus filhos com alta desatenção.

Pais que classificaram seus filhos na subescala Hiperatividade e Impulsividade (HI) com baixa hiperatividade e impulsividade foram classificados na subescala FP com baixo estresse. Os que descreveram seus filhos na subescala HI com alta hiperatividade e impulsividade foram classificados na subescala FP com alto estresse. O mesmo padrão foi observado nas relações entre as subescalas Hiperatividade e Impulsividade e Características do Filho.

Finalmente, pais que classificaram seus filhos na subescala HI com baixa hiperatividade e impulsividade foram classificados na subescala RPF com moderado estresse. Pais classificados na subescala HI com moderada hiperatividade e impulsividade foram classificados na subescala RPF com baixo estresse. Pais classificados na subescala HI com alta hiperatividade e impulsividade foram classificados na subescala RPF com alto estresse.

Os resultados das subescalas Função Paterna e Características dos Filhos corroboram os de Bellé, Andreazza, Ruschel e Bosa (2009) que afirmam que quanto maior a severidade dos sintomas de hiperatividade/impulsividade, maior o estresse parental. Este resultado não foi encontrado na subescala Relação Pai e Filho, em que baixos níveis de estresse foram correlacionados com moderada

hiperatividade/impulsividade e, moderado estresse com baixa hiperatividade/impulsividade.

Os resultados obtidos demonstraram que o estresse pode estar vinculado as características comportamentais das crianças com TDAH, mas que também podem ser decorrentes de outras variáveis.

Tabela 3

Resíduo (Probabilidade) Resultante da Análise de Correspondência Aplicada às Subescalas: Função Paterna, Relação Pai e Filho; Características do Filho; Desatenção; Hiperatividade e Impulsividade.

Subescala	Subescala Categoria	Função Paterna			Relação Pai e Filho			Características do Filho			Desatenção		
		Baixo	Moderado	Alto	Baixo	Moderado	Alto	Baixo	Moderado	Alto	Baixo	Moderado	Alto
Relação Pai e Filho	Baixo	2,15(96,85)*	-0,24(0,00)	-1,82(0,00)									
	Moderado	-0,56(0,00)	1,28(79,78)*	-1,20(0,00)									
	Alto	-1,38(0,00)	-1,52(0,00)	3,48(99,95)*									
Características do Filho	Baixo	2,59(99,05)*	-0,88(0,00)	-1,38(0,00)	3,03(99,76)*	-0,88(0,00)	-1,82(0,00)						
	Moderado	-0,56(0,00)	1,28(79,78)*	-1,20(0,00)	-0,56(0,00)	1,28(79,78)*	-1,20(0,00)						
	Alto	-1,82(0,00)	-0,88(0,00)	3,03(99,76)*	-2,26(0,00)	-0,88(0,00)	3,48(99,95)*						
Desatenção	Baixa	3,03(99,76)*	-0,56(0,00)	-2,26(0,00)	2,59(99,05)*	-0,56(0,00)	-1,82(0,00)	3,48(99,95)*	-0,88(0,00)	-2,26(0,00)			
	Moderada	-1,20(0,00)	0,81(58,23)**	0,08(6,55)	-1,52(0,00)	1,04(70,30)*	0,08(6,55)	-1,20(0,00)	0,58(43,68)	0,40(31,27)			
	Alta	-1,38(0,00)	-0,56(0,00)	2,15(96,85)*	-0,50(0,00)	-0,88(0,00)	1,71(91,27)*	-1,82(0,00)	0,08(6,55)	1,71(91,27)*			
Hiperatividade e	Baixo	1,27(79,53)*	0,08(6,55)	-1,38(0,00)	0,38(29,97)	1,04(70,32)*	-1,82(0,00)	3,03(99,76)*	-0,88(0,00)	-1,82(0,00)	3,03(99,76)*	-0,88(0,00)	-1,82(0,00)
	Moderado	0,08(6,55)	0,35(27,04)	-0,56(0,00)	0,72(53,02)*	-0,35(0,00)	-0,24(0,00)	-0,56(0,00)	0,58(43,68)	-0,24(0,00)	-1,20(0,00)	1,04(70,30)*	-0,24(0,00)
Impulsividade	Alto	-1,38(0,00)	-0,56(0,00)	2,15(96,85)*	-1,38(0,00)	-0,56(0,00)	2,15(96,85)*	-2,26(0,00)	0,08(6,55)	2,15(96,85)*	-1,38(0,00)	-0,56(0,00)	2,15(96,85)*

Nota: *Probabilidades fortemente significativas, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$. **Probabilidades moderadamente significativas, pois $50 \leq$

$\gamma \times 100 < 70\%$.

3. Considerações Finais

O presente estudo forneceu importantes informações acerca do estresse parental em pais de crianças com e sem TDAH, ampliando, em particular, o conhecimento sobre a associação das variáveis: estresse e características dos filhos (desatenção, hiperatividade e impulsividade). Entretanto, ao comparar os dados com a literatura notou-se que os sintomas de estresse podem ser em decorrência das características do filho, mas também derivados de outras variáveis, sendo importante realizar pesquisas que permitam identificar o papel das características da criança com TDAH como fator gerador de estresse parental.

Nesta pesquisa procurou-se entender a correlação entre estresse parental e as características dos filhos (desatenção, hiperatividade e impulsividade). Foi verificado que a média de estresse do Grupo Controle (sem TDAH) foi maior do que a do Grupo Experimental (com TDAH), entretanto, este grupo relatou mais características de desatenção, hiperatividade/ impulsividade em suas crianças do que os demais participantes.

Embora os resultados apresentados limitem-se, especificamente, a esta amostra de pesquisa, a metodologia de coleta e análise utilizada, acredita-se que estes permitem a compreensão das tensões que ocorrem no ato de cuidar de filhos. Neste sentido, podem e devem ser usados por profissionais que atuam com pessoas portadoras deste transtorno e suas famílias que tenham como objetivo construir ambientes familiares saudáveis, geradores de desenvolvimento.

Um dos principais limites desta pesquisa diz respeito ao tamanho da amostra, a diversificação da faixa etária e ao controle de algumas variáveis, como por exemplo, o uso de medicação. Não foi possível relacionar o uso desta variável com o nível de estresse parental, no entanto sabe-se que sua utilização pode alterar os níveis de estresse dos pais de crianças com TDAH.

Sugere-se para pesquisas futuras a realização de estudos que comparem pais de crianças com TDAH que estudem em contextos variados, como escola pública e privada, assim como investiguem a relação do sexo dos pais com o estresse, uma vez que a mãe tem sido indicada como o membro mais estressado de famílias com crianças com problemas de desenvolvimento.

4. Referências Bibliográficas

- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional manual* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Abramovitch, S., Maia, M.C. & Cheniaux, E. (2008). Transtornos de Déficit de Atenção e do uso do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância. *Psiquiatr Clin.* 35 (4): 159-64.
- Ali, M.R., Al-Shatti, A., Khaleque, A., Rahman, A., Ali, S.M. & Ahmed, R.U. (1994). Parents of mentally retarded children: Personality characteristics and psychological problems. *Social Behavior and Personality*, 22, 41-52.
- Alizadeh, H., Applequist, K.F., Coolidge, F.L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Negl.* 31 (5): 567-72.
- American Psychiatric Association – APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*. Fifth Edition. Washington, DC London, England.
- American Academy of Pediatrics (AAP), (2000). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*; 105: 1158-1170.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Sheltoth T. L., & DuPaul, G. L. (1992). Parenting stress among families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.
- Barkley, R. A. (1989). Hyperactive girls and boys: Stimulant drug effects on mother-child interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 379-390.

- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, I: An 8 year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Barkley, R. (1998). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: a handbook of diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. (2002). Major life activity and health outcomes associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 10-15.
- Barkley, R.A. (2008). *Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed; p.15-380.
- Barkley, R.A. & Murphy, K.R. (2008). *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: exercícios clínicos*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Barreto, A. P. (2005). *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: LCR.
- Befera, M. S. & Barkley, R.A. (1985). Hyperactive and normal girls and boys: Mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 439-532.
- Bellé, A.H., Andreazza, A. C., Ruschel, J. e Bosa, C. A. (2009). Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-325.
- Biederman, J., Keenan, K. & Faraone, S.V. (1990). Parent-based diagnosis of attention deficit disorder predicts a diagnosis based on teacher report. *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 698-701.
- Biederman, J., Monuteaux M.C., Kendrick, E., Klein, K.L. & Faraone, S.V. (2005). The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD. *Arch Dis Child*; 90:1010-5.

- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T.E., Klein, K.L., Price, J.E. & Faraone, S.V. (2006). Psychopathology in females with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: a controlled, five-year prospective study. *Biol Psychiatry* 60:1098-1105.
- Bonadio, R.A.A. (2013). *Problemas de atenção: implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica*. Dissertação. Universidade Estadual de Maringá-PR, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Educação.
- Bradford, R. (1997). *Children families and chronic disease: Psychological models and methods of care*. London: Routledge.
- Breen, M. & Barkley, R. A. (1988). Parenting stress and child psychopathology in ADHD boys and girls. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.
- Brito, A.M.W. & Dessen, M.A. (1999). Crianças surdas e suas famílias: um panorama geral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12, 429-445.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* / Urie Bronfenbrenner; trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese – Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caliman, L.V. (2010). Notas sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30 (1), 45-61.
- Cardo, E. & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalência del transtorno de déficit de atención e hiperactividad. *Neurologia*, 40 (Supl1), S11-S15.
- Carlson, E. A., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development*, 66, 37-54.
- Carranza, D. V. V. & Pedrão, L. J. (2005). *Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental*. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(nº esp.), 836-844

- Cecconelo, A. Marques., DeAntoni, C., Koller, S.H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo. Maringá* v.8, num. esp., p. 45-54.
- Cherubini, Z.A. (2005). *Estresse e autoconceito em pais e mães de crianças com Síndrome do X-Frágil*. (Dissertação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós Graduação em Psicologia.
- Cherubini, Z. A., Bosa, C. A. E. & Bandeira, D. R. (2008). Estresse e Autoconceito em Pais e Mães de Crianças com a Síndrome do X-Frágil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 409-417.
- Christiansen, H., Oades, R. D., Psychogiou, L., Hauffa, B. P., & Sonuga-Barke, E. (2010). *Does the cortisol response to estresse mediate the link between expressed emotion and oppositional behavior in Attention-Deficit/Hyperactivity-Disorder (ADHD)?* Pesquisado em: <http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/6/1/45>
- Cunningham, C. E. & Barkley, R. A. (1979). The interactions of normal and hyperactive children with their mothers during free play and structured tasks. *Child Development*, 50, 217-224.
- Cunningham, C. E., Benness, B. B. & Siegel, L. S. (1988). Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 169-177.
- Cypel, S. (2007). *Déficit de Atenção e Hiperatividade e as Funções Executivas*. Atualização para pais, professores e profissionais da saúde. 3. ed. São Paulo: Lemos Editorial.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, RJ: Vozes
- Díaz, F. R. & López, F.J.B. (2007). *Bioestatística*. 1. ed. São Paulo: Thomson Learning.

- Diniz, P. K. C., & Salomão, N. M. R. (2010). Metas de socialização e estratégias de ação paternas e maternas. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(46).
- Douglas. V.I. (1972). Stop, look, and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian J. Behavioural Science*.
- Emery, R. E. (1992). *Family conflict and its developmental implications: A conceptual analysis of deep meanings and systemic processes*. In C. U. Shantz & W. W. Hartup (Eds.), *Conflict in child and adolescent development* (pp. 270–298). New York: Cambridge University Press.
- Fávero, L., Belfiore, P., Silva, F. & Chan, B. (2009). *Análise dos Dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ferreira, A. B.H. (2010). *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa/Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação de edição Marina Baird Ferreira – 8.ed. – Curitiba: Positivo*.
- Franke, B., Neale, B. M. & Faraone, S.V. (2009). Genome-wide association studies in ADHD. *Human Genetics*, 126 (1), 13-50.
- 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* (pp. 15-34). Porto Alegre: Artmed.
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R.L. & Black, W.C. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. 5.ed., Porto Alegre: Bookman.
- Harkness S. & Super C.M. *Introduction*. (1996). In: Harkness, S. & Super, C.M. *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions and consequences*. (p. 1-23). 2 ed. New York (NY): Guilford Press.
- Harkness, S., & Super, C. M. (2005). *Themes and variations: Parental ethnotheories in Western cultures*. In K. H. Rubin, & O. B. Chung, *Parental beliefs, parenting, and*

- child development in cross-cultural perspective (pp. 61-79). New York: Psychology Press. Harkness, S., Super, C. M.
- Hoghghi, M. (2004) *Parenting: an introduction*. In M. Hoghghi & N. Long (Eds), *Handbook of parenting: theory and research for practice*. (pp. 1-18). London: Sage
- Iamaguti, S.S.P. (2014). TDAH: Integrando à Educação e à Saúde uma Visão Psicoeducativa. *Revista Brasileira de Educação e Cultura* – ISSN 2237-3098. Centro de Ensino Superior de São Gotardo. Número IV. Jul-dez 2011. Trabalho 06. Páginas 64-88. <http://www.periodicos.cesg.edu.br/index.php/educacaoecultura>. Consultado em 21.03.2014.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 85–104.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinic Child and family psychology review*, 4(3), 183-207.
- Keller, D. & Honig, A.S. (2004). Maternal and paternal stress in families with school-aged children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 24 (3), 337-348.
- Koegel, L. K., Koegel, R. L., & Parks, D. R. (1992). *How to teach self-management to people with severe disabilities: A training manual*. Santa Barbara: University of California.
- Kreppner, K. (2000). The child and the family: Interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 11-22.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

- Lipp, M.E.N., Souza, E.A.P.S., Romano, A.S. F.&Covolan, M.A. (1991). *Como enfrentar o stress infantil*. São Paulo: Editora Ícone. Lipp, M.N. (1996). Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2003). *O modelo quadrifásico do stress*. In M. E. N. Lipp (Org.). Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teorias e aplicações clínicas (pp.17–22). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lopes, R.M.F; Nascimento, R.F. L. & Bandeira, D.R. (2005). Avaliação do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Aval. Psicol.*, v.4.n.1. Porto Alegre.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com a Utilização do SPSS*. 3.ed., Lisboa: Lisboa. 822 p.
- Mash, E. J.& Johnston, C. (1983). Sibling interactions of hyperactiveand normal children and their relationships to reportsof maternal stress and self-esteem.*Journal of Clinical ChildPsychology*, 12, 91–99.
- Mash, E. J.& Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations fromfamilies of hyperactive children and families of physically abused children. *JournalofClinicalChildPsychology*, 19, 313-328.
- Mattos, P., Serra-Pinheiro, M.A., Rohde, L. A. & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *RevPsiquiatr RS* set/dez 28(3):290-7.
- McDaniel, S. H.,Hepworth, J.& Doherty, W. J. (1994) *Terapia Familiar Medica (Medical Family Therapy)*PortugueseTranslation. Porte Alegre, Brazil: ArtesMedicas.

- Miller, A.M. & Harwood, R.L. (2001). Long-term socialisation goals and the construction of infants' social networks among middle class Anglo and Puerto Rican mothers. *The International Journal of Behavioral Development*, 25 (5), 450–457.
- Miranda, M. C, Muszkat, M. & Rizzutti, S. (2011). *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo : Cortez.
- Montgomery, D.C. (2012). *Design and Analysis of Experiments*, 8th Edition, New York: John Wiley & Sons, Inc. April.
- Moraes, C. (2010). *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – quadro clínico e comorbidades psiquiátricas*. Em: S. M. Ciasca, S. D. Rodrigues, & C. A. Salgado, *TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. (pp. 37-53). Rio de Janeiro: Revinter.
- Nefsky, C. (2004). *A conceptual history of attention deficit and hyperactivity disorder*. Dissertação de Mestrado, Memorial Studentship for the History of Medicine, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Ottawa, Ottawa.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Osório, L. C. (1996). *Família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Palkovitz, R. (2002). *Involved fathering and men's adult development: Provisional balances*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pastor, P. N. & Reuben, C. A. (2008). *Attention Deficit Disorder and learning disability: United States, 1997-98* (DHHSPublication No. PHS 2002-1534). Hyattsville, MD: Department of Health and Human Services.
- Pesquisado em: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_206.pdf

- Pelham, W.E., & Lang, A.R. (1999). Can your children drive you to drink? Stress and parenting in adults interacting with children with ADHD. *Alcohol Research and Health*, 23, 292–298.
- Pestana, M.H.; Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 4.ed., Lisboa: Edições Sílabo.
- Petean, E.B.L. (1995). *Avaliação qualitativa dos aspectos psicológicos do aconselhamento genético através do estudo prospectivo do atendimento das famílias*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas.
- Presentacion MJ, García R, Miranda A, Siegenthaler R, Jara P. (2006). Familial impact of children with the combined subtype of attention deficit hyperactivity disorder: the effects of associated behavioural disorders. *Revista de Neurologia* 42 (3): 137-143.
- Ramos, E.M.L.S; Almeida, S.S.; Araújo, A.R. (Orgs.). (2008). *Segurança Pública: Uma abordagem Estatística e Computacional*. Belém: Editora Universitária EDUFPA, v.1, p.101.
- Rappley, M. D. (2005). Attention-deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*, 352(2), 165-173.
- Reader, P., Duncan, S., & Lucey, C. (2005). *Studies in the assessment of parenting*. Florence: Routledge
- Ribeiro, M. F. M., Porto, C. C. & Vandenberghe, L. (2013). Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. *Cienc Saude Colet*. 18(6), 1705-1715. Pesquisado em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n6/22.pdf>
- Rohde, L. A. & Mattos, P. (2003). *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.
- Rohde, L.A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualizado. *Journal de Pediatria*, 80 (2), 61-70.

- Santos, A.F. (2010). *Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: um modelo teórico para o estresse*. (Tese de Doutorado não publicada). Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (BA).
- Silva, N. L. P. e Dessen, M. A. (2001). Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Mai-Ago, Vol. 17 n. 2, pp. 133-141
- Silva, A. B. B. (2003). *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. Rio de Janeiro: Napedes.
- Silva, E. A. T.& Martinez, A. (2005). Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. *Estud. psicol.* 22(1), 53-61. ISSN 0103-166X. Pesquisado em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n1/v22n1a06.pdf>
- Tallmadge, J. M., Paternite, C. E., & Gordon, M. (1989). *Hyperactivity and aggression in parent-child interactions: Test of a two-factor theory*, Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City.
- Vasconcelos, M. J. E. (2002). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- Vieira, S. (2006). *Análise de Variância (ANOVA)*, São Paulo: Ed. Atlas.
- Yousefia, S., Far, A. S., & Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 30, 1666 – 1671.

CAPÍTULO III: Metas de socialização e estratégias de ação de pais de crianças com e sem Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Resumo

As metas de socialização e as estratégias de ação consistem em um conjunto de ideias e crenças culturalmente construídas pelos pais como objetivos a serem alcançados a longo prazo para o futuro de seus filhos. O presente estudo teve como objetivo investigar as metas de socialização e estratégias de ação de pais de crianças com e sem Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Participaram da pesquisa 78 pais, sendo 39 de crianças com TDAH e 39 sem. Os participantes responderam ao questionário sociodemográfico e suas falas foram categorizadas de acordo com três modelos culturais (independente, interdependente e autônomo-relacional), cinco metas de socialização (autoaperfeiçoamento, autocontrole, expectativas sociais, emotividade e bom comportamento) e três estratégias de ação (centrada em si, centrada no contexto e centrada em si e no contexto). Os resultados apontaram que o modelo de criação predominante nos dois grupos foi o independente, assim como a meta de autoaperfeiçoamento. Em relação as estratégias de ação no GE a mais frequente foi a centrada em si e no contexto e no GC a centrada em si.

Palavras-chave: metas, estratégias, TDAH

A família é o primeiro contexto de socialização do indivíduo, sendo o ambiente onde se iniciam as primeiras interações sociais (Kreppner, 2000), exercendo um papel fundamental no desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996; Hernández, Rodríguez & Zamora, 1998; Tudge et al., 2000). É no ambiente familiar que os indivíduos aprendem a resolver conflitos, a administrar as emoções presentes em suas relações interpessoais (Wagner, Halpern & Bornholdt, 1999), adquirindo habilidades que irão refletir em outros ambientes em diferentes fases da vida da pessoa (Del Prette & Del Prette, 2001).

Nessa perspectiva diversos estudos na área do desenvolvimento infantil têm enfatizado as crenças parentais como um importante aspecto que precisa ser considerado para se entender as práticas de cuidado com a criança (Bandeira, Seidl de Moura & Vieira, 2009; Cheah & Chirkov, 2008; Diniz & Salomão, 2010; Freire, Silva, Seidl de Moura, Pontes & Araújo, 2014; Freitas & Magalhães, 2013; Harwood, Schoelmerich, Ventua-Cook, Schulze & Wilson, 1996; Lordelo, Roethle & Mochizuki, 2012; Miller & Harwood, 2001; Moinhos, Lordelo & Seidl de Moura, 2007; Silva & Magalhães, 2011). Estas crenças são constituídas por metas de socialização e podem ser consideradas como valores que influenciam a maneira como os pais criam seus filhos (Ribas, 2002).

O conceito de metas de socialização pode ser compreendido por um conjunto de ideais e crenças construídas pelos pais com relação aos cuidados com seus filhos. Onde são repassados conhecimentos, valores morais e padrões de comportamento que os pais esperam que seus filhos apresentem no curso de seu desenvolvimento. Assim, essa relação é permeada pelo que os pais acreditam ser adequado para seus filhos em cada estágio do desenvolvimento de suas crianças. Para isso são adotadas estratégias diferenciadas para o alcance das metas de socialização, uma vez que estas são objetivos a serem alcançados a longo prazo (Harkness & Super, 1996, 2005; Miller & Harwood, 2001).

De acordo com Silva (2008) o termo “estratégias de ação” indica os meios procurados pelos pais, sejam esses centrados em seus próprios esforços ou em meios proporcionados pelo ambiente no qual estão inseridos, como fatores importantes para o desenvolvimento de seus filhos com o intuito de atingir as metas de socialização por eles traçadas.

Com o objetivo de identificar as metas de socialização, Harwood et al (1996) utilizaram a Socialization Goals Interview (SGI), uma entrevista semi-estruturada que consiste em quatro perguntas abertas onde os pais deveriam descrever: a) as qualidades que gostariam que seus filhos possuísem quando adultos; b) quais características não gostariam que seus filhos possuísem quando adultos; c) aspectos positivos desejáveis e, d) aspectos negativos indesejáveis de seus filhos. Ao avaliarem as respostas, os autores perceberam que a primeira questão fornecia as melhores informações sobre os sistemas de crenças dos pais. A partir desta percepção, as respostas à primeira questão foram analisadas e codificadas em cinco categorias (tabela 4):

Tabela 4

Categorias de Metas de socialização (Harwood et al,1996)

1) Auto-aperfeiçoamento	Preocupação com que a criança se torne autoconfiante e independente, e que desenvolva totalmente seus talentos e capacidades como indivíduo.
2) Autocontrole	Preocupação com que a criança desenvolva a capacidade de controlar os impulsos negativos de ganância, agressão e egocentrismo.
3) Emotividade	Preocupação com que a criança desenvolva a capacidade para intimidade emocional com outros. E que seja amada (calor emocional pessoal, principalmente diádico ou dentro da família).
4) Expectativas sociais	Preocupação com que a criança atenda às expectativas sociais de ser trabalhador, honesto e seguidor das leis, quando adulto.
5) Bom comportamento	Preocupação com que a criança se comporte bem, se dê bem com os outros, e desempenhe bem papéis esperados (bom pai, boa mãe, boa esposa, etc.), especialmente em relação à família.

Fonte: Moinhos, Lordelo e Moura (2007) p. 118.

O objetivo de Harwood et al (1996) foi comparar as metas de socialização de mães de dois contextos culturais diferentes - euro-americanas e porto-riquenhas, provenientes de classes sociais diferenciadas. Com relação às mães euro-americanas verificou-se que

aquelas de classe social alta priorizavam o autoaperfeiçoamento, enquanto que as de classe baixa dividiam-se entre o autoaperfeiçoamento, as expectativas sociais e o bom comportamento. Já as mães porto-riquenhas ressaltaram mais as metas de bom comportamento e não apresentaram diferenças significativas com relação a classe social.

No Brasil as categorias definidas por Harwood et al (1996) foram traduzidas por Moinhos, Lordelo e Moura (2007), no estudo que teve por objetivo caracterizar metas e estratégias maternas relacionando-as com características sócio-demográficas, em uma amostra de 50 mães da cidade de Salvador/BA. Os resultados apontaram algumas diferenças nas metas entre os grupos e identificaram a importância que o contexto e a cultura tem na maneira como as mães criam seus filhos e o reflexo dessas variáveis nas expectativas sobre o futuro dos mesmos. Os dados também indicaram que o grupo de nível sócio-econômico (NSE) elevado valoriza mais as metas de Autoaperfeiçoamento, Expectativas Sociais e Bom comportamento, sugerindo que as mães apreciam o desenvolvimento da autonomia de seus filhos, como também primam por seu sucesso profissional/pessoal. Enquanto que as mães do grupo de NSE baixo mencionam mais as metas de bom comportamento valorizando uma maior participação e estabilidade no grupo ao qual está inserido. Esse panorama pode ser compreendido a partir dos contextos nos quais as mães estão inseridas. No contexto do grupo de NSE baixo são valorizadas a ajuda entre os vizinhos, isto é, há uma relação mais próxima com o outro, enquanto que no grupo NSE elevado essas trocas não são percebidas. No que diz respeito às estratégias de ação adotadas, as mães dos dois grupos referiram utilizar estratégias baseadas em seus próprios recursos (centradas em si).

As crenças e metas de socialização dos pais já estão presentes mesmo antes das crianças nascerem, uma vez que estes pais adotam conhecimentos e conceitos provenientes das gerações anteriores (pais, avós) e que são compartilhados no contexto cultural (Ruela

&Seidl de Moura, 2007). Para se alcançar tais metas são utilizadas estratégias de ação que podem ser focadas na Pessoa/Si, no Contexto ou na Pessoa/si e no Contexto. Nas estratégias centradas em si “os pais seriam modelos ou ofereceriam modelos, iriam disciplinar, aconselhar, ensinar por demonstração ou participação” (Portes, 2013, p.77). Nas estratégias centradas no contexto os pais buscam recursos do meio ambiente que oportunizem o desenvolvimento de seus filhos, como “oferecer boas oportunidades sociais, educação de qualidade, entre outros” (Portes, 2013, p.78). E, nas estratégias centradas em si e no contexto, percebe-se o envolvimento parental somado aos recursos que o ambiente propicia.

Diferentes modelos culturais estabelecem diferentes estratégias de socialização. Keller et al. (2005) identificou dois modelos culturais que podem ser orientados para o desenvolvimento da autonomia ou da interdependência. No primeiro, a construção do eu (self) valoriza as metas pessoais, autonomia e o estabelecimento de relações mais abertas como um aspecto de independência. No segundo, a construção do eu (self) preconiza as relações estabelecidas dentro do grupo do qual o indivíduo faz parte, priorizando as metas do grupo e as relações existentes.

Além destes dois modelos, Kagitçibasi (2005) elaborou um terceiro denominado de autônomo-relacional, que combina as características dos modelos iniciais. Nestes, a autora propõe que o eu (self) ao mesmo tempo em que é independente, também faz parte de uma comunidade, ou seja, “seria autônomo quanto a sua ação e relacional quanto à proximidade interpessoal” (Freitas & Magalhães, 2013, p.546).

Dentre os estudos que investigam as metas de socialização, grande parte verifica a diferença das metas em contextos diversos: países desenvolvidos x subdesenvolvidos, contexto rural x urbano e nível socioeconômico baixo x elevado (Bandeira, Seidl de Moura & Vieira, 2009; Diniz & Salomão, 2010; Freire, Silva, Seidl de Moura, Pontes & Araújo,

2014; Freitas & Magalhães, 2013; Lordelo, Roethle&Mochizuki, 2012; Moinhos, Lordelo&Seidl de Moura, 2007; Silva & Magalhães, 2011).

Silva e Magalhães (2011) investigaram as crenças parentais em mães de dois contextos diferentes. O grupo de mães era formado por 100 mães primíparas (50 de contexto urbano e 50 de contexto não-urbano), que responderam ao Questionário de Crenças sobre práticas maternas (Suizzo, 2002). Os autores identificaram que as mães dos dois contextos diferiram quanto à idade, escolaridade e valor dos escores na avaliação de crenças sobre práticas. O nível de escolaridade materna correlacionou-se positivamente com a idade, com os escores da avaliação das práticas.

Outro estudo que objetivou investigar as metas de socialização e o que os pais pensam sobre como alcançá-las foi o de Bandeira, Seidl de Moura e Vieira (2009). Participaram da pesquisa 30 casais do Rio de Janeiro com filho único de até 3 anos. Os resultados mostraram que pais e mães valorizam metas relacionadas à autonomia e também à interdependência. Para os pais, o ensinamento e o bom exemplo são a melhor forma para alcançar tais metas.

Na pesquisa de Diniz e Salomão (2010) verificou-se a influência do gênero da criança nas metas traçadas pelas mães e pais e a concepção destes acerca do papel que devem desempenhar para que as metas se realizem. O estudo contou com a participação de 26 casais residentes na cidade de João Pessoa, Paraíba. Os participantes responderam a uma entrevista semi-estruturada que foi gravada, transcrita e analisada em categorias. Os resultados mostraram que as metas de auto-aperfeiçoamento e expectativas sociais foram as mais prevalentes, sendo que os pais apresentaram mais expectativas sociais para os filhos do sexo masculino. No que se refere às estratégias de ação, observou-se com mais frequência a menção a estratégias centradas em si.

Lordelo, Roethle e Mochizuki (2012) compararam as metas de socialização de duas amostras em contexto cultural diferentes (brasileiros e noruegueses). Participaram da pesquisa 76 mulheres baianas e 52 norueguesas. Foi utilizada a entrevista de metas de socialização de Miller e Harwood (2001). Os resultados encontrados sugeriram uma base comum de meta de socialização nas duas amostras, entretanto, no contexto norueguês houve destaque para metas voltadas para realização pessoal e independência valorizando a questão da autonomia enquanto que no contexto brasileiro existe a preocupação com a sobrevivência e a adequação aos padrões sociais.

No estudo de Freire, Silva, Seidl de Moura, Pontes e Araújo (2014) verificou-se a diferença das metas de socialização e expectativas parentais de 38 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, em dois contextos (urbano e rural). Os autores utilizaram duas questões principais: “Como você imagina a vida do seu filho daqui há dez anos?” e “Por que você quer que seus filhos frequentem a escola?” Sendo identificada nos dois contextos a presença de metas relacionadas ao autoaperfeiçoamento, que valoriza a independência e autonomia. Quanto às expectativas acerca da escola mostraram que os pais desejam que a instituição forneça as condições necessárias para uma vida profissional de sucesso e status social elevado.

A despeito das comparações entre contextos culturais, econômicos e sociais, pesquisas têm sido desenvolvidas com estes constructos com o propósito de verificar as metas em contextos familiares que apresentam estrutura diferente. O estudo de Freitas e Magalhães (2013) ilustra este tipo de pesquisa, uma vez que objetivaram investigar as metas e expectativas de mães de crianças surdas sobre o futuro dos seus filhos. Entrevistaram 13 mães de crianças surdas matriculadas em uma unidade especializada de educação, sobre metas e estratégias de socialização. O grupo era formado por mães residentes em contexto urbano, em sua maioria de baixa renda, com pouca escolaridade, na

faixa etária entre 31 e 40 anos. Foram relatadas 20 metas de socialização, concentradas nas seguintes categorias: expectativas sociais (12), bom comportamento (5) e autoaperfeiçoamento (3), indicando uma tendência à dimensão sociocêntrica. O modelo de criação predominante foi o interdependente. Foram descritas 37 estratégias de ação, sendo que a centrada em si foi mais frequente (18).

Pesquisas sobre as metas de pais de crianças atípicas são relevantes, na medida em que seus dados podem servir de base para a construção de ações junto a estes grupos de modo a favorecer o empoderamento das famílias e o desenvolvimento da pessoa com deficiência. Ademais as pesquisas sobre as metas e estratégias parentais adotadas em famílias de crianças atípicas permitirá identificar o papel das características da pessoa em desenvolvimento e discutí-las considerando a força do contexto para a geração de cognições parentais peculiares. Assim, o objetivo desse trabalho foi investigar as metas de socialização e estratégias de ação de pais de crianças com e sem TDAH.

1. Método

1.1 Desenho do Estudo: Trata-se de uma pesquisa descritiva.

1.2 Ambiente: A coleta dos dados foi realizada em três contextos distintos: 01) Sala dos Professores de duas escolas públicas de ensino regular, 02) Classe Hospitalar de um Hospital Universitário e 03) Residência dos participantes.

1.3 Participantes: Participaram da pesquisa 78 pais, maiores de 18 anos, com filhos na faixa etária de 8 – 12 anos distribuídos em grupo controle (sem TDAH) e grupo experimental (com TDAH). O grupo controle foi constituído por 39 participantes, sendo que 15 foram coletados em uma escola pública municipal e 24 em uma escola pública estadual, ambas em Belém. O grupo experimental foi constituído por 39 participantes, sendo que 34 foram coletados em um Hospital Universitário e 05, provenientes de uma

Clínica de Reabilitação, foram coletados em suas residências. Por questões éticas, os nomes mencionados são fictícios.

a. Critérios de inclusão.

- ✓ G.E - pais com idade superior a 18 anos que tenham filhos na faixa etária de 8-12 anos, com diagnóstico de TDAH e que aceite ser participante da pesquisa.
- ✓ G.C - pais com idade superior a 18 anos que tenham filhos na faixa etária de 8-12 anos, sem diagnóstico de TDAH e que aceite ser participante da pesquisa.

b. Critérios de exclusão.

Foram excluídos do GE os pais cujos filhos não tivessem o diagnóstico de TDAH, bem como os que tinham alguma co-morbidade associada ou ainda, aqueles que não aceitaram participar da pesquisa. Em relação ao GC foram excluídos os pais cujos filhos apresentassem algum transtorno do desenvolvimento e aqueles que não aceitaram ser participante. Foram excluídos tanto do GE quanto do GC aqueles pais que eram menores de idade.

1.4 Instrumentos

Questionário sócio-demográfico (APÊNDICE B): elaborado pelas autoras com o objetivo de traçar um perfil da população do estudo, sendo aplicado a um dos pais. A primeira parte é constituída por itens referentes aos dados do respondente, tais como: sexo, naturalidade, procedência, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar; e da criança: idade, sexo, número de irmãos, idade da criança quando recebeu o diagnóstico, se realiza acompanhamentos multiprofissionais e dados da escolarização (série/ano, se já repetiu, se ler e escreve). A segunda parte investiga as metas de socialização e as estratégias de ação dos pais, sendo que a primeira pergunta foi baseada no questionário de Harwood et al (1996) e a segunda baseada em proposta do grupo de pesquisas do Rio de

Janeiro, coordenado pela Prof^a. Maria Lúcia Seidl de Moura (Moinhos, Lordelo&Seidl de Moura, 2007).

1.5 Procedimentos

1.5.1 Procedimento Ético: O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos, tendo obtido parecer favorável para sua execução (protocolo nº 819.541), sendo conduzido conforme dispõe a Resolução 196/1996. As pessoas que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos foram convidadas a participar. Após serem esclarecidas quanto ao sigilo das informações, os objetivos e os possíveis riscos e benefícios de sua participação, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo A).

1.5.2 Procedimento de Coleta de dados: A pesquisa foi dividida em 5 etapas, a saber: 1) contato com as instituições (hospital universitário, clínica de reabilitação e escola pública) e solicitação de autorização para a realização da pesquisa; 2) seleção dos participantes (hospital: prontuários do período de 2013 - 2014, com o código F 90.0 - distúrbios da atividade e da atenção / clínica de reabilitação: 9 prontuários com o referido código); 3) contato com as famílias do GE; 4) coleta de dados do GE (na própria instituição ou na residência dos mesmos); 5) seleção e coleta do GC - pais de crianças com características semelhantes ao do GE (gênero, idade e escolaridade), em instituições escolares públicas no âmbito municipal e estadual.

1.6 Análise dos Dados.

Os dados sociodemográficos foram armazenados em uma planilha do SPSS, versão 17.0, a fim de serem analisados de acordo com as categorias elaboradas. Aos dados de metas de socialização de pais de crianças com e sem TDAH foram aplicados análise de Conteúdo, utilizando o software Nvivo 10. Esta importante técnica de análise aplicada às investigações de caráter qualitativo, permite a compreensão do fenômeno de forma ampla,

possibilitando criar conexões de significados com a realidade pesquisada e os achados da literatura, avaliando o contexto e desenvolvendo novas e mais abrangentes compreensões sobre a variedade e a profundidade dos fenômenos investigados.

Neste estudo buscou-se fazer a transposição de uma realidade qualitativa (mensagem/fala dos participantes) para uma realidade quantitativa (dados), visando representar os resultados de uma forma sistemática com recursos de representação numérica e gráfica. Para tanto, foram cumpridas as seguintes fases, com base nas etapas da Análise de Conteúdo (Bardin, 2007), aplicadas à utilização do software Nvivo 10: (1) Pré-análise - organização e gerenciamento das fontes de dados no software; (2) Exploração do material - codificação das fontes; (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – organização, visualização e interpretação dos resultados de codificação. De acordo com Bardin (2007), esse tipo de análise permite descobrir núcleos de significado e cuja frequência de aparição pode representar algum sentido para o objetivo do estudo.

As fontes de dados desta etapa da pesquisa foram as falas dos participantes coletadas por meio de entrevistas para a obtenção de dados sobre as metas de socialização e estratégias de ação de pais de crianças com e sem TDHA. Após a organização das fontes de informação (etapa 1) realizou-se o processo de codificação (etapa 2) por meio da identificação de *Nodes* ou *Nós*.

Os nós são componentes de armazenamento de informações codificadas, podendo assumir diferentes significados. Nesta pesquisa os nós constituem-se como categorias temáticas definidas a partir da categorização proposta por Harwood et al (1996) e pelo modelo de orientação de *self* de Keller, Borke, Yovsi, Lohaus e Jensen (2005) e Kagitcibasi (2007). Por se tratar de uma análise de conteúdo esses nós receberam os códigos, formando categorias de informações (Lage, 2011; Mozzato&Grzybovski, 2011). O Sistema de codificação estruturado no presente estudo foi organizado em dois Mapas

Conceituais para representar graficamente como foram compostas as categorias e subcategorias temáticas desta pesquisa (Figuras 1 e 2).

2. Resultados e Discussão

Características sócio-demográficas dos participantes

Participaram do estudo 78 pais, sendo 39 no grupo controle e 39 no grupo experimental. A idade dos responsáveis variou de 20 a 40 anos (GE 58,98% e GC 76,93%), sendo a mãe a principal responsável tanto no grupo experimental (79,49%) quanto no grupo controle (84,62%). Nos dois grupos a maioria dos pais tem ensino médio completo ou incompleto (GE 46,15%, GC 58,97%). Quanto ao estado civil 71,8% dos pais do GE são casados ou vivem em união estável, assim como 69,23% do GC. Quanto ao exercício profissional a composição dos dois grupos foi semelhante: 51,28% trabalham (GE e GC) e 48,72% (GE e GC) não. A ocupação profissional mais frequente foi a de dona de casa com 43,62% no GE e 25% no GC. Quanto à renda pessoal houve uma disparidade entre os grupos, o maior percentual do GE foi de quem recebe um salário mínimo (35,9%), enquanto que no grupo controle houve um predomínio de pessoas sem renda (35,9%). Logo, o recebimento de auxílio financeiro foi maior para o grupo controle (53,85%). A maioria dos responsáveis possui no máximo dois filhos (GE 51,28% e GC 69,23%). Quando perguntados se são chamados frequentemente à escola o GE apresenta-se com maior frequência (46,16%) do que o GC (15,38%).

Como as variáveis: idade, escolaridade e sexo das crianças foram pareadas entre os dois grupos, os valores são iguais, predominando a faixa etária de 8 a 10 anos (69,2%) e o sexo masculino (87,2%). Este aspecto apoia a literatura que revela o predomínio do gênero masculino entre as pessoas com diagnóstico de TDAH (Barkley, 1998, 2002; Rohde&Halpern, 2004). Com relação a faixa etária, os dados deste estudo estão de acordo com a literatura, que aponta que a faixa etária dos seis aos dez anos é o período que estas

crianças apresentam mais problemas no ambiente escolar (Barkley, 1998, 2002; Benczik, 2000; Círio, 2008; Cypel, 2007; Lahey, Pelham, Loney, Lee & Willcutt, 2005; Rohde & Halpern, 2004).

Todas as crianças desta pesquisa frequentam a escola cursando entre o 1º ano e o 7º ano do ensino fundamental. Observou-se que as crianças do GC são de escola pública e 12,82% do GE são de escolas particulares. O início da escolarização das crianças em ambos os grupos se deu entre os 4 aos 5 anos (GE 53,86% e GC 46,16%). O grupo experimental foi o que mais apresentou crianças repetentes (69,23%), como também, o que apresentou as maiores taxas de crianças que não sabem ler (61,54%) e escrever (58,97%). Além disso, as crianças do GE não tem horário fixo para estudar (69,23%), não realizam seus deveres de casa sozinhos (94,87%), não cuidam de seus materiais (79,49%), não organizam suas mochilas (64,10%) e necessitam de orientação de seus pais constantemente (100%). Estes dados corroboram a literatura ao indicar que as crianças com diagnóstico de TDAH em geral não realizam suas atividades de forma completa, havendo constantes trocas de material, cópias em cadernos inadequados, cadernos mal organizados, atividades amassadas, letras de difícil entendimento.

Metas de socialização

Os dados relativos as metas de socialização do GC e do GE podem ser visualizados nas Figuras 1 e 2, que consistem em Mapas Conceituais criados no NVIVO 10 construídos a partir da codificação das fontes de dados. Cada componente dos mapas é um nó ou subnó que está identificado pelo ícone em formato de esfera próximo ao rótulo do componente.

Com base nos dados que emergiram das falas dos participantes durante a entrevista, construíram-se os Mapas Conceituais a partir de dois agrupamentos categóricos, a saber: (a) GE – grupo experimental – que representam os relatos dos pais de crianças com

TDAH; (b) GC – grupo controle – referente aos pais de crianças sem o TDAH. Por meio desta forma de codificação dos dados foi possível comparar os resultados dos dois grupos.

Na figura 1 observa-se a composição das categorias temáticas e suas associações relativas ao GE.

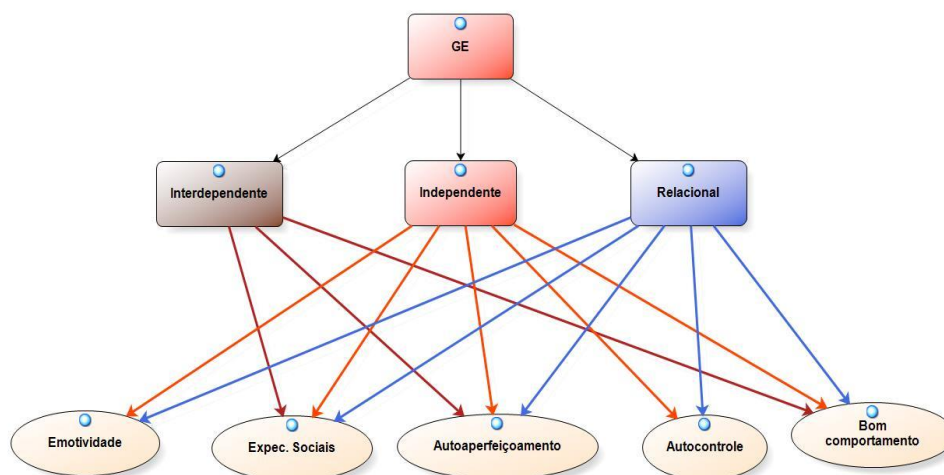


Figura 1 – Mapa Conceitual – Grupo Experimental (GE) – Pais de crianças com TDAH

O Mapa Conceitual do GE (Figura 1) possui uma estrutura de codificação do tipo *Tree Node* - quando apresenta um nó principal e outros subnós hierarquicamente dependentes. Neste estudo foram criados um nó principal (GE – Grupo Experimental), três subnós intermediários relativos aos modelos culturais de socialização - interdependente, independente e relacional (Keller et al, 2005; Kagitçibasi, 2005), e que são hierarquicamente mais próximos do nó principal. Observa-se ainda cinco subnós (emotividade, expectativas sociais, autoaperfeiçoamento, autocontrole e bom comportamento) que dizem respeito as metas de socialização (Miller &Harwood, 2001) sendo subcategorias de análise subordinadas aos subnós intermediários. Esta composição forma uma árvore de nós e subnós que indica as possíveis associações entre as categorias e subcategorias, identificadas nas falas dos participantes.

No Mapa Conceitual do GE (Figura 1) notaram-se as seguintes incidências de associações entre as categorias e subcategorias: (a) o modelo interdependente foi associado

as metas de expectativas sociais, autoaperfeiçoamento e bom comportamento; (b) os modelos independente e autônomo-relacional foram relacionados às cinco metas (emotividade, expectativas sociais, autoaperfeiçoamento, autocontrole e bom comportamento).

Além dos dados referentes as metas de socialização, os pais foram questionados sobre as estratégias adotadas para alcançar tais metas. Na tabela 5 é possível observar a frequência das estratégias associadas as metas declaradas pelos participantes do GE e seus respectivos modelos de socialização.

Tabela 5

Associação dos modelos culturais, metas de socialização e estratégias de ação dos pais do GE.

GE		
Modelo	Metas	Estratégias associadas às metas
Independente (24)	Autoaperfeiçoamento (22)	CS (04)
		CC (06)
		CSC (12)
	Autocontrole (05)	CSi (0)
		CC (02)
		CSC (03)
	Expectativas Sociais (11)	CS (02)
		CC (05)
		CSC (04)
	Emotividade (01)	CS (0)
CC (0)		
CSC (01)		
Bom comportamento (07)	CS (03)	
	CC (0)	
	CSC (04)	
Interdependente (07)	Autoaperfeiçoamento (06)	CS (0)
		CC (02)
		CSC (04)
	Autocontrole (0)	CS (0)
		CC (0)
		CSC (0)
	Expectativas Sociais (03)	CS (0)
		CC (01)
		CSC (02)
	Emotividade (0)	CS (0)
CC (0)		
CSC (0)		
Bom comportamento (01)	CS (0)	
	CC (0)	
	CSC (01)	
Relacional (08)	Autoaperfeiçoamento (05)	CS (0)
		CC (01)
		CSC (04)
	Autocontrole (01)	CS (0)
		CC (0)
		CSC (01)
	Expectativas Sociais (06)	CS (0)
		CC (01)
		CSC (05)
	Emotividade (02)	CS (0)
CC (0)		
CSC (02)		
Bom comportamento (03)	CS (0)	
	CC (02)	
	CSC (01)	

Nota: CS – Centrada em si; CC – Centrada no Contexto e CSC – Centrada em Si e no Contexto

De acordo com a figura 1 o GE apresentou o modelo independente como o mais frequente. Dentro deste modelo, a meta de socialização mais frequente foi de autoaperfeiçoamento (22) revelada em falas como a de Maria que disse: *“eu quero muito que ela aprenda, aprenda a estudar. [...]aprenda, aprender a ler, aprender a conhecer as letras, a estudar, a fazer o nome dela, a ser independente”*.

Esta preocupação de que o filho (a) com TDAH torne-se independente coincide com as metas dos pais dos estudos de Portes (2013) e com os pais de famílias ribeirinhas com crianças com desenvolvimento típico, do estudo de Freire et al (2014). Sugerindo que o TDAH não interfere na meta parental, ou seja, no desejo que o filho (a) construa sua autonomia, torne-se independente, conclua os estudos e consiga um bom trabalho (Keller et al, 2005). Entretanto, essas metas divergem das metas parentais de crianças surdas (Freitas & Magalhães, 2013).

Os pais do modelo independente que apresentaram metas de autoaperfeiçoamento revelaram estratégias de ação centradas em si e no contexto (12), isto pode ser observado no relato de Lana ao dizer: *“olhar sempre no caderno dele e, assim, tem que pegar no pé mesmo. Tem que tá em cima. Então eu abri mão do meu serviço. Eu falei pra ele, e chorei pra ele que eu não queria parar de trabalhar. Abri mão do meu serviço, por causa dele. E ando, né? Com ele no médico”*. Este dado sugere que pais de crianças com TDAH acreditam que o alcance dessas metas depende tanto do seu desempenho enquanto pais, como também dos recursos disponíveis do ambiente.

A segunda meta do modelo independente mais valorizada pelos pais foi a de expectativas sociais (11) podendo ser visualizado conforme descrição: *“No futuro ele traga um, trabalhe, que dê um futuro pra gente, que seja uma pessoa responsável”* (Mel). Estes pais relataram com maior frequência estratégias centradas no contexto (05) para o alcance de suas metas, como no relato: *“eu estou fazendo todos os tratamentos necessários, seja*

com psicólogo, neuro, T.O” (Júlia). Percebe-se que os responsáveis além de primarem pelas metas de autonomia, também demonstram preocupação de que seus filhos atendam às expectativas sociais de serem seguidores de normas, de ter seu caráter definido e que se projetem positivamente na vida profissional. Para isso os pais buscam recursos no ambiente para ajudar a desenvolver estas habilidades em seus filhos.

No que diz respeito ao bom comportamento (07), os responsáveis demonstram preocupações que seus filhos se comportem, relacionem-se harmoniosamente com outras pessoas e que respondam adequadamente aos papéis que irão desempenhar, demonstrando um senso de pertencimento e envolvimento a outros grupos (Moinhos, Lordelo&Seidl-de-Moura, 2007). Esse aspecto pode ser percebido a partir do relato: *“Eu espero que ela seja menos teimosa, porque agora ela é teimosa, quando peço as coisas pra ela, ela não faz, não escuta. Aí quando ela for moça eu queria que ela fosse mais assim. Ser obediente, respeitosa com as pessoas”* (Laina). E para isso utilizam estratégias centradas em si e no contexto (04). As primeiras podem ser observadas em falas como: *“ [...] mostrar pra ele como a vida é. O que ele pode, o que ele não pode fazer. Sempre tem o porquê e, sempre tem os deveres e as obrigações. Então, a gente tem que mostrar pra ele, a gente tem que mostrar pra ele, na medida do possível, o que ele pode realmente fazer. [...] o que é certo, o que não é. O que deve e o que não deve fazer. Fui procurar a estudar sobre as coisas. Tô trabalhando pra que ele tenha uma, uma vida social o mais próximo possível do normal”* (Mauro). As estratégias centradas no contexto se revelam em falas como: *“vindo, correndo atrás, vindo aqui na classe hospitalar, indo no CAPS. fui procurar orientação médica”* (Mauro).

O autocontrole (05) foi uma das metas menos relatadas por pais de crianças com TDAH, podendo indicar que estes pais não estão preocupados em conter os impulsos, a agitação de seus filhos. Isso pode ser devido os mesmos terem tendência de superproteger

suas crianças por conta das dificuldades que as mesmas apresentam. Dos poucos relatos, pode-se citar: *“Ele chegue em casa tranquilo, que não seja mais assim tão aborrecido. ele já saiba se tranquilizar, pra ele poder ter um bom emprego”* (Francisco). A estratégia de ação mais relatada por esses pais foi a centrada em si e no contexto (04), que pode ser verificada a partir de: *“Tenho feito minhas tarefas como mãe e me dedicando a ele, para que ele venha a ser um menino mais comportado. Eu tenho levado ao médico, feito as minhas tarefas, levando a escola”* (Eva).

Da mesma forma, as metas de emotividade (01) também foram menos citadas. Todavia, demonstra o quanto os pais sentem-se apreensivos de que suas crianças sejam bem quistas tanto por familiares quanto por amigos. Esta preocupação pode ser percebido em falas como a seguinte: *“Em relação, assim, aos amigos dele, assim, que com 20 anos ele esteja assim, pessoas que verdadeiramente que gostem dele, do lado dele”* (João). Estes dados divergem dos resultados do estudo com famílias de crianças surdas, onde as metas de emotividades foram mais valorizadas (Freitas & Magalhães, 2013). Observou-se, ainda, que esses pais relataram a estratégia centrada em si e no contexto (01) para atingir essa meta *“ [...] eu tô plantando no coração dele bondade, humildade, respeito. [...] um amor no coração dele. Então, o que eu tô fazendo [...] é plantando sementinha do amor. E [...] andando com ele, tô levando ele pros médicos pras consultas. Tudo o que eles mandam, pedem pra fazer, eu procuro sempre no máximo fazer. Ele tem a Neuro, tem o do otorrino, tem odontologia, tem é, Pediatria, Tem a do Serviço Social e a Psicologia.”* (Rute).

Com relação aos modelos interdependente e autônomo-relacional, todas as metas foram associadas as estratégias centradas em si e no contexto, com exceção da meta bom comportamento do modelo autônomo-relacional que foi associada a estratégias centrada no contexto.

Desta forma, tem-se que independente do modelo cultural e das metas de socialização, observou-se que as estratégias de ação mais frequente dos pais do grupo experimental são centradas em si e no contexto. Sendo que o modelo e a meta mais frequente foram o independente e o autoaperfeiçoamento, respectivamente.

Na figura 2 observa-se a composição das categorias temáticas e suas associações relativas ao GC.

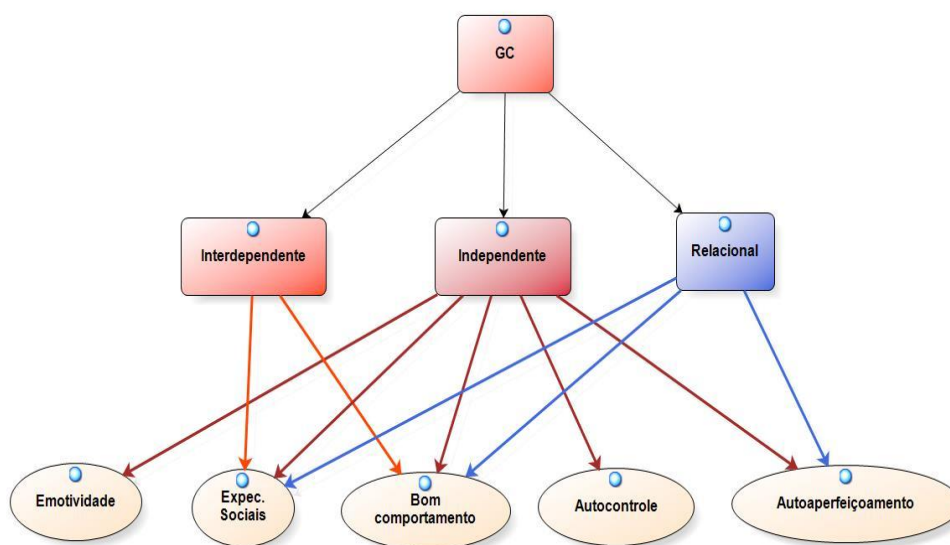


Figura 2 – Mapa Conceitual – Grupo de Controle (GC) – Pais de crianças sem TDAH

O Mapa Conceitual do GC (Figura 2) possui a mesma estrutura de codificação do GE do tipo *Tree Node*, apresentando um nó principal (GC – Grupo Controle), três subnós intermediários (modelos: interdependente, independente e relacional) mais próximos do nó principal. E cinco subnós (emotividade, expectativas sociais, bom comportamento, autoaperfeiçoamento, e autocontrole) relacionadas as metas de socialização (Miller & Harwood, 2001) que são subcategorias de análise e estão subordinadas aos subnós intermediários.

Observando o Mapa Conceitual do GC (Figura 2) percebe-se as seguintes associações entre as categorias e subcategorias: (a) o modelo independente foi associado a todas as

categorias elencadas neste estudo (autoaperfeiçoamento, autocontrole, expectativas sociais, emotividade e bom comportamento); (b) o modelo autônomo-relacional associou-se ao autoaperfeiçoamento, expectativas sociais e bom comportamento; (c) o modelo interdependente foi relacionado apenas à expectativas sociais e bom comportamento.

Assim como no GE, os pais do GC também foram questionados sobre as estratégias adotadas para alcançar tais metas. As informações acerca das estratégias associadas às metas de socialização e seus respectivos modelos de socialização podem ser visualizadas na tabela 6.

Tabela 6

Associação dos modelos culturais, metas de socialização e estratégias de ação dos pais do GC

GC		
Modelo	Metas	Estratégias associadas às metas
Independente (31)	Autoaperfeiçoamento (24)	CS (09)
		CC (03)
		CSC (12)
	Autocontrole (01)	CS (0)
		CC (0)
		CSC (01)
	Expectativas Sociais (24)	CS (14)
		CC (03)
		CSC (07)
	Emotividade (01)	CS (0)
CC (0)		
CSC (01)		
Bom comportamento (07)	CS (06)	
	CC (0)	
	CSC (01)	
Interdependente (01)	Autoaperfeiçoamento (0)	CS (0)
		CC (0)
		CSC (0)
	Autocontrole (0)	CS (0)
		CC (0)
		CSC (0)
	Expectativas Sociais (01)	CS (01)
		CC (0)
		CSC (0)
	Emotividade (0)	CS (0)
CC (0)		
CSC (0)		
Bom comportamento (01)	CS (01)	
	CC (0)	
	CSC (0)	
Relacional (07)	Autoaperfeiçoamento (06)	CS (02)
		CC (03)
		CSC (01)
	Autocontrole (0)	CS (0)
		CC (0)
		CSC (0)
	Expectativas Sociais (05)	CS (03)
		CC (02)
		CSC (0)
	Emotividade (0)	CS (0)
CC (0)		
CSC (0)		
Bom comportamento (04)	CS (01)	
	CC (02)	
	CSC (01)	

Nota: CS – Centrada em Si; CC – Centrada no Contexto e CSC – Centrada em si e no contexto.

A partir da tabela 6 verifica-se que o GC apresentou o modelo independente como o mais frequente. Tendo como meta de socialização mais citada o autoaperfeiçoamento (24). O relato a seguir ilustra tal meta: *“Eu espero que ele desenvolva. E, estude. Ele faça uma boa faculdade. Passe na faculdade, passe no vestibular”* (Sabrina). Estes pais, ainda, revelaram estratégias de ação centrada em si e no contexto para o alcance de suas metas. O que pode ser verificado na seguinte fala: *“Ensinando. eu vou tentando ensinar ele a ler a escrever. Eu dou força pra ele e falo a realidade mesmo pra ele, se não estudar, não vai chegar lá onde ele quer. Só o que eu posso dar é força e ajudar ele, botando ele na escola”* (Marcela).

Percebeu-se nos pais do GC a mesma preocupação que a dos pais do GE no que diz respeito a vontade de que seu (a) filho (a) se torne independente e desenvolva sua autonomia. E, para isso estes pais utilizam a mesma estratégia de ação (centrada em si e no contexto) para atingir suas metas, ou seja, buscam recursos disponíveis no ambiente associado ao seu empenho pessoal.

A segunda meta do modelo independente mais mencionada pelos pais do GC foi a de expectativas sociais (24) podendo ser verificado de acordo com: *“Eu espero que ela esteja trabalhando, com um futuro brilhante”* (Idalina). Diferentemente do GE, estes pais relataram com maior frequência estratégias centradas em si (14) para o alcance de suas metas, como no relato: *“Eu sempre tô incentivando, conversando. Tentar educar ele pra ser um homem do bem. Eu converso pra ele estudar. A gente tem que tá sempre orientando. Eu não sou uma mãe quedeixa tá na rua assim pra, pra evitar que ele aprenda certos tipos de coisas.”* (Graça).

Com relação a meta de bom comportamento, esta apresentou a mesma frequência do GE (07), o que pode ser percebida na fala do participante: *“Que ele esteja uma pessoa boa, de boa educação, de coisas boas, pra ele ser um rapaz de caráter, um rapaz de bem”*

(Érica). Entretanto, os pais do GC utilizaram mais estratégias centradas em si (06), como pode ser observado: “*Estou botando ele pra estudar, orientando ele, mostrando as coisas que ele não deve fazer*” (Rogério).

Também a exemplo do GE os pais do GC mencionaram menos metas de autocontrole (01). Podendo-se descrever o único relato: “*Eu espero que ele esteja mais calmo*” (Júlio). E como estratégia de ação foi utilizada a centrada em si e no contexto (01), que pode ser identificada em falas como: “*Converso com ele, oriento ele todos os dias. Aí tem que incentivar ele, pra dizer que aquilo não é ruim, que aquilo é, é normal, é uma brincadeira só. E eu tô procurando, né, ajudar, converso aqui na escola, busco professores aqui e particular*” (Ana).

As metas de emotividade (01) também não foram muito referidas no GC. O relato que ilustra tal meta pode ser observado em: “*Que ela esteja feliz*” (Daniela). Percebeu-se que para atingir esta meta os pais relataram a estratégia centrada em si e no contexto (01), conforme a descrição: “*Investindo na presença paterna [...] na educação*” (Antonio).

No que diz respeito ao modelo interdependente as metas foram associadas a estratégias centradas em si, enquanto que no modelo autônomo-relacional as metas de autoaperfeiçoamento e bom comportamento foram associadas as estratégias centradas no contexto e as metas de expectativas sociais associaram-se as estratégias centradas em si.

Em suma, o modelo cultural mais frequente foi o independente, o que demonstra que os pais de ambos os grupos priorizam as metas pessoais, a construção da autonomia e o estabelecimento de relações mais abertas. Os pais do GE priorizam as metas de autoaperfeiçoamento, demonstrando grande preocupação que seus filhos se tornem independentes e desenvolvam habilidades para tomarem conta de si mesmos. Os pais do GC além de primarem pelo autoaperfeiçoamento, destacam na mesma frequência, metas de expectativas sociais.

Quanto as estratégias de ação utilizadas, os pais do GC relataram com mais frequência as estratégias centradas em si, sugerindo que estes pais acreditam que seu papel parental de cuidar, prover amor e carinho, participar ativamente da vida de seus filhos será determinante para o desenvolvimento dos mesmos. Com relação ao GE as estratégias de ação mais frequentes foram as Centradas em Si e no Contexto, podendo indicar que os pais de crianças com TDAH além de se envolverem ativamente nos processos que favoreçam o desenvolvimento de seus filhos, também buscam recursos provenientes do meio ambiente no qual estão inseridos; este resultado é contrário ao estudo de Freitas e Magalhães (2013) com mães de crianças surdas que relataram utilizar estratégias centradas em si com mais frequência.

Tais resultados demonstram que tanto os pais de crianças com TDAH como os de crianças com desenvolvimento típico, apresentam metas semelhantes (a independência, autonomia de seus filhos), o que os diferencia é a forma como tentam viabilizar tais metas. Dessa forma, a compreensão das estratégias que os pais utilizam, sejam elas centradas em si ou no contexto, para alcançar suas metas possibilita o entendimento de como os mesmos se organizam em torno de suas expectativas e seus valores enquanto pessoa e enquanto componente de um grupo social (Freire et al, 2014).

3. Considerações Finais

Nesta pesquisa foram analisadas as metas de socialização e as estratégias de ação de pais de crianças com e sem TDAH. Verificou-se que estes pais têm suas principais metas relacionadas ao autoaperfeiçoamento. Entretanto, percebeu-se uma diferença entre os pais de crianças com TDAH e os sem, no que diz respeito as estratégias utilizadas para alcançarem as metas estabelecidas. Os pais cujos filhos não têm TDAH lançam mão de estratégias centradas em si, o que pode indicar que a sua participação na vida do filho é determinante para o desenvolvimento deste. Enquanto que os pais de crianças com TDAH

utilizam estratégias Centradas em Si e no Contexto, o que sugere que além de seu envolvimento na vida do filho, estes pais também procuram recursos provenientes do seu meio social para ajudá-los no alcance de seus objetivos.

Esses achados permitem entender o funcionamento psicológico de pais em geral, particularmente, de pais de pessoas com desenvolvimento atípico. Saber como estes pais funcionam ajuda a pensar em práticas profissionais de assistência mais coerentes com suas expectativas e estratégias. Estas práticas podem promover o desenvolvimento, não apenas da pessoa com alteração de desenvolvimento, como de todos os membros da família.

Um dos principais limites desta pesquisa refere-se ao processo de coleta de dados, a dificuldade em acessar informações qualitativas que revelassem aspectos tão particulares do participante. No entanto, entende-se que este consiste em uma dificuldade esperada em estudos como este, uma vez que a qualidade do dado se remete ao potencial do participante em se auto-revelar. Para tanto, a literatura recomenda que se utilize de estratégias de aproximação que requer tempo, o que infelizmente não fora possível garantir, uma vez que se tratou de uma pesquisa de mestrado o que implica na realização da coleta de forma breve.

Para futuras pesquisas sugere-se a combinação de técnicas quantitativas e qualitativas, buscando analisar a influência entre as variáveis – socioeconômica (renda e escolaridade), faixa etária e sexo dos pais com as metas de socialização e estratégias de ação adotadas por pais de crianças com e sem TDAH.

4. Referências Bibliográficas

- Bandeira, T.T. A., Seidl de Moura, M.L.& Vieira, M.L. (2009). Metas de Socialização de pais e mães para seus filhos. *RevBras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 19(3): 445-456.
- Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.p.42, 117,175.
- Barkley,R.(1998).*Attention-deficithyperactivitydisorder:a handbook of diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. (2002). Major life activity and heal thout comes associated with Attention-Deficit/HiperactivityDisorder. *JournalofClinicalPsychiatry*, 63, 10-15.
- Benczik,E.P. (2000). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Atualização Diagnóstica e Terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados / UrieBronfenbrenner; trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese – Porto Alegre: Artes Médicas.*
- Cheah, C.S.& Chirkov, V. (2008). Parents‘ personal and cultural beliefs regarding young children a cross-cultural study of aboriginal and euro-canadian mothers. *Journalofcross-cultural Psychology*, 39 (4), 402-423.
- Cypel, S. (2007). *Déficit de Atenção e Hiperatividade e as Funções Executivas*. Atualização para pais, professores e profissionais da saúde. 3. ed. São Paulo: Lemos Editorial.
- Del Prette, A.& Del Prette Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, RJ:Vozes.
- Diniz, P. K.C. & Salomão. (2010). Metas de socialização e estratégias de ação paternas e maternas. *Paidéia*, maio-ago.Vol. 20, No. 46, 145-154.

- Freire, V.R.B. P.; Silva, S.S.C.; Moura, M.L.S., Pontes, F.A.R. & Araújo, M.E.C. (2014). Metas e expectativas parentais em contextos urbano e ribeirinho da Amazônia. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* – Vol, 48, No. 1, pp. 53-63.
- Freitas, H.R.M. & Magalhães, C.M.C. (2013). Metas e Estratégias de Socialização que Mães de Crianças Surdas Valorizam para Seus Filhos. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v. 19, n. 4, p. 545-562, Out-Dez.
- Harkness S. & Super C.M. Introduction. (1996). In: Harkness, S. & Super, C.M. *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions and consequences*. (p. 1-23). 2 ed. New York (NY): Guilford Press.
- Harkness, S., & Super, C. M. (2005). *Themes and variations: Parental ethnotheories in Western cultures*. In K. H. Rubin, & O. B. Chung, Parental beliefs, parenting, and child development in cross-cultural perspective (pp. 61-79). New York: Psychology Press.
- Harkness, S., Super, C. M.
- Harwood, R.L., Schoelmerich, A., Ventura-Cook, E., Schulze, P.A. & Wilson, S.P. (1996). Culture and class influences on Anglo and Puerto Rican Mother's beliefs regarding long-term socialization goals and child behavior. *Child Development*, 67 (5), 2446-2461.
- Hernández, M. D. G., Rodríguez, G. R., & Zamora, A. L. (1998). *La construcción de valores em la família*. In M. J. Rodrigo & J. Palácios (Eds.), *Familia y desarrollo humano*. (pp. 201-221). Madrid: Alianza editorial.
- Kagitcibasi, Ç. (2005). Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross- Cultural Psychology*, 36(4), 403-422.

- Keller, H., Borke, J., Yovsi, R., Lohaus, A., & Jensen, H. (2005). Cultural orientations and historical changes as predictors of parenting behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 29(3), 229-237.
- Kreppner, K. (2000). The child and the family: Interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 11-22.
- Lage, M. C. (2011). Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *ETD – Educ. Tem. Dig.*, Campinas, v.12, n.esp., pp.198-226.
- Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Lee, S.S., Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 896-902.
- Lordelo, E.R.; Roethle, M. & Mochizuki, A.B. (2012). Metas de Socialização em Diferentes Contextos. *Paidéia*, jan-abr. Vol. 22, No. 51, 33-42.
- Miller, A.M. & Harwood, R.L. (2001). Long-term socialisation goals and the construction of infants' social networks among middle class Anglo and Puerto Rican mothers. *The International Journal of Behavioral Development*, 25 (5), 450–457.
- Moinhos M.V.C., Lordelo, E.R. & Moura, M.L.S. (2007). Metas de socialização de mães baianas de diferentes contextos socioeconômicos. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.* 17(1):114-125.
- Mozzato, A. R. & Grzybovski, D. (2011). Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747.
- Portes, J. R. M. (2013) *Crenças sobre práticas de cuidado e metas de socialização de pais e mães com filhos com Síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Universidade Federal de Santa Catarina.

- Ribas, R. C. (2002). *Cognições de mães brasileiras acerca da paternidade e do desenvolvimento humano: Uma contribuição ao estudo da psicologia parental*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Rohde, L.A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualizado. *Journal de Pediatria*, 80 (2), 61-70.
- Ruela, S. F. & Seidl de Moura, M. L. (2007). Um estudo do nicho de desenvolvimento de um grupo de crianças em uma comunidade rural. *Psicologia em Estudo*, 12 (2), 315-324.
- Silva, R. A. (2008). *Cognições parentais: crenças, metas e estratégias de socialização de mães primíparas*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria em Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará.
- Silva, R.A.M. & Magalhães, C.M.C. (2011). Crenças sobre práticas: um estudo sobre mães primíparas de contexto urbano e não-urbano. *Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.* 21(1): 39-50.
- Suizzo, M. A. (2002). French Parents' cultural models and childrearing beliefs. *International Journal of Behavioral Development*. 2002; 26, 297-37.
- Tudge, J., Hayes, S., Doucet, F., Kulakova, N., Tammeveski, P., Meltsas, M., & Lee, S. (2000). Parent's participation in cultural practices with their preschoolers. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 1-10.
- Wagner, A., Halpern, S.C., & Bornholdt, E.A. (1999). Configuração e estrutura familiar: Um estudo comparativo entre famílias originais e reconstituídas. *PSICO*, 30, 63-74.

CAPITULO IV: Considerações Finais

Nesta pesquisa buscou-se investigar a presença de estresse e as metas de socialização de pais de crianças com e sem TDAH. Para tal foram investigados 78 participantes, divididos em dois grupos: Grupo Experimental (GE) formado por pais de crianças com TDAH e o Grupo Controle (GC) com pais de crianças típicas. Estes pais, em sua maioria, tinham entre 20 e 40 anos, sendo a mãe a principal responsável pelos cuidados com os filhos (GE – 79,49% e GC – 84,62%).

As variáveis referentes às crianças, como: idade, escolaridade e sexo foram pareadas entre os dois grupos, predominando a faixa etária 8 a 10 anos (69,2%) e o sexo masculino (87,2%). Ressalta-se que todas as crianças frequentam a escola, entretanto, as do GE apresentaram maiores níveis de repetência (69,23%), de ainda não saberem ler (61,54%) e escrever (58,97%).

A partir dos dados iniciais da amostra foram realizados dois estudos: o primeiro pesquisou a presença de estresse parental e a existência de relação entre essa variável e os comprometimentos atencionais e padrões de hiperatividade/impulsividade das crianças e, o segundo, investigou as metas de socialização e estratégias de ação desses pais.

Os resultados encontrados no primeiro estudo apontaram que o nível de estresse dos pais de crianças sem TDAH (GC) foi maior do que o dos pais de crianças com TDAH (GE). Todavia, os pais do GE descreveram mais características de desatenção, hiperatividade/ impulsividade em suas crianças do que os do GC.

No segundo estudo verificou-se que os pais de ambos os grupos têm suas principais metas relacionadas ao autoaperfeiçoamento. No entanto, os grupos se diferiram quanto as estratégias usadas para alcançar as metas, os pais do GC utilizam estratégias centradas em si, enquanto que os pais do GE utilizam estratégias centradas em si e no contexto.

Estes resultados demonstram que, nessa amostra, a presença de estresse independe do diagnóstico de TDAH, uma vez que os pais do GC apresentaram nível de estresse mais elevado. Os pais de ambos os grupos traçaram metas de autoaperfeiçoamento para seus filhos, entretanto, os pais do GC utilizam principalmente estratégias centradas em si, o que suscita a hipótese de uma possível sobrecarga para estes pais, aumentando assim, seu nível de estresse. Enquanto que os pais de crianças com TDAH apresentam níveis menores de estresse por adotarem estratégias centradas em si e no contexto, o que sugere que estes pais podem dividir as tarefas inerentes ao ato de educar os filhos com terceiros.

Os resultados encontrados nessa pesquisa divergem da literatura no que concerne o diagnóstico de TDAH ser preponderante para a elevação do nível de estresse dos pais. Mais estudos podem aprofundar o entendimento das variáveis que influenciam na elevação do estresse parental em amostras diferentes.

Finalmente, espera-se que essa pesquisa possa contribuir com o desenvolvimento de conhecimento científico acerca do estresse parental e alerta para a necessidade da realização de intervenções terapêuticas, não somente para pais de crianças com alteração de desenvolvimento, mas para os pais de um modo geral.

Referências Bibliográficas

- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional manual* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- American Psychiatric Association – APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V. Fifth Edition*. Washington, DC London, England.
- Barkley, R.A. (2008). *Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed; p.15-380.
- Barkley, R.A. & Murphy, K.R. (2008). *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: exercícios clínicos*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bandeira, T.T. A., Seidl de Moura, M.L. & Vieira, M.L. (2009). Metas de Socialização de pais e mães para seus filhos. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 19(3): 445-456.
- Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. p.42, 117,175.
- Barkley, R. (1998). *Attention-deficithyperactivitydisorder: a handbook of diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. (2002). Major life activity and health outcomes associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 10-15.
- Bellé, A.H., Andreazza, A. C., Ruschel, J. e Bosa, C. A. (2009). Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-325.
- Benczik, E.P. (2000). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Atualização Diagnóstica e Terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Breen, M., & Barkley, R. A. (1988). Parenting stress and child psychopathology in ADHD boys and girls. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.
- Cirio, R. R. (2008) *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Propostas para pais e professores*. (1a ed). São Paulo: Vetor.
- Cherubini, Z. A., Bosa, C. A. E. Bandeira, D. R. (2008). Estresse e Autoconceito em Pais e Mães de Crianças com a Síndrome do X-Frágil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 409-417.
- Cypel, S. (2007). *Déficit de Atenção e Hiperatividade e as Funções Executivas*. Atualização para pais, professores e profissionais da saúde. 3. ed. São Paulo: Lemos Editorial.
- Del Prette, A., & Del Prette Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Harkness S. & Super C.M. Introduction. (1996). In: Harkness, S. & Super, C.M. *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions and consequences*. (p. 1-23). 2 ed. New York (NY): Guilford Press.
- Harkness, S., & Super, C. M. (2005). *Themes and variations: Parental ethnotheories in Western cultures*. In K. H. Rubin, & O. B. Chung, Parental beliefs, parenting, and child development in cross-cultural perspective (pp. 61-79). New York: Psychology Press.
- Harkness, S., Super, C. M.
- Hernández, M. D. G., Rodríguez, G. R., & Zamora, A. L. (1998). *La construcción de valores em la familia*. In M. J. Rodrigo & J. Palácios (Eds.), *Familia y desarrollo humano*. (pp. 201-221). Madrid: Alianza editorial.
- Harwood, R.L., Schoelmerich, A., Ventura-Cook, E., Schulze, P.A. & Wilson, S.P. (1996). Culture and class influences on Anglo and Puerto Rican Mother's beliefs regarding long-term socialization goals and child behavior. *Child Development*, 67 (5), 2446-2461.

- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do *stress*. In M. E. N. Lipp (Org.). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teorias e aplicações clínicas* (pp.17–22). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Miller, A.M. & Harwood, R.L. (2001). Long-term socialisation goals and the construction of infants' social networks among middle class Anglo and Puerto Rican mothers. *The International Journal of Behavioral Development*, 25 (5), 450–457.
- Portes, J. R. M. (2013) *Crenças sobre práticas de cuidado e metas de socialização de pais e mães com filhos com Síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Universidade Federal de Santa Catarina.
- Rohde, L.A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualizado. *Journal de Pediatria*, 80 (2), 61-70.

Anexos

Anexo A

APÊNDICE 5 - Índice de Estresse Parental - PSI

Formulário de Aplicação - Richard R. Abidin - Instituto de Psicologia - Universidade da Virgínia, EUA

Instruções:

Ao responder às perguntas deste formulário, pense no filho que mais lhe preocupa.

As perguntas constantes das páginas seguintes requerem que você escolha uma resposta que melhor descreva os seus sentimentos. Se não houver uma resposta que descreva exatamente os seus sentimentos, marque a resposta que mais se aproxime da descrição de como você se sente. A SUA PRIMEIRA REAÇÃO A CADA QUESTÃO DEVE CONSTITUIR SUA RESPOSTA.

Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda das afirmações seguintes, circulando o número que melhor corresponde ao que você sente.

1. Com frequência, eu tenho a sensação de que não manejo as coisas muito bem.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
2. Eu desisto das minhas coisas para cuidar das necessidades dos meu filhos mais do que esperava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
3. Eu me sinto preso pelas minhas responsabilidades de pai/mãe.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
4. Desde que tive este filho, eu não consigo mais fazer coisas novas e diferentes.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
5. Desde que tive meu filho, eu sinto que quase nunca tenho tempo de fazer as coisas que gosto.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
6. Eu me sinto infeliz com a última compra de roupa que fiz para mim.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
7. Há algumas coisas que me incomodam em minha vida.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
8. Ter um filho tem causado mais problemas na minha relação com meu esposo(a) do que eu imaginava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
9. Eu me sinto só e sem amigos.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
10. Quando eu vou a uma festa, eu geralmente acho que não vou me divertir muito.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
11. Eu não me interesso mais pelas pessoas como antes.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
12. Eu não gosto das coisas como antes.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
13. Meu filho raramente faz coisas para mim que me deixam feliz.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
14. Na maioria das vezes, eu sinto que meu filho gosta de mim e quer estar perto de mim.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
15. Meu filho sorri para mim muito menos do que eu esperava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
16. Quando faço alguma coisa para o meu filho, eu sinto que meus esforços não são reconhecidos por ele.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
17. Quando brinca, meu filho não dá risadinhas ou ri com frequência.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente

18. Meu filho não parece aprender tão rápido quanto a maioria das crianças.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
19. Meu filho não sorri tanto quanto a maioria das crianças.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
20. Meu filho não é capaz de fazer as coisas tanto quanto eu esperava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
21. Demora muito e é muito difícil para o meu filho se acostumar a coisas novas.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
22. Eu me considero:	1. um pai/mãe muito bom	2. um pai/mãe melhor que a maioria	3. um pai/mãe mediano	4. alguém que tem problema em ser pai/mãe	5. não muito bom em ser pai/mãe
23. Eu esperava sentir mais carinho e afeto pelo meu filho do que sinto e isso me incomoda.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
24. Algumas vezes, meu filho faz coisas só para me chatear.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
25. Meu filho parece chorar ou fazer birra mais frequentemente que a maioria das crianças.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
26. Meu filho geralmente acorda de mal humor.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
27. Eu sinto que meu filho é muito temperamental e fica chateado facilmente.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
28. Meu filho faz algumas coisas que me incomodam profundamente.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
29. Quando acontece alguma coisa que meu filho não gosta, ele reage vigorosamente.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
30. Meu filho fica aborrecido facilmente com coisas muito pequenas.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
31. Foi muito mais difícil estabelecer horários para o meu filho comer e dormir do que eu esperava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
32. Fazer meu filho começar ou parar alguma coisa é:	1. muito mais fácil do que eu esperava	2. um pouco mais fácil do que esperava	3. tão difícil quanto eu esperava	4. um pouco mais difícil do que esperava	5. muito mais difícil do que eu esperava
33. Pense cuidadosamente e conte quantas coisas o seu filho faz que lhe aborrecem. Exemplos: mostra-se lento, não escuta quando você fala, reage de modo exagerado, chora, interrompe você, briga, faz manha. Faça um círculo no número que corresponde ao número de coisas que você contou:	1. 1 – 3	2. 4 – 5	3. 6 – 7	4. 8 – 9	5. 10 ou mais
34. Tem algumas coisas que meu filho faz, que me aborrecem muito.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
35. Meu filho passou a ser um problema maior do que eu esperava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
36. Meu filho exige mais do que a maioria das crianças.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente

Anexo B**MTA-SNAP IV (Mattos et al, 2006)**

	Nem um Pouco	Só um Pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos de escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exijam esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para as atividades (ex: brinquedos, deveres da escola, livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou com os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a “mil por hora”				
15. Fala em excesso				
16. Responde às perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo, mete-se nas conversas/jogos)				
19. Descontrola-se				
20. Discute com adultos				
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender regras de adultos				
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas				
23. Culpa os outros pelo seus erros ou mau comportamento				
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros				
25. É zangado e ressentido				
26. É maldoso ou vingativo				

Apêndices

Apêndice A



TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: **Estresse e expectativa de futuro em pais de crianças com habilidades**

Caro participante,

Estamos convidando você a participar da pesquisa intitulada “Estresse e metas de socialização de pais de crianças com e sem transtorno do déficit de atenção e hiperatividade”, realizada pelo Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento, da Universidade Federal do Pará. A pesquisa em questão tem como objetivo descrever os níveis de estresse e as metas de socialização de pais de crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Sua **participação é voluntária**, ou seja, você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Caso decida aceitar o convite, você passará por momentos de preenchimento de questionários, com perguntas a respeito de sua criança e perguntas a respeito dos seus dados sócio-demográficos, preenchimento de uma escala de estresse e uma relacionada aos comportamentos de seu filho, com duração, em média de 30 minutos. Além disso, informamos que o tempo estimado para realização da pesquisa é de 72 meses, sendo que o tempo de sua participação é restrito ao período de aplicação dos instrumentos.

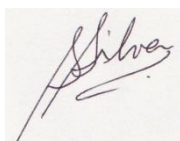
Há **riscos** de você se sentir fragilizado (a) por estar relatando as suas dificuldades. Portanto, caso necessário, você pode ser encaminhado (a) ao serviço de Psicologia da Clínica-Escola da UFPA. Não haverá **benefícios** diretos para você. Entretanto, esperamos que a pesquisa forneça dados importantes que possibilitarão traçar estratégias de manejo comportamental para crianças com TDAH. Os resultados também permitirão a criação de

ferramentas eficazes à diminuição dos níveis de estresse em pais de crianças com esse transtorno.

Todas as informações obtidas serão **sigilosas** e seus nomes não serão identificados em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes. Se houver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Você ficará com uma cópia deste Termo. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar os pesquisadores envolvidos neste estudo pelos telefones (91) 8809-8179 (supervisora – Prof^ª. Dra. Simone Silva); (91) 8127-3050 / 8731-2472 (aluna de mestrado – Profa. Esp. Edimeire Tavernard).

Convido você a tomar parte da pesquisa apresentada. Ressalto que em qualquer momento da pesquisa, será possível interromper sua participação sem qualquer problema ou retaliação, solicita-se apenas que seja avisada sua desistência.



Coordenadora da Pesquisa: Profa. Dra. Simone Souza da Costa Silva

Endereço: Av. Centenário, Cond. Água Cristal, Rua Bejupirá, 39 CEP: 66635-894

Fone: (91) 8809-8179

Pesquisadora: Edimeire Pastori de Magalhães Tavernard

Endereço: Tv. Timbó, 2417, aptº 504, CEP: 66.093-340

Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical/UFPA

Av. Generalíssimo Deodoro, 92. Umarizal. CEP: 66055-240

Fone: 3201-6857

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente, consentindo que as entrevistas sejam registradas e os dados utilizados para análise e discussões científicas.

Belém, ____/____/____

Assinatura do(a) Participante

ApêndiceB

Questionário Sociodemográfico

Nome da criança: _____

Idade da criança: _____ Sexo: F () M ()

Dados Familiares

	() pai () mãe () outros. Quem: _____
Nome	
Idade	
Endereço	
Telefone	
Naturalidade	

Estado civil

1. Casado	() sim () não
2. Separado	() sim () não
3. Solteiro	() sim () não
4. Viúvo	() sim () não
5. Outros	

Número de Filhos

Quantos filhos	
Em caso de divórcio/separação, com que idade a criança com TDAH estava	() Antes do nascimento () Após o nascimento () meses () anos Quantos?

Escolaridade / Grau de instrução

() Sem informação () Analfabeto () Ens. Fund. Inc. () Ens. Fund. Comp. () Ens. Méd.Inc. () Ens. Méd.Comp. () Ens. Sup. Incompleto () Ensino Superior Completo (Curso _____) () Pós Graduação (_____)

Profissão

Ocupação profissional (Qual?)	
Trabalha	() sim () não
Continuou trabalhando após nascimento do filho	() sim () não
Não trabalhava	() sim () não
Parou de trabalhar após nascimento do filho	() sim () não

Fatores Econômicos

1.Renda pessoal - () abaixo do salário mínimo () salário mínimo () de 2 a 3 salários mínimos () acima 3 salários mínimos
2.Renda familiar - () abaixo do salário mínimo () salário mínimo () de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
3. Auxílio financeiro - () sim () não

Moradia

() Casa própria () Casa Alugada () Casa de parentes () Outros

Religião

() Sem informação () Católica () Espírita () Indefinida () Sem religião () Outras. Qual? _____

Diagnóstico

Quem primeiro cogitou a hipótese de TDAH	
Quando recebeu o diagnóstico	
Quem recebeu a notícia	
Quanto tempo depois do diagnóstico a criança recebeu o primeiro atendimento profissional	
Quais profissionais atendema criança	

Sobre a criança

Posição da criança na prole	() 1º filho () 2º filho () 3º filho () 4º filho () outro
Idade da criança quando recebeu diagnóstico	() anos. Quantos? _____
Freqüenta a escola	() sim () não
Que série (ano) está cursando	
Com quantos anos começou a estudar	
Com que freqüência você é chamado à escola para tratar de assuntos referentes à aprendizagem da criança	() eventualmente () a cada bimestre () a cada semestre () mais de 6 vezes ao ano
Já repetiu alguma vez	() sim () não
Já consegue ler	() sim () não
Já consegue escrever	() sim () não
Tem um horário e lugar fixo para estudar em casa	() sim () não
Realiza seus deveres de casa sozinho	() sim () não
Dá informações que foram recebidas no colégio	() sim () não
Com relação aos trabalhos em grupo – é chamado para fazer parte das equipes ou o professor tem que mediar na hora da formação dos grupos	() é chamado pelos colegas para o grupo () o professor media sua entrada no grupo
É cuidadoso com seus materiais escolares	() sim () não

Organiza a mochila, com os materiais corretos, para ir à escola	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Com relação ao lazer, o que seu filho mais gosta de fazer	<input type="checkbox"/> jogar vídeo game <input type="checkbox"/> jogar online no computador <input type="checkbox"/> brincar com os colegas na rua, no playground ou em outras áreas de lazer <input type="checkbox"/> outros _____
Dorme cedo	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Seu filho necessita que você esteja sempre orientando ele, principalmente em questões relacionadas ao seu comportamento ou sua aprendizagem	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Metas de Socialização

1ª	Como você espera que seu (sua) filho (a) quando estiver com 20 anos?
2ª	O que você está fazendo para que isso aconteça?