



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO

Estresse e Rotina em Cuidadores de Crianças com TDAH

Irlana Lessa França

Belém
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO

Estresse e Rotina entre Cuidadores de Criança com TDAH

Irlana Lessa França

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Souza da Costa Silva (UFPA).

Trabalho parcialmente financiado pela CAPES, através de bolsa de mestrado.

Belém
2018

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

F814e França, Irlana Lessa, 1990-
 Estresse e rotina entre cuidadores de crianças com TDAH /
 Irlana Lessa França. — 2018.

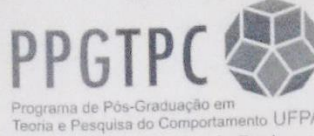
Orientador: Simone Souza da Costa Silva
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de
Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém,
2018.

1. Análise do comportamento. 2. Estresse parental. 3.
Estresse. 4. Cuidadores de crianças - rotina. 5. Transtorno
de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). I. Título

CDD - 23. ed. 155.9042



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - NTPC
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do
Comportamento - PPGTPC
Mail: secretariappgtpcufpa@gmail.com
Site: ppgtpc.proesp.ufpa.br/index.php/br/
Rua Augusto Corrêa n° 01
CEP: 66075 - 110, Guamá, Belém/PA
Fones: 32018542 / 32018476



Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento UFPA
Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA –
Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94 da
Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do
Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

Dissertação de Mestrado

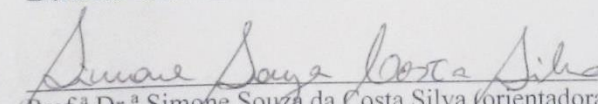
“Rotina e estresse em cuidadores de crianças com TDAH”.

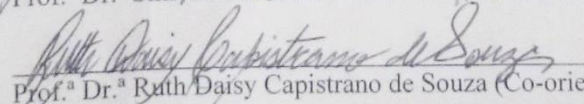
Aluno: Irlana Lessa França.

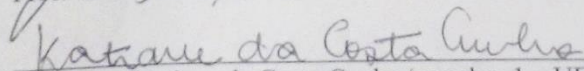
Data da Defesa: 05 de abril de 2018.

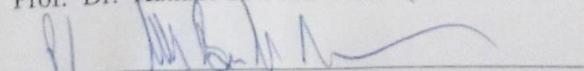
Resultado: Aprovada

Banca examinadora:


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


Prof.^a Dr.^a Ruth Daisy Capistrano de Souza (Co-orientadora – UFPA).


Prof.^a Dr.^a Katiane da Costa Cunha (membro 1 – UFPA).


Prof.^a Dr.^a Ana Flávia Lima Teles da Hora (membro 2 – Universidade CEUMA).

AGRADECIMENTOS

À Deus por não me abandonar por toda a vida e escutar minhas suplicas diária.

Aos meus pais, Adileia e Jorge (in memória), que me deram a oportunidade de vir ao mundo. Em especial, minha mãe que desde os primeiros anos de vida com muita dificuldade após a morte do meu pai conseguiu dá a prole de três filhas condições necessárias para o acesso a educação, afirmando incansavelmente a importância dos estudos para vida.

Ao Miguel, ex-padrasto, junto a minha mãe não mediram esforços para apoiar meu sonho de entrar na universidade dando força para não desistir e acima de tudo os malabarismos econômicos que precisavam fazer diariamente para conseguir manter minha estadia em Belém. Sem vocês, com certeza, não teria alcançado esse mundo encantado que é o conhecimento. Deixo minha eterna gratidão!

Ao Joaquim, o meu primeiro “modelo” acadêmico. Durante os anos de graduação em Psicologia onde convivemos lado a lado, compartilhando os mais diversos sentimentos e dificuldades. E hoje me acompanha, embora distante fisicamente, na longa estrada para conclusão deste mestrado.

Aos meus eternos inspiradores, Simone e Fernando. Não tenho palavras para descrever os meus sentimentos por vocês. Foram os mais perfeitos dos anjos que apareceram na minha vida. As pessoas que me apresentaram a pesquisa, que foram de fundamental importância para a carreira acadêmica e profissional. Que construíram junto comigo asas para possibilitar que chegasse a lugares onde jamais pensei um dia estar. Acreditaram que podia alcançar e ocupar espaços onde nem eu mesma acreditava que seria possível. Peço mil desculpas pelas ausências no último semestre, pelos acordos não cumpridos, mas dedico a vocês os melhores sentimentos que possam existir nesta vida. Preciso dizer, Simone, és muito mais que minha orientadora, és uma “mãe” que prepara

o caminho para que seja o mais brando possível para se caminhar estando ao lado sempre para ajudar a vencer os obstáculos que ainda possam existir.

Ao meu grande amor, Rilson, que nos últimos meses esteve mais presente ao meu lado para tentar impedir que o cansaço não tomasse conta do resto das forças que ainda existiam após um dia inteiro de trabalho. Com muita paciência e sabedoria me ajudou a superar os momentos difíceis, como os desesperados segundos para finalizar a construção da dissertação.

À Patricia Silva, que com seu jeitinho meigo, tranquilo e sempre solícita abdicou de alguns dias de descanso para me ajudar na construção desse sonho. Muito obrigada!

À Ruth Daisy pelas importantíssimas contribuições durante a elaboração e execução desta pesquisa, pelas trocas sobre conteúdo acadêmico e os importantes “papo cabeça” por algumas horas.

Aos amigos do LED que contribuíam com momentos de descontração e de construção do conhecimento científico.

Às parceiras de todos os dias, Dalízia e Ariane, por ajudar a transformar as angústias da nossa prática profissional em momentos de grandes aprendizagens com muita descontração durante nossas viagens pela Baía do Guajará.

Aos amigos do CREAS de Barcarena que conseguem fazer com que meu dia seja mais leve diante de tantas situações dolorosas que atendemos diariamente e, claro, pelas energias positivas enviadas enquanto me ausentava do centro para finalizar esse projeto.

Aos funcionários do CASMUC que possibilitaram a execução desse projeto.

À Dra. Isabel que a cada criança com perfil para esta pesquisa não hesitava em encaminhar. À todos que direta ou indiretamente contribuíram para construção desse gratificante projeto de vida.

Sumário

Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Resumo	
Abstract	
CAPÍTULO I.....	11
O contexto familiar e as manifestações do TDAH	19
Estresse em pais de crianças com TDAH	22
Rotina familiar	27
CAPÍTULO II - OBJETIVO GERAL	30
Objetivos específicos	30
CAPÍTULO III - MÉTODO	31
<i>Participantes</i>	31
<i>Ambiente</i>	31
<i>Instrumentos</i>	32
Roteiro de Entrevista – (Apêndice B)	32
SNAP IV (Mattos et al., 2006) – Apêndice C.....	32
Inventário de Rotina – IR (Silva, 2006) – Apêndice D.....	33
Questionário de Estresse para Pais de crianças com Transtorno de Desenvolvimento- QE-PTD (Friedrich, Greenberg, & Crnic, 1993) – Apêndice E	34
Escala Wechsler de Inteligência para crianças – WISC – IV	34
<i>Procedimentos</i>	35
Análise de dados	37
CAPÍTULO IV – RESULTADOS REFERENTES AOS CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TDAH.....	40
Resultados dos cuidadores de crianças com TDAH	40
Perfil dos cuidadores	40
Rotina dos cuidadores	41
Companhia	46
Estresse de cuidadores de crianças com TDAH.....	48
Estresse e Rotina	49
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO REFERENTE AOS CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TDAH.....	54
CAPÍTULO VI - RESULTADOS SOBRE CRIANÇAS COM TDAH.....	61
Perfil das crianças com TDAH	61
Características cognitivas das crianças com TDAH	64
CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS DE CRIANÇAS COM TDAH	67
CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
Referências	74
Apêndices	81
Apêndice A	82
Apêndice B	83
Apêndice C	86
Apêndice D	87
Apêndice E.....	88

Listas de Tabelas

Tabela 1. Dimensões do QE-PTD e o respectivo ponto médio.	38
Tabela 2. Classificação do QIT e os índices de cada fator do WISC IV.....	39
Tabela 3. Perfil dos cuidadores entrevistados.	40
Tabela 4. Sistema de categorias das atividades realizadas pelos participantes.	42
Tabela 5. Percentual e classificação do nível de estresse por dimensões do QE-PTD...	49
Tabela 6. Distribuição do tempo médio, em minutos, das atividades por níveis de estresse.....	49
Tabela 7. Distribuição do tempo médio, em minutos, das atividades realizadas em prol do próprio cuidador e outros membros da família por níveis de estresse.....	50
Tabela 8. Distribuição do tempo médio, em minutos, das atividades realizadas em prol da criança com TDAH por níveis de estresse.....	51
Tabela 9. Caracterização das crianças.	61
Tabela 10. Outras informações sobre as crianças.....	62
Tabela 11. Quantidade Distribuição das crianças por classificação dos índices fatoriais e QIT do WISC IV.	64
Tabela 12. Comparação do Resultado do SNAP IV e o QIT do WISC IV.	65
Tabela 13. Distribuição da quantidade de crianças segundo classificação do quociente intelectual total por nível de estresse do cuidador.	66

Lista de Figuras

Figura 1: Passo a passo dos procedimentos ético e de coleta de dados.....	35
Figura 2: Tempo médio, em minutos, por grupo de categorias de atividades.....	44
Figura 3. Tempo médio, em minutos, por atividades em prol do próprio cuidador e outros membros da família em geral	45
Figura 4. Tempo médio por atividades realizadas em prol da criança com TDAH.	46
Figura 5. Tempo médio de permanência da companhia por categoria de atividade das atividades em prol do próprio cuidador e membros da família em geral.	46
Figura 6. Tempo médio, em minutos, de permanência da companhia por atividades realizadas em prol do próprio cuidador e/ou outros membros da família.	47
Figura 7. Tempo médio de permanência da companhia em atividades em prol da criança com TDAH.	47
Figura 8. Tempo de permanência das companhias por atividades que os cuidadores realizam em prol da criança com TDAH.....	48
Figura 9. Tempo médio de permanência da companhia por nível de estresse.	52

França, I. L. (2018). *Estresse e rotina em cuidadores de crianças com TDAH*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. 88 pp. Belém, PA - Brasil: Universidade Federal do Pará.

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi avaliar o estresse parental, a rotina de cuidadores de crianças com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e as características cognitivas das crianças. Participaram 23 cuidadores cujas crianças tinham TDAH. Utilizou-se o roteiro de entrevista, SNAP IV, Escala Wechsler de Inteligência para crianças (WISC IV), Questionário de Estresse para Pais de crianças com Transtorno de Desenvolvimento (QE-PTD) e o Inventário de Rotina (IR). Os resultados da rotina mostraram que as atividades realizadas eram em função do próprio cuidador e demais membros familiares, em especial, a criança com o transtorno. As tarefas domésticas, deslocamento, lazer e práticas remuneradas foram às atividades mais frequente em prol de si e dos outros. Nas atividades em prol da criança com TDAH as tarefas com mais tempo eram deslocamento, monitoramento e as tarefas domésticas. O estresse total foi baixo na maioria dos participantes, mas na dimensão de sobrecarga emocional mais da metade apresentou nível de estresse elevado. A avaliação das características cognitivas foi realizada com 13 crianças e revelou o quociente intelectual total (QIT) abaixo da média esperada para idade. A literatura científica sobre o tema corroboram e refutam os achados do presente estudo. Entende-se a importância dos cuidadores para as crianças com TDAH. Sugere-se ampliação da compreensão sobre o tema para os demais membros da família.

Palavras – chave: Estresse; Rotina; Cuidador, TDAH.

França, I. L. (2018). *Estresse e rotina em cuidadores de crianças com TDAH*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. 88 pp. Belém, PA - Brasil: Universidade Federal do Pará.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate parental stress, the routine of caregivers of children with the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder and the cognitive characteristics of children. Additionally, the level of parental stress was related to the children's cognitive characteristics. To this end, 23 caregivers whose children had ADHD participated. We used the interview script, SNAP IV, Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC IV), Stress Questionnaire for Parents of Children with Developmental Disorder (QE-PTD) and Routine Inventory (IR). The results of the routine showed that the activities performed were in function of the caregiver and other family members, especially the child with the disorder. Domestic chores, traveling, leisure, and paid work were the most frequent activities for you and others. In activities for the child with ADHD the tasks with the most time were displacement, monitoring and household chores. Total stress was low in most participants, but in the dimension of emotional overload, more than half had a high level of stress. The evaluation of cognitive characteristics was performed with 13 children and revealed the total intellectual quotient (ITQ) below the expected average for age. The scientific literature on the subject corroborates and refutes the findings of the present study. It is understood the importance of caregivers for children with ADHD. It is suggested to extend the understanding about the theme to the other members of the family.

Key - words: Stress; Routine; Caregiver, ADHD.

CAPÍTULO I

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido considerado pela literatura e pelos profissionais que trabalham com este público como sendo o mais frequente entre crianças em idade escolar (Santos & Vasconcelos, 2010). As investigações focadas na pessoa com TDAH associado ao avanço dos estudos com famílias tem indicado o papel fundamental exercido por este sistema familiar. Apesar dos tratamentos propostos, a relevância da família se justifica uma vez que esta exerce a função de mediadora da pessoa em desenvolvimento com o contexto mais amplo. É na família usualmente onde se processam as relações mais duradouras ao longo da vida do sujeito (Bronfenbrenner, 1996).

O contexto familiar de pessoas com deficiências, com transtornos em geral ou em particular o TDAH, apresentam peculiaridades que precisam ser melhor compreendidas pela comunidade acadêmica e não acadêmica. Em termos gerais é preciso entender o funcionamento destes contextos com vistas a construir estratégias compatíveis com suas necessidades e assim gerar efeitos positivos sobre o desenvolvimento de pessoas com TDAH.

Atualmente existem dois principais sistemas de definição para o TDAH, dentre os quais se encontram a 10ª versão da Classificação Internacional de doenças - CID 10 - da organização mundial de saúde (OMS, 1993) e a 5ª versão do manual de diagnóstico estatístico de transtornos mentais (APA, 2013). Estes são organizados em categorias que aglutinam os sintomas característicos do transtorno e podem ser utilizados por profissionais da área da saúde e pesquisadores.

Na CID 10 o TDAH é definido como um transtorno hipercinético com descrição dos sintomas principais do déficit de atenção e hiperatividade. Já no DSM 5 (APA, 2013)

caracteriza-se como um transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta sintomas persistentes de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade.

Os padrões de desatenção caracterizam-se pela dificuldade da criança em permanecer engajada em uma tarefa por um período prologando de tempo; estas crianças aparentam não ouvir quando as pessoas lhes direcionam a fala; frequentemente, perdem ou esquecem objetos; distraem-se facilmente com estímulos alheios as tarefas; e necessitam de supervisão de outras pessoas para realizar atividades sejam elas acadêmicas ou domésticas (APA, 2013; Barkley & Murphy, 2008; Rohde, Barbosa, Tramontina, Polanczyk, 2000; Silvaes, 2000).

Essas características estão frequentemente presentes em vários momentos da vida da criança e são relatadas por pais e professores durante a realização de demandas que exijam esforço para manter atenção, durante as tarefas escolares sem supervisão de outras pessoas ou mesmo em atividades lúdicas e execução de funções domésticas (Barkley & Murphy, 2008; Ferreira, 2011).

Os sintomas da hiperatividade/impulsividade podem ser percebidos quando a criança realiza várias atividades ao mesmo tempo sem finaliza-las, além de apresentarem-se extremamente inquietas com dificuldades para permanecer sentado por muito tempo, interrompem as pessoas enquanto falam, dificilmente aguardam sua vez e engajam-se em situações de perigo (APA, 2013; Soler & Medina, 2013). Além dessas características, Luizão e Scicchitano (2014) destacam que a manifestação dos sintomas hiperativos em pessoa diagnosticada com TDAH pode se dar através de sintomas físicos e/ou psíquicos, isto é, a criança pode apresentar agitação física constantemente de forma exagerada ou enquanto a pessoa fala a criança muda de assunto. Barkley e Murphy (2008) aborda que os sintomas da hiperatividade estão relacionados à dificuldade de controlar os impulsos e

por isso apresentam movimentos corporais desorganizados desnecessários para a situação.

Outras características descritas na literatura (Desidério & Miyazaki, 2007; Ferreira, 2011) associadas aos sintomas do TDAH são o baixo rendimento acadêmico presente devido à dificuldade de permanecer sentado por um período prolongado de tempo para realizar as atividades, facilidade para distração com os estímulos ambientais (Dorneles et al., 2013; Soler & Medina 2013). Podem apresentar também dificuldades no relacionamento com outras pessoas devido à recusa de seguir instruções, alterações nas funções executivas, responsáveis pelo planejamento das ações, e as constantes interrupções nas atividades lúdicas (Capovilla, Assef & Cozza, 2007).

Soler e Medina (2013) afirmam que comumente o TDAH apresenta comorbidade, dentre as quais se encontram com frequência de mais de 50% dos casos o Transtorno de Conduta (TC) e o Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Estes dados também estão presentes no manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5 – (APA, 2013) com alguns destaques. De acordo com o DSM 5, o TC é mais frequente em crianças com TDAH do tipo combinado. Enquanto que o TOD coexiste com TDAH tanto em crianças como em adolescentes, embora possa variar com a idade e com o ambiente.

Outros transtornos que podem se apresentar na condição de comorbidade ao TDAH com frequência de até 50% são os transtornos de ansiedade, especificamente, de separação, de fobia, de aprendizagem, além do transtorno da coordenação. Com a frequência de menos de 20% estão os transtornos de Tourette, do humor e depressão. Apesar de frequência muito baixa está o transtorno do espectro autista e retardo mental (APA, 2013; Couto, Melo-Junior e Gome, 2010; Dornele et. al., 2013; Feldman & Reiff, 2014; Soler & Medina, 2013; Souza, Serra-Pinheiro, Fortes, Pinna, 2007).

Segundo Oliveira e Dias (2015) a prevalência do TDAH na população brasileira varia entre 5% e 17%. Já os estudos sobre o transtorno de Desidério e Miyazaki (2007), Feldman e Reiff (2014), Fuente, Xia, Branch e Li (2013) e Santos e Vasconcelos (2010), demonstram que a prevalência nacional e internacional do TDAH apresenta-se no intervalo de 3% a 9% entre as crianças em idade escolar sendo mais frequente em meninos. Enquanto que em adultos a taxa apresentada pelo último estudo citado varia de 2,5 a 8%.

Hora, Silva, Ramos, Pontes e Nobre (2015) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de construir um panorama dos estudos sobre prevalência do TDAH em crianças e adolescentes na faixa etária de 3 a 17 anos a nível internacional. O resultado deste estudo indicou que a taxa de prevalência do TDAH variou de 2.7% a 31.3% nos diferentes países em que os estudos foram realizados, dentre os quais se encontra o Brasil com taxa de 6,7% de prevalência do TDAH em crianças e adolescentes na faixa etária de 6 a 17 anos.

Desde os primeiros estudos em relação a este transtorno em 1798 não há consenso sobre sua etiologia, contudo há uma vasta literatura que indica os fatores genéticos, neurológicos e ambientais como prováveis influenciadores das características do TDAH, acreditando-se que sua origem seja multifatorial (APA, 2013; Dorneles et al, 2013; Feldman e Reiff, 2014; Fuente, Xia, Branch & Li 2013; Luizão & Scicchitano, 2014; Ribeiro & Parisi, 2013; Soler & Medina, 2013).

Com o objetivo de investigar o papel da herança genética, Couto et al (2010) realizou um estudo com gêmeos adotados e verificaram que a prevalência do transtorno entre pais e irmãos é de cinco vezes maior do que na população geral. Corroborando com esta ideia Roman, Rohde e Hutz (2002) relataram que independentemente da quantidade dos genes responsáveis pelas características do TDAH presentes nos pais a chance de

transmissão para o filho é 50%. Consideram que os genes responsáveis pelo transtorno estão relacionados aos sistemas dopaminérgicos, noradrenérgico e serotoninérgico.

Nesta perspectiva Couto et al (2012) e Soler e Medina (2013) afirmam que uma das causas de ordem neurológica encontrada na literatura para o TDAH é o déficit nos neurotransmissores. As alterações ocorridas nos neurotransmissores podem estar relacionadas ao déficit cognitivo, alteração na memória de trabalho e no comportamento motor excessivo do indivíduo diagnosticado com TDAH (Soler & Medina, 2013).

Outros aspectos neurológicos encontrados na literatura como fatores desencadeadores do TDAH (Couto et al, 2012; Ferreira, 2011) referem-se à disfunção do lobo frontal, que é responsável pela inibição de comportamento, controle da atenção, planejamento das ações futuras e autocontrole, sendo estas características frequentemente presentes em pessoas diagnosticadas com o TDAH (Soler & Medina, 2013). Corroborando com essa ideia, Capovilla et al (2007) afirmam que distúrbios no córtex pré-frontal e funções executivas estão associadas ao TDHA, desta forma, pessoas diagnosticada com o transtorno tendem a apresentar-se distraídos, impulsivos, desorganizados e esquecidos.

Pesquisas que investigam o papel dos fatores ambientais como elementos que podem desencadear o TDAH destacam o contexto familiar. Pires, Silva e Assis (2012), Ribeiro e Parisi (2013), Soler e Medina (2013) ressaltam o estresse familiar, a falta de limite imposto às crianças, o estilo parental de cuidados presente no contexto familiar, as interações estabelecidas dentro desse contexto assim como o estado de saúde física e psicológica dos pais. Diante de várias evidências, mas sem consenso na literatura no que se refere à etiologia do transtorno, entende-se o TDAH como um fenômeno de natureza neuro - genética - ambiental complexo para ser diagnosticado.

Peixoto e Rodrigues (2008) orientam que durante o processo diagnóstico para o TDAH informações devem ser coletadas junto aos pais e professores, uma vez que os sintomas devem se apresentar em mais de um contexto seja este familiar, escolar e/ou comunitário. Além disso, os sintomas devem estar presentes ainda na infância, antes dos 12 anos de idade (APA, 2013). Embora não esteja determinada a idade mínima para que os sintomas sejam apresentados, Ribeiro e Parisi (2013) afirmam que podem ser percebidos durante a fase de engatinhar onde podem estar presentes ações motoras excessivas e agitação no sono.

A despeito dos métodos utilizados para o diagnóstico, Capovilla et. al. (2007) alertam que apesar de estudos evidenciarem as alterações neurológicas, estas ainda não possuem a função clínica diagnóstica para o TDAH. Ainda segundo os autores e, apesar de pesquisas comparativas de neuroimagem de pessoas com e sem TDAH apresentarem alterações sutis quanto à estrutura e ao funcionamento em diversas áreas do cérebro não são suficientes para o diagnóstico.

Rohde et al, (2000) afirmam que os exames de imagens cerebrais como tomografia e ressonância magnética não determinam o diagnóstico para o transtorno. Além disso, estudos em adultos são frequentemente realizados em busca de associações entre alterações cerebrais que apresentem mais precisão com o TDAH, embora estudos como esses sejam carentes entre crianças (Capovilla et al, 2010). Diante desse quadro o diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico, por isso é de grande importância a experiência clínica do profissional para identificação dos sintomas do transtorno em questão (Bolfer et. al., 2017; Moreira, 2017).

Para tanto o DSM 5 (APA, 2013) orienta que para ser diagnosticado com TDAH a pessoa deve apresentar no mínimo seis sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade descritos no manual e ser persistentes por pelo menos seis

meses. Além disso, deve gerar prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional, portanto, é de extrema importância que durante o processo de avaliação as pessoas que façam parte desses ambientes rotineiramente possam ser acessadas com a finalidade de coletar informações que auxiliem no parecer avaliativo.

Ainda segundo o DSM 5 (APA, 2013) a pessoa pode apresentar os sintomas de déficit de atenção concomitantemente com os sintomas de hiperatividade, nesse caso poderá ser classificado como TDAH do tipo combinado. Ou se houver prevalência de uma das categorias diagnóstica (desatenção ou hiperatividade/impulsividade) será do tipo predominantemente desatento ou hiperativo/impulsivo. Poderá ser classificado ainda quanto à gravidade dos sintomas que podem ser leve, moderado ou grave. Esta classificação dependerá da frequência de sintomas excedentes a quantidade mínima exigida pelo DSM 5 e a intensidade dos prejuízos causados pelos sintomas na vida do indivíduo (APA, 2013).

Durante o processo de diagnóstico deve ser levada em consideração a presença de sintomas característicos de outros transtornos que podem estar presentes e causar dúvidas no diagnóstico. Portanto, devem ser excluídos os prováveis sintomas característicos do TDAH presentes em outros transtornos, por exemplo, transtorno do desenvolvimento, transtorno de ansiedade, transtorno do humor, transtorno opositor desafiante (APA, 2013; Soler & Medina, 2013). Luizão e Scicchitano (2014) ressaltam a importância de um adequado diagnóstico para que o tratamento seja eficaz.

Dentre as formas de tratamento para o TDAH destacam-se o uso de fármacos, terapias de modo geral ou ainda a combinação desses dois métodos. O medicamento mais comum no tratamento de TDAH tem sido psicoestimulantes (Metilfenidato) e os antidepressivos (Moreira et. al., 2017; Santos & Vasconcelos, 2010). A literatura científica mostra que crianças com TDAH que fizeram uso de Metilfenidato tiveram

redução nos sintomas do TDAH e melhorado aspectos neuropsicológicos (Bolfer et. al., 2017).

Além disso, intervenções no contexto familiar e escolar de crianças com TDAH têm mostrado resultados eficazes para alterações comportamentais e a interação com outras pessoas (Barkley, 2008; Feldman & Reiff, 2014; Silvaes, 2000; Soler & Medina, 2013). Feldman e Reiff (2014) e Soler e Medina (2013) indicam que o tratamento mais eficaz para o TDAH atualmente consiste no uso de medicamento associado a intervenções comportamentais. Os primeiros autores afirmam ainda, que as intervenções não farmacológicas foram introduzidas ao tratamento do transtorno devido ao fato de que os efeitos dos medicamentos nos últimos 50 anos não produziram mudanças substancialmente consistentes.

Fonseca, Muszkat e Rizutti (2012) realizaram avaliação neuropsicológica de uma criança com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade do tipo combinado segundo o DSM 5, com o transtorno desafiante opositor associado ao TDAH, sintomas depressivos e dificuldades para aprendizagem. O tratamento estabelecido foi de orientação na escola, à família, e intervenção psicológica e medicamentosa com a própria criança. A duração foi de seis meses e seus resultados mostraram mudanças expressivas no comportamento da criança em relação às habilidades acadêmicas bem como na interação social no ambiente familiar e escolar.

Quanto à intervenção familiar destaca-se a terapia, o treinamento familiar para resolução de problemas e treinamento de pais (Silvaes, 2000; Soler & Medina, 2013). Barkley, (2008), Serra-Pinheiro, Guimarães e Serrano, (2005), e Weber, (2014) ressaltam a eficácia e efetividade de intervenções junto à família para prevenção e diminuição de comportamentos inadequados, problemas de relacionamento, psicológicos e emocionais no contexto familiar, mais especificamente, no tratamento de comportamentos

relacionados aos transtornos disruptivos como o TDAH, transtornos de conduta e o transtorno opositor desafiador.

Nesse sentido, estudos como de Pinheiro et al (2006) mostram que intervenções como essas influenciam na qualidade de vida do próprio cuidador, haja vista que tem sido possível identificar a diminuição do estresse decorrente do relacionamento com o filho.

O contexto familiar e as manifestações do TDAH

O contexto familiar constitui um ambiente de destaque, uma vez que neste se inicia as primeiras formas de interação promotoras de desenvolvimento social, cognitivo e afetivo (Bronfrenbrenner, 1996; Kunrath & Wagner, 2009). A aprendizagem adquirida no contexto familiar fornece à criança os elementos básicos para a interação em outros contextos. Guilherme et al, (2006), Banadio e Mori (2013) afirmam que conviver com uma criança que apresenta as características do TDAH, principalmente, a hiperatividade é um fator que pode desestruturar a família.

A família se constitui como um sistema na medida em que seus membros estabelecem relações recíprocas e interdependentes de modo que alteração em uma de suas partes acarreta implicações nas outras partes. Este sistema é constituído por subsistemas, conjugal, parental e fraternal (Bucher, 1991) e são compostos por indivíduos ou díades no grupo e podem se formar em função de geração, sexo, interesse ou por função (Silva, 2006; Henn & Sifuentes, 2012). Dentre os subsistemas familiares destaca-se o parental, uma vez que a este é atribuído a função de promover um contexto favorável ao desenvolvimento da geração mais jovem. Este por sua vez pode ser formado pelos pais ou pela pessoa que exerce tal função.

Rotineiramente no contexto familiar de pessoas com TDAH estão presentes os fatores de risco e proteção que segundo Silva, Nunes, Betti e Rios (2008) apresentam relação positiva com o surgimento ou agravamento dos sintomas externalizantes

referentes ao TDAH. Esses fatores podem ser tanto as características parentais quanto da própria criança.

Dentre os fatores acima mencionados relacionados aos pais encontram-se os conflitos conjugais entre pais e filhos, habilidades parentais, depressão parental, nível educacional, índice de estresse, quantidade de membros familiares convivendo no mesmo espaço físico, questões financeiras, saúde física e psíquica, em especial, os transtornos psiquiátricos e as práticas educativas. Além disso, a idade, o temperamento, dificuldades neurofisiológicas, a presença de transtorno de conduta, o desempenho acadêmico e intelectual da criança também pode influenciar no desenvolvimento da própria criança (Bellé et al, 2009; Ferriolli, Marturano e Puntel, 2007; Kunrath & Wagner, 2009; Pires et al, 2012).

Ademais, destaca-se as alterações no ambiente familiar, uma vez que as relações entre os membros familiares se mostram mais conflituosas do que em famílias que não tem crianças com TDAH (Kunrath & Wagner, 2009). O intenso conflito intrafamiliar pode gerar formas coercitivas de correção de comportamentos inadequados dos filhos, demonstrando a desestruturação do ambiente familiar agravando ainda a instabilidade das relações familiares (Guilherme, Mattos, Serra-Pinheiro, Regalla, 2007; Pires et al, 2012).

Barkley (2002) compreende que as interações de crianças com TDAH diferem dependendo do comportamento dos membros da família. Bellé et al (2009) afirmam que crianças com TDAH são mais obedientes aos pais, o que pode estar relacionado à prática educativa utilizada por eles, haja visto que frequentemente utilizam punição imediata às condutas da criança e sua força física pode ter o efeito de intimidá-las (Pires, Silva & Assis, 2012).

Pires et al (2012) alertam quanto ao uso de punição física para disciplinar crianças com TDAH, uma vez que a literatura utilizada pelos autores mostra que os sintomas

característicos da hiperatividade estão relacionados aos castigos físicos sofridos pela criança. Em relação à interação entre irmãos e a criança com TDAH, os autores no estudo que analisou fatores associados ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças, identificaram que as brigas físicas ou verbais entre eles mostraram-se associadas ao TDAH. Identificaram ainda, agressões entre o pai e mãe relacionadas ao TDAH, embora a análise estatística não apresentasse como sendo esta significativamente relevante. Corroborando com esses dados Grych et al. (1992) sugeriram que a presença de conflitos hostis e agressivos entre os pais estariam mais relacionados a problemas externalizantes, como o TDAH.

Levando em consideração que o ambiente pode influenciar no desencadeamento de comportamentos característicos do TDAH, entende-se que viver em ambiente familiar disfuncional se torna um fator de risco já que aumenta a vulnerabilidade da criança em desenvolver ou agravar os sintomas do transtorno. Desta forma, enfatiza-se a importância de intervenções neste contexto.

Por outro lado, estudos encontrados na literatura afirmam que a presença de pessoas com desenvolvimento atípico pode alterar o equilíbrio do ambiente familiar comprometendo o desenvolvimento de seus membros, uma vez que, uma criança com alteração no desenvolvimento demanda mais cuidados e com isso aumenta a sobrecarga do cuidador, que em geral, é a mãe (Henn & Sifuentes, 2012). Ainda segundo os autores, o nascimento de uma criança com necessidades especiais pode ser considerado um dos fatores que elevam o nível de desarmonia e divórcio entre o casal.

Reforçando essa ideia o estudo realizado por Craig et al (2016) associou o nível de estresse parental a problemas emocionais e comportamentais e a incapacidade intelectual da criança. Os resultados indicaram que a experiência de cuidados a crianças

com alteração no desenvolvimento apresentam altos níveis de estresse e que pode aumentar dependendo da gravidade dos sintomas.

Estresse em pais de crianças com TDAH

A literatura científica aponta que o conceito de estresse é alvo de estudos desde a antiguidade, mas somente no início do século XX o estresse passou a ser reconhecido como um fenômeno de interação entre corpo – mente (Oliveira, 2006). Isso se deu em função do conceito de homeostase formulado pelo fisiologista Cannon em 1929.

A partir desse momento outros médicos se debruçaram para compreender esse fenômeno. Em 1936 o canadense, Hans Selye, ampliou os trabalhos do fisiologista afirmando que seriam necessárias respostas orgânicas para adaptação frente a acontecimentos psicológicos e fisiológicos, denominando de síndrome de adaptação geral ou síndrome do estresse (Santos & Castro, 1998).

Para compreender melhor as reações orgânicas frente aos fatores de estresse, Selye (1959) fez experimentos com animais e observou pessoas em condições de estresse. Concluiu que este fenômeno poderia ser caracterizado em três fases: 1 - reação de alarme, 2 - resistência e 3 - exaustão.

Na primeira fase o sistema nervoso central seria ativado mobilizando os recursos orgânicos para enfrentar o evento estressor. Na segunda, o corpo se mantém ativo para o combate, nesse momento há tentativa de se adaptar ao fator estressante, caso não seja superado e o quadro seja mantido é possível perceber comprometimento das funções orgânicas e o organismo se torna mais vulnerável aos problemas de saúde. A terceira fase é identificada quando persistido o evento estressor e o organismo não consegue superar, começa a apresentar um esgotamento das reservas energéticas e da capacidade de enfrentamento, podendo chegar a óbito (Oliveira, 2006; Santos & Castro, 1998).

Na atualidade o modelo trifásico do estresse proposto por Selye foi revisado por Lipp (2003) que identificou a quarta fase do estresse, a qual nomeou de quase exaustão. Essa foi inserida entre a fase de resistência e exaustão do modelo trifásico e caracteriza-se pelo enfraquecimento do organismo com o aparecimento de doenças devido a pessoa não conseguir se adaptar ou resistir ao evento estressor (Malagri & Friorito, 2006).

Santo e Castro (1998) afirmaram que o estresse pode ser compreendido a partir de uma concepção psicofisiológica, na qual diante de eventos estressores a pessoa pode apresentar sintomas tanto físicos quanto psicológicos. Por exemplo, as emoções, alterações cardíacas e secura da boca apresentadas diante de eventos altamente estressantes. Desta forma, entende-se o estresse como um fenômeno de caráter físico e psicológico, que consiste na quebra do equilíbrio interno causada por agentes estressores caracterizados por qualquer evento ou estímulo ambiental que pode exigir esforço para superação (Faria, 2011, França et al, 2013).

Trata-se de uma reação normal do indivíduo frente à quebra da homeostase do organismo e que se o evento estressor perdura por um longo período pode afetar a qualidade de vida e provocar disfunções de caráter físico e psicológico (Sadir, Bignotto & Lipp, 2010). Dentre os produtos do estresse a nível patológico Sadir et al (2010) destacam a desmotivação, irritabilidade, impaciência, dificuldades interpessoais, relações afetivas conturbadas, divórcios e doenças físicas variadas.

São inúmeros os fatores preditores do estresse como apontam Bellé et al (2009) e Sadir et al (2010) que variam desde fatores externos à pessoa quanto fatores internos. Dentre os fatores externos, os primeiros autores indicam que os cuidados dispensados à criança com TDAH exigem mais adaptação psicossocial pra quem cuida devido às características de desatenção e hiperatividade/impulsividade apresentada pela criança. Enquanto que os segundo autores destacam dentre os fatores internos à pessoa, a falta de

assertividade para resolver as situações. Corroborando com estes estudos Carig (2016) frisa que o comportamento problema das crianças tem exercido a função de preditor do estresse parental.

Desta forma entende-se que a relação de cuidado pode se apresentar como fonte de estresse para o cuidador. Nesse sentido vale destacar a definição de estresse parental de Abidin (1995), quando afirma que se trata de reações negativas diante das atividades que envolvem a parentalidade.

Estudos como (Vázquez et. al., 2016) ratificam as especificidades dos cuidados e os comportamentos das crianças são geradores de estresse dos cuidadores. Estes autores analisaram o estresse de pais de crianças e adolescente sem diagnóstico, entre dois e 17 anos de idade, antes e depois de uma intervenção que visava desenvolver habilidades parentais para a família. Nos achados do estudo, os autores, afirmam que os pais desenvolveram estilo parental positivo e o estresse foi reduzido após a participação no programa intervenção.

Além disso, Oliveira (2017) no estudo que objetivou descrever a percepção de cuidadores pobres em relação ao estresse vivenciado no exercício da parentalidade reforçou a ideia de que a tarefa de cuidar de crianças e adolescente seja estressante, haja visto que, o índice de estresse encontrado entre os participantes foi considerado alto. Quando comparado características socioeconômicas com o nível de estresse, foi identificado que as duas variáveis estavam diretamente relacionadas.

É possível perceber que a tarefa de cuidar de crianças tem impacto na vida de seus cuidadores, mesmo naquelas famílias onde as crianças não apresentam alteração no desenvolvimento. Contudo, acredita-se que cuidar de crianças com alteração no desenvolvimento como as crianças que apresentam deficiência ou transtorno no desenvolvimento seja mais danoso, haja visto que além da necessidade específica de cada

criança ainda há as dificuldades quanto as habilidades necessárias para cuidar dessas crianças.

Nesse sentido, Faria e Cardoso (2016) compararam o nível de estresse e os possíveis preditores de estresse em grupos de cuidadores de crianças com e sem o TDAH. Os resultados mostraram que o nível de estresse no grupo de cuidadores de crianças com TDAH foi significativamente maior, demonstrando que o nível de estresse desses cuidadores é maior comparado dos cuidadores de crianças sem o TDAH. Além disso, o convívio e o cuidado com a criança foram mais significantes no grupo de cuidadores de crianças com TDAH comparado ao outro grupo.

Em famílias de criança com paralisia cerebral, Freitas (2014) investigou preditores do sofrimento psicológico em 122 mães de crianças com essa deficiência. Constataram que mais da metade dos cuidadores tinham níveis significativos de estresse e que este, apresentou correlação negativa com a idade da criança e positiva com a severidade da deficiência da criança.

Faria (2011) cita que existem inúmeras formas de lidar com os eventos estressantes dentre as quais estão a eliminação dos estímulos ambientais produtores do desequilíbrio, desenvolver habilidades de superação das condições adversas, evitar o acúmulo de eventos que podem eliciar o estresse e manter-se relaxado e distraído.

O impacto desse transtorno à família pode ser percebido de várias formas, dentre as quais estão: a condição financeira, já que o tratamento apresenta custos dispendiosos aos responsáveis. A saúde dos cuidadores também pode ser afetada, uma vez que estudos sobre o tema mostram o aumento do nível de estresse desses cuidadores (Ferriolli et al, 2007). Pereira, Araújo e Mattos (2005) afirmam que estudos realizados por Barkley e seus colaboradores em 1990 e 1991 demonstraram que pessoas diagnosticadas com

TDAH e que apresentavam o TOD como transtornos coexistentes experienciavam relações familiares mais conflituosas e maior estresse psicológico materno.

Ferriolli et al (2007) ao associarem o contexto familiar ao risco de transtornos emocionais/comportamentais em famílias inscritas no Programa Saúde da Família, identificaram que o estresse materno está relacionado a problemas de saúde mental em crianças. As autoras afirmaram ainda, que os sintomas do déficit de atenção e hiperatividade foram associados à instabilidade financeira, à quantidade de atividades realizadas durante o tempo livre bem como a delimitação de horários para realização das tarefas presentes na rotina. Chegando à conclusão de que estes fatores podem assumir a função de eliciar comportamentos externalizantes inadequados da criança.

Bellé et al, (2009) comparou o estresse parental em grupos de mães de crianças com TDAH do tipo combinado, com TDAH combinado coexistindo com o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e de crianças com desenvolvimento típico. Foi identificado que não há diferença estatisticamente significativa do estresse entre os grupos, contudo o estresse relacionado à sobrecarga emocional foi maior no grupo de mães de crianças com desenvolvimento atípico demonstrando que esse grupo apresenta mais preocupações relacionadas à criança.

Os autores identificaram ainda os sintomas da hiperatividade como os principais preditores do estresse no grupo de mães de crianças com o transtorno de forma que a exposição da criança aos sintomas pode aumentar a atenção materna. Além disso, a dificuldade de controlar o filho pode expor às mães a condição de fracasso e, conseqüentemente, a frustração. Boyce et al (1983) apresentam um modelo teórico sobre como as mudanças ocorridas no ambiente familiar podem se tornar um fator preditivo do estresse. Os autores citam um estudo realizado com famílias de crianças afetadas por doença respiratória acompanhadas pela equipe de pesquisa durante um ano e concluíram

que o estresse ocasionado no ambiente familiar em decorrência do estado de saúde das crianças pode ser mediado pela rotina familiar.

Rotina familiar

Rotina familiar é definido por Boyce et al (1983) como padrões comportamentais que ocorrem com certa estabilidade entre dois ou mais membros da família durante a semana. Freire et al (2013) e Silva e Pontes (2016) ressaltam a importância de estudar a rotina de famílias, haja visto que esta revela informações do contexto familiar que atuam favorável ou desfavoravelmente para o desenvolvimento de seus membros.

Em estudo realizado por Ferriolli et al (2007) com crianças entre 6 e 12 anos e seus cuidadores foi identificado problemas de saúde mental em crianças e estes foram relacionados à organização da rotina familiar. A quantidade de atividades que as crianças executavam durante o tempo livre influenciava no seu estado de saúde, isto é, quanto maior o número de atividades que preenchiam o tempo livre da criança menor era a presença de problemas de saúde mental. Os autores identificaram ainda outros aspectos da rotina que contribuíam para a diminuição dos sintomas de problemas de saúde mental, especificamente, da ansiedade/depressão e do TDAH, dentre os quais estavam: a definição do horário e o tempo de duração estabelecido para a realização de cada atividade. Desta forma percebe-se a importância de uma rotina familiar que proporcione melhores condições ambientais promotoras de desenvolvimento e prevenção da qualidade de vida de seus membros.

Ainda sobre os efeitos da rotina familiar sobre a criança uma pesquisa realizada por Freire et al (2013) investigou a rotina acadêmica de 30 crianças ribeirinhas beneficiárias do programa social do governo federal – bolsa família. Os pesquisadores encontraram que durante o dia as crianças realizaram atividades de rotina familiar não diversas dos adultos e mais de 40% delas não tinham companhia durante a execução das

atividades. Já no que diz respeito às atividades intelectuais verificou-se que as crianças, embora assíduas nas escolas, realizavam poucas atividades acadêmicas fora do contexto escolar (dever de casa e leitura). Esses dados alertam para importância da organização do tempo livre da criança ribeirinha como forma de promoção de conhecimento formal.

A rotina familiar com foco nas atividades, companhias e tempo de mães de crianças com paralisia cerebral foi investigada por Silva e Pontes (2016). Foram participantes deste estudo três mães de crianças. Os resultados mostraram que as atividades realizadas rotineiramente pelas participantes foram estruturadas a partir das necessidades de cuidados básicos ao filho com deficiência. Além disso, os dados revelaram que as crianças com deficiência foram a principal companhia das participantes na maioria das atividades realizadas, sendo a casa o local onde passam quase a totalidade do tempo. Os achados deste estudo ratificam a importância do contexto familiar para o desenvolvimento dos seus membros.

Outro estudo realizado no Brasil sobre o tema rotina familiar foi o de Silva e Cavalcante (2015), as autoras descreveram a rotina de três famílias de crianças adotadas com alteração no desenvolvimento. Estas famílias apresentavam alto nível socioeconômico e de escolaridade, sendo as atividades realizadas com mais frequência: descanso, escola, alimentação/higiene, assistir televisão e lazer. Foram identificadas ainda interações favoráveis à consolidação dos vínculos entre os membros familiares sejam entre as mães e os filhos com necessidades especiais ou entre os irmãos. Além disso, identificaram que as atividades, o tempo, a companhia e o ambiente variavam em função das características das crianças que apresentavam deficiência e pelas características econômicas das famílias.

Os estudos evidenciam o quanto a rotina familiar contribui de forma positiva ou negativa para o desenvolvimento dos membros familiares, uma vez que quando

estruturada com atividades promotoras de desenvolvimento evita ou ameniza problemas de saúde, incluindo os transtornos psiquiátricos e problemas comportamentais (Ferriolli et al, 2007).

Levando em consideração que os cuidados dispensados rotineiramente as crianças com TDAH podem interferir no nível de estresse do cuidador, o presente estudo teve como objetivo avaliar as referidas variáveis em cuidadores de crianças com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e as características cognitivas das crianças.

CAPÍTULO II - OBJETIVO GERAL

Avaliar o estresse parental, a rotina de cuidadores de crianças com suspeita ou diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e as habilidades cognitivas das crianças.

Objetivos específicos

Caracterizar cuidadores de crianças diagnosticadas com TDAH;

Identificar aspectos da rotina do cuidador de crianças com TDAH;

Avaliar o índice de estresse parental de cuidadores de crianças com suspeita ou diagnóstico de TDAH;

Caracterizar crianças com TDAH;

Avaliar habilidades cognitivas de crianças com TDAH;

Relacionar os índices de estresse com aspectos rotina de cuidadores de crianças com TDAH;

Relacionar os índices de estresse com habilidades cognitivas de crianças com TDAH.

CAPÍTULO III - MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 23 cuidadores cujas crianças tinham suspeita ou diagnóstico de TDAH, idade entre seis e 12 anos e em acompanhamento, no período de maio a agosto de 2017, no ambulatório de desenvolvimento do Centro de Atenção a Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Pará (CASMUC). Foram selecionados os principais responsáveis por prover cuidados a criança.

Dentre os cuidadores, 78,3% se declararam mães biológicas, 4,3% mães adotivas, 13% avó e 4,3% avô. A idade dentre eles variou de 26 a 70 anos. Observa-se que 43% tinham concluído o ensino médio, 17,4% com o ensino fundamental incompleto e 17,4% haviam concluído o ensino superior. Quanto a ocupação 56,5% afirmaram que eram donas de casa.

Foram excluídos os cuidadores que não atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, que relataram em algum momento da vida ter recebido diagnóstico psiquiátrico ou estivessem fazendo uso de medicamentos psicotrópicos, e/ou que fossem remunerados por prover cuidados à criança com TDAH.

Ambiente

A coleta de dados ocorreu em salas do CASMUC que apresentavam condições físicas e climáticas adequadas para entrevista dos participantes e avaliação cognitiva da criança.

O CASMUC é um centro da faculdade de medicina da Universidade Federal do Pará, inaugurado em dezembro de 2012, para prestar serviço de atendimento médico aos pacientes encaminhados através da rede de atenção básica e hospitalar. No período de realização desta pesquisa os atendimentos disponibilizados eram: ginecologia-obstetrícia,

pediatria, alergista pediátrica e gastropediatria. A equipe era composta por médicos, enfermeiros, técnicos administrativo, residentes e acadêmicos do curso de medicina.

O espaço dividia-se em dois pavimentos: no primeiro há a recepção, sala de espera, sala da enfermagem, sala do serviço social, copa, 12 consultórios e dois banheiros; no segundo pavimento há 5 salas de aula, sala dos professores e sala da coordenação do espaço.

Instrumentos

Roteiro de Entrevista – (Apêndice B)

Este roteiro foi elaborado com o objetivo de obter informações sociodemográficas, sobre o diagnóstico da criança, bem como aspectos relacionados ao manejo comportamental das mesmas. Estruturou-se em duas sessões: 1) corresponde aos dados de caracterização familiar, permitindo coletar informações como nome, idade, escolaridade, estado civil, renda pessoal e familiar, ocupação, religião, configuração familiar, etc. relacionadas ao cuidador principal e seu cuidador secundário (se houver) 2) refere-se aos dados de caracterização da criança sendo constituída de questões quanto ao nome, idade, sexo, escolaridade; informações características do transtorno e o relacionamento familiar estabelecido, incluindo a descrição da situação em que o cuidador apresenta mais dificuldade para manejar o comportamento da criança.

SNAP IV (Mattos et al., 2006) – Apêndice C

O SNAP IV foi utilizado como um instrumento de rastreamento dos sintomas do TDAH. Este foi construído com base nos critérios diagnósticos referentes ao TDAH e o transtorno oppositor desafiador da 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 4). Trata-se de um questionário de domínio público, traduzido para língua portuguesa por Mattos et al. (2006) com versão para pais/mães e professores. Constitui-se por 26 itens dos quais, os nove primeiros correspondem aos sintomas de

desatenção, enquanto que os de 10 a 18 estão relacionados aos comportamentos característicos da hiperatividade/impulsividade. Os demais itens da escala são equivalentes às características do Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Levando em consideração o objetivo desse estudo serão considerados apenas os 18 itens iniciais deste instrumento que caracterizam o TDAH.

Cada item da escala pode ser classificado de acordo com a frequência com que os comportamentos da tríade (desatenção, hiperatividade e impulsividade) são apresentados pelas crianças. Assim, os itens foram classificados pelos cuidadores em: “nenhum pouco”, “só um pouco”, “bastante” e “demais”. Esta escala permite classificar o TDAH em três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente impulsivo/hiperativo e do tipo misto ou combinado. Se houver pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” nos itens que caracterizam a desatenção (1 a 9), indica-se que a criança apresenta mais sintomas de desatenção do que o esperado, assim pode-se afirmar que a criança apresenta o TDAH do tipo predominantemente desatento. O mesmo critério é utilizado para os itens que caracterizam a impulsividade/hiperatividade (10 ao 18), o TDAH será classificado do tipo impulsivo/hiperativo. Se atendido os critérios para classificação tanto para desatenção quanto para impulsividade/hiperatividade, o TDAH será do tipo misto (Marcon, Sardagna & Schussle, 2016; Mattos et al, 2006).

Inventário de Rotina – IR (Silva, 2006) – Apêndice D

Para a investigação da rotina parental foi utilizado o Inventário de Rotinas (IR) 2ª versão (Silva, 2006; Silva et al. 2010), que está organizado em uma planilha, na qual identificavam-se as atividades, local, companhia, duração e observações complementares. Neste estudo foram utilizadas as informações correspondentes as atividades, duração e a

companhia, sendo desconsiderado o período do dia (manhã, tarde e noite) em que cada atividade era realizada como descrito na versão original do instrumento.

Questionário de Estresse para Pais de crianças com Transtorno de Desenvolvimento- QE-PTD (Friedrich, Greenberg, & Crnic, 1993) – Apêndice E

Este instrumento avalia o estresse dos pais de crianças com transtornos do desenvolvimento e foi adaptado para o Brasil por Freitas et al., (2005). A versão adaptada possui 32 itens que são respondidos com as opções de verdadeiro ou falso, distribuídos em quatro fatores: (a) Sobrecarga Emocional (preocupação com o futuro da criança, tensão e ressentimento na família); (b) Restrições Comportamentais (limitações da criança na execução de tarefas e preocupação dos pais); (c) Pessimismo (interpretação familiar do problema da criança); e, (d) Incapacidades da Criança (incapacidades associadas ao transtorno da criança).

Escala Wechsler de Inteligência para crianças – WISC – IV

Trata-se de uma bateria de testes que tem como objetivo a avaliação cognitiva de crianças entre 6 anos e 16 anos e 11 meses de forma individual. Dentre os aspectos cognitivos avaliados pela escala estão a compreensão verbal, organização perceptual, memória operacional e velocidade de processamento. Essas habilidades são avaliadas através de 15 subtestes, sendo 10 principais e cinco suplementares (Wechsler, 2013).

Para avaliação do índice de compreensão verbal (ICV) são três subtestes principais (semelhanças, vocabulário e compreensão) e dois testes suplementares (informação e raciocínio com palavras). O índice de organização perceptual (IOP) é avaliado por três subtestes principais (cubos, conceitos figurativos, raciocínio matricial) e um suplementar (completar figuras). Em relação ao índice de memória operacional (IMO) dois dos subtestes são principais (dígitos e sequência de números e letras) e um suplementar (aritmética). Os subtestes principais (código e procurar símbolos) e o

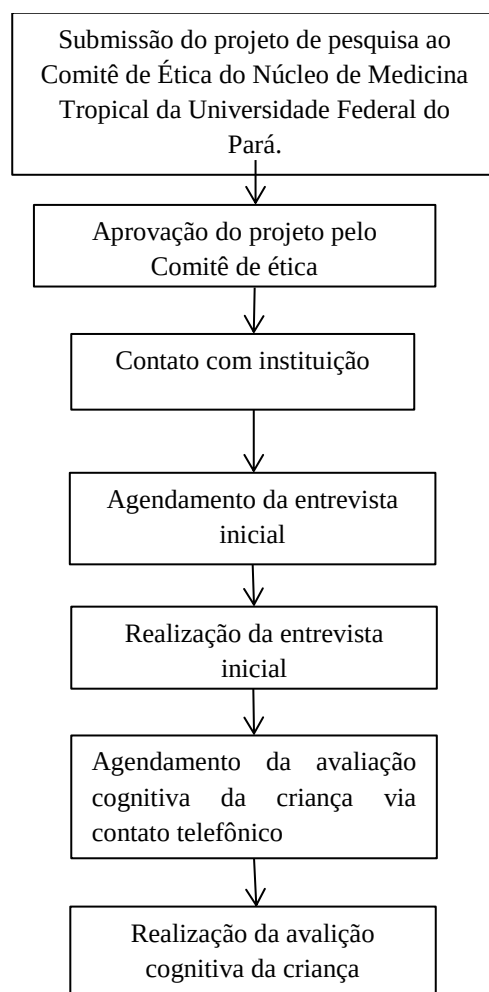
suplementar cancelamento avaliam o índice velocidade de processamento da criança – IVP - (Wechsler, 2013).

Neste estudo a 4ª edição do WISC foi aplicada com o objetivo de avaliar cognitivamente crianças com TDAH. Durante a aplicação seguiu-se orientações descritas no manual de instrução para aplicação e avaliação do instrumento, desta forma utilizou-se os 10 testes principais e quando as crianças não apresentavam requisitos mínimos pra aplicação do subteste principal, o subteste suplementar era utilizado para substituir o principal (Wechsler, 2013).

Procedimentos

Para melhor apresentar esta sessão a figura 1 apresenta os procedimentos éticos e de coleta de dados.

Figura 1: Passo a passo dos procedimentos ético e de coleta de dados.



Este estudo foi vinculado a um projeto amplo, intitulado cuidadores de pessoas com TDAH: suas percepções, rotina, estresse e autoeficácia parental - uma proposta de intervenção, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará com protocolo de aprovação 2.051.363.

Em seguida, contatou-se a direção do Centro de Atenção a Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) da Universidade Federal do Pará. Nesse momento foi destacado o objetivo da pesquisa, o perfil dos participantes e solicitado o encaminhamento das pessoas atendidas pelos serviços que atendessem os critérios de inclusão para o estudo (cuidar de crianças de 6 a 12 anos com suspeita ou diagnóstico do TDAH).

No CASMUC eram atendidas as crianças referenciadas da rede do Sistema Único de Saúde. O primeiro atendimento ocorreu no ambulatório de desenvolvimento, onde eram avaliados pelos médicos pediatras responsáveis pelo serviço e caso se adequassem aos critérios de inclusão eram encaminhados a equipe de pesquisa que agendava a entrevista inicial. As entrevistas ocorreram em uma sala disponibilizada pela direção do CASMUC.

Aos cuidadores encaminhados para o estudo eram apresentados os objetivos e a estrutura do projeto. Em seguida o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) era lido e assinado pelo cuidador autorizando a coleta de dados propriamente dita.

Esta fase iniciou com a aplicação dos instrumentos pelos pesquisadores na seguinte ordem: roteiro de entrevista inicial, SNAP-IV, IR e QE-PTD. Em geral a aplicação dos instrumentos durava aproximadamente 120 minutos, variando entre uma ou duas entrevistas em dias diferentes para cada participante.

O pesquisador realizou a leitura dos itens que constituíam o Roteiro de entrevista inicial e registrava as repostas dos participantes. Na sequência, as afirmativas do SNAP-

IV eram expostas aos cuidadores e respondiam a frequência com que as crianças apresentavam os sintomas do TDAH.

Durante a aplicação do IR foi solicitado ao cuidador informações da rotina (atividade, local e companhia) que realizava durante a semana, enfatizando os momentos com a criança alvo desta pesquisa. Solicitou-se que o cuidador respondesse aos itens do instrumento pensando em um dia de segunda a sexta em que suas atividades mais se repetissem. Desta forma foi possível representar a rotina semanal do cuidador, sendo excluído o sábado e domingo, pois não representavam um dia típico da semana. Em seguida requeria-se aos participantes que pensassem nas atividades que realizara no dia selecionado desde ao acordar até o momento de dormir e relatasse cada uma delas.

Após o registro dessas informações, era solicitado ao cuidador que respondesse o tempo (duração) de realização para cada atividade, a companhia e o local de cada atividade.

Para aplicação do QE-PTD seguiu-se orientações do próprio instrumento. O pesquisador lia os itens da escala e o participante deveria responder se a afirmativa era verdadeira ou falsa considerando sempre a criança com TDAH.

Após finalizar a aplicação dos instrumentos os participantes foram contatados via telefone para agendamento da avaliação cognitiva das crianças. Nesta aplicava-se o WISC- IV. Atendendo as orientações sobre aplicação do teste, as avaliações ocorreram em no máximo dois encontros com intervalo de uma semana entre eles.

Análise de dados

Utilizou-se a versão 20.0 do SPSS para análise de estatística descritiva dos dados coletados através do Roteiro de Entrevista Inicial, SNAP- IV, QE-PTD e WISC – IV. Os resultados obtidos através do IR foram tabulados e analisados no *software* Excel.

As informações provenientes do Roteiro de entrevista inicial foram analisadas através da frequência de ocorrência. Já o SNAP IV seguiu-se orientações do próprio instrumento. Para o QE-PTD calculou-se o score geral e por dimensões do instrumento atribuindo o número 1 para as respostas falsas e número 2 para as respostas verdadeiras. Em seguida somaram-se os scores por participantes e foram categorizados como baixo e alto índice de estresse considerando o ponto médio das dimensões e do escore total da escala, com mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Dimensões do QE-PTD e o respectivo ponto médio.

<i>Dimensões do estresse</i>	<i>Ponto médio</i>
Sobrecarga emocional	21
Pessimismo	12
Restrições comportamentais	10
Incapacidade da criança	4
Score total	48

Os participantes que obtiveram escores abaixo da média foram classificados com “baixo índice de estresse”, enquanto aqueles que apresentavam escores a partir do ponto médio foram categorizados como alto índice de estresse. Ao final identificou-se o percentual de participantes com baixo e alto índice de estresse. O índice de confiabilidade e validade da escala se mostrou satisfatória para a população brasileira (Freitas et. al , 2005).

Os dados obtidos através do IR (atividade, companhia e o tempo) foram analisados quantitativamente. Agruparam-se as informações referentes às atividades e posteriormente foram categorizadas, por exemplo, as tarefas de fazer café, almoço e varrer casa originaram a categoria “tarefa doméstica”. Com isso, criou-se um conjunto de

categorias divididas em duas dimensões: 1) atividades realizadas em prol do próprio cuidador e outros membros da família e 2) atividades realizadas para atender demandas das crianças com TDAH.

As companhias também foram organizadas em categorias levando em consideração o vínculo de cada pessoa com o cuidador. Finalizou-se a análise desses dados com o orçamento de tempo para as categorias tanto de atividades quanto da companhia.

O WISC IV foi avaliado de acordo com as normas de correção do próprio instrumento (Wechsler, 2013). Desta forma, os índices dos aspectos cognitivos avaliados por esta escala (CV, OP, MO e VP) foram calculados através da conversão dos pontos brutos em pontos ponderados. Em seguida os índices e o quociente intelectual total (QIT) foram classificados segundo orientações descritas por Macedo, Mota e Mettrauem (2017) destacados na Tabela 2:

Tabela 2. Classificação do QIT e os índices de cada fator do WISC IV.

<i>QIT e Índices</i>		<i>Classificação do QIT e dos índices fatorial</i>					
ICV, IOP, IMO, IVP e QIT	Extre. Baixo	Limítrofe	Médio Inferior	Médio	Médio Superior	Superior	Muito Superior
	≤69	70-79	80-89	90-109	110-119	120 -129	≥130

Legenda: QIT=quociente intelectual total, ICV=índice de compreensão verbal, IOP=índice de organização perceptual, IMO=índice de memória operacional, IVP = índice velocidade de processamento.

CAPITULO IV – RESULTADOS REFERENTES AOS CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TDAH

Resultados dos cuidadores de crianças com TDAH

Nesta sessão apresenta-se a caracterização dos cuidadores de crianças com TDAH participantes deste estudo. Inicialmente descreve-se o perfil sociodemográfico e em seguida serão expostos os dados referentes a rotina e ao estresse. Encerra-se com a discussão dos resultados apresentados.

Perfil dos cuidadores

Como mostra a Tabela 3 o maior percentual 78% (N=18) declarado pelos cuidadores em relação ao grau de parentesco com a criança corresponde às mães, depois destas, as avós com 13% (N=3) foram as principais responsáveis pelos cuidados às crianças. Em menor percentual encontram-se a mãe adotiva e os avós. Essas informações ressaltam a participação mínima do gênero masculino nos cuidados a essas crianças. Embora a maioria das participantes tivesse declarado o estado civil convivendo com o companheiro. Reafirmando a preponderância do gênero feminino quanto aos cuidados às crianças.

Tabela 3. Perfil dos cuidadores entrevistados.

Variáveis	Especificação	%	f
Grau de parentesco com a criança	Mãe	78,3%	18
	Mãe adotiva	4,3%	1
	Avó	13%	3
	Avô	4,3%	1
Idade	Média	39,87	
	DP	10,16	
	Mínimo	26	
	Máximo	70	
Escolaridade	Fundamental	21,7%	5
	Médio	56,5%	13
	Superior	21,7%	5
Situação civil	Com companheiro	69,9%	16
	Sem companheiro	30,1%	7
Renda pessoal	Sem rendimento	30,4%	7
	Até 1 salário mínimo	52,2%	12

	Mais 1 a 2 salários mínimos	8,7%	2
	Mais 2 a 3 salários mínimos	4,3%	1
	Mais 5 a 10 salários mínimos	4,3%	1
Ocupação	Do lar	56.5%	14
	Outras ocupações fora de casa	43.5%	9
Algun momento da vida parou de trabalhar	Sim	60,9%	14
	Não	39,1%	9
Motivo que levou a parar de trabalhar	Cuidados a criança com TDAH	43,7%	10
	Término de contrato	4,3%	1
	Saúde psicológica do cuidador	4,3%	1
	Casamento	4,3%	1
	Mudança de cidade	4,3%	1

Observa-se que os cuidadores tinham entre 26 e 70 anos de idade, com média de 39,87 com DP de 10,16. Em relação a escolaridade destaca-se que a maioria dos cuidadores possuíam nível de escolaridade a partir do ensino médio, embora houvesse um percentual de pessoas com o ensino fundamental e ensino superior.

Referente a ocupação declarada pelos cuidadores entrevistados 56,5% (N=14) informou que realizavam atividades do lar e cuidavam dos filhos. Quando investigado se em algum momento da vida o cuidador trabalhou, 60,9% (N=14) do total de participantes relataram ter exercido atividades laborais, mas 43,7% (N=10) desses participantes teriam parado de trabalhar devido a necessidade de cuidados às crianças com TDAH.

A renda pessoal dos cuidadores se concentrou entre sem rendimento até um salário mínimo. Já a renda familiar variou de sem rendimento a 10 salários mínimos, tendo se concentrado em torno de um a dois salários mínimos mensais.

Rotina dos cuidadores

Esta sessão foi estruturada com base nos aspectos da rotina, iniciando com os resultados referentes às atividades, em seguida do tempo e finalizada com a companhia dos cuidadores durante a execução das atividades.

Atividades

As atividades relatadas pelos cuidadores das crianças com TDAH durante um dia típico da semana foram agrupadas em um sistema de 16 categorias. Estas estão distribuídas em dois grupos ilustrados na Tabela 4 e definidas logo em seguida.

Tabela 4. Sistema de categorias das atividades realizadas pelos participantes.

<i>Atividades em prol dos próprios cuidadores e membros da família em geral</i>	<i>Atividades em prol da criança</i>
1. Alimentação	11. Deslocamento em prol da criança com TDAH
2. Atividades acadêmicas próprias	12. Monitoramento acadêmico da criança com TDAH
3. Cuidado pessoal	13. Lazer em prol da criança com TDAH
4. Descanso	14. Tarefas domésticas em prol da criança com TDAH
5. Deslocamento	15. Monitoramento da higiene da criança com TDAH
6. Lazer	16. Monitoramento temporal da criança com TDAH
7. Monitoramento da higiene de outros filhos	
8. Práticas religiosas	
9. Práticas remuneradas	
10. Tarefas domésticas	

1. *Alimentação*: Alimentar outros membros da família ou consumo próprio de alimentos.

2. *Atividades acadêmicas próprias*: Refere-se às atividades relacionadas à aprendizagem na qual estão inclusos momentos em que os cuidadores se dedicam aos estudos.

3. *Cuidado pessoal*: Está relacionado ao consumo de alimento e às práticas correspondentes aos cuidados com a própria aparência física, como: higiene pessoal, se arrumar e praticar exercícios físicos.

4. *Descanso*: Momentos de repouso e ócio (ausência de ocupação) praticados pelos cuidadores. Para essa categoria, não se considerou o sono noturno.

5. *Deslocamento em prol de si e de outros membros da família*: Se refere à prática de se dirigir à algum lugar, seja em benefício próprio ou em prol de outras pessoas, exceto a criança com TDAH.
6. *Lazer*: Atividades que são praticadas em momentos de distração e entretenimento.
7. *Monitoramento da higiene de outros filhos*: práticas relacionadas ao cuidado físico de outras crianças como ordenar ou dar banho, escovar os dentes, selecionar a roupa e vestir a criança.
8. *Práticas religiosas*: Realização de atividades religiosas ou participação em eventos religiosos. Exclui-se dessa categoria o deslocamento para o ambiente onde são realizadas ou praticadas as atividades ou eventos religiosos.
9. *Práticas remuneradas*: Atividades exercidas pelos cuidadores que são gratificadas financeiramente.
10. *Tarefas domésticas em prol de si e de outros membros da família*: Toda atividade relacionada à organização e limpeza de objetos ou espaço físico da casa, e a preparar e servir alimentos para si e demais membros da família, exceto a criança com TDAH.
11. *Deslocamento em prol da criança com TDAH*: Se refere à prática de se dirigir à algum lugar para atender ou ter atendido demandas da criança com TDAH.
12. *Monitoramento acadêmico da criança com TDAH*: Consiste em auxiliar a criança com TDAH nas atividades escolares em casa e organizar, vistoriar materiais e roupas referentes à escola.
13. *Lazer em prol a criança com TDAH*: Define-se como as brincadeiras e momentos de distração e entretenimento praticados em função da criança com TDAH.
14. *Tarefas domésticas em prol da criança com TDAH*: Atividades que correspondem a preparar e servir alimentos bem como a organização e limpeza de objetos da casa em

decorrência da preparação de alimentos, como: fazer e servir café, lanche, almoço e janta, lavar a louça dessas refeições, ordenar à criança a lanchar.

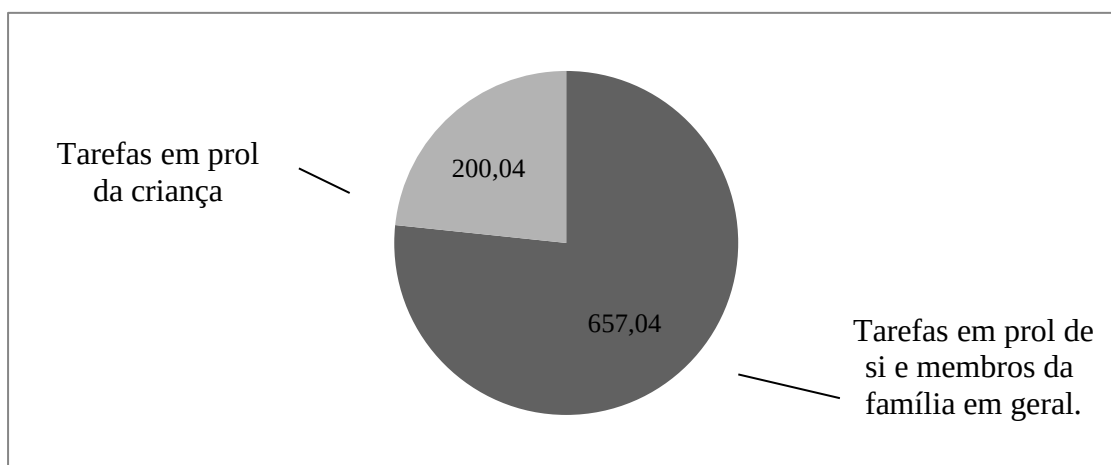
15. *Monitoramento da higiene da criança com TDAH*: práticas relacionadas ao cuidado físico da criança como: ordenar ou dar banho, escovar os dentes, selecionar a roupa e vestir a criança.

16. *Monitoramento temporal da criança com TDAH*: Caracteriza-se pela observação à criança enquanto esta realizava atividades como brincar, dormir, acordar, esportivas e atendimentos clínicos.

Tempo por atividades

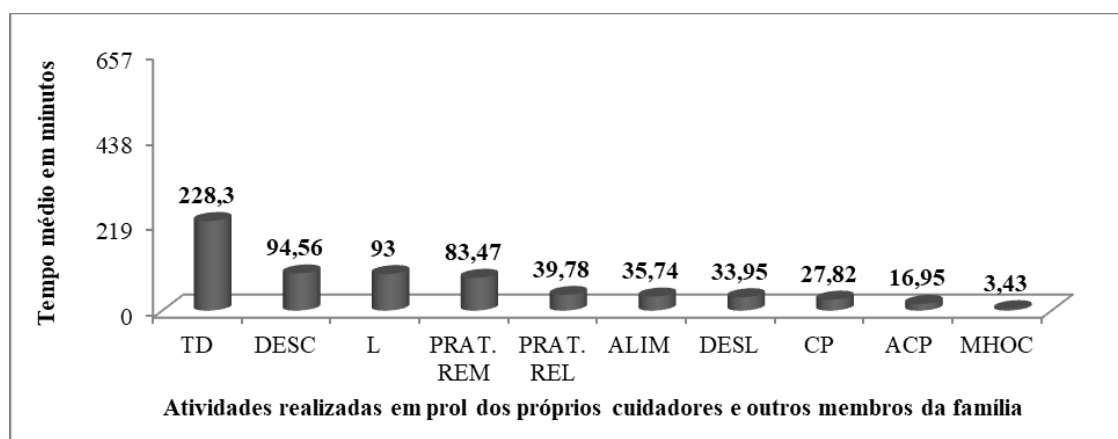
Identificou-se ainda que na maior parte do dia, os participantes estavam empreendidos em tarefas em prol de si ou outros membros da família. Já as atividades voltadas às crianças com TDAH apresentaram-se com menor média de tempo como mostra a Figura 2.

Figura 2: Tempo médio, em minutos, por grupo de categorias de atividades.



Dentre o grupo de tarefas que os cuidadores realizaram em prol de si e demais membros da família, a Figura 3 mostra que os participantes dedicaram mais tempo nas tarefas domésticas e descanso. Essas atividades ocuparam o cuidador em média 228,3 e 94,56 minutos respectivamente, o que em horas representa mais de uma hora para a conclusão de cada tarefa.

Figura 3. Tempo médio, em minutos, por atividades em prol do próprio cuidador e outros membros da família em geral



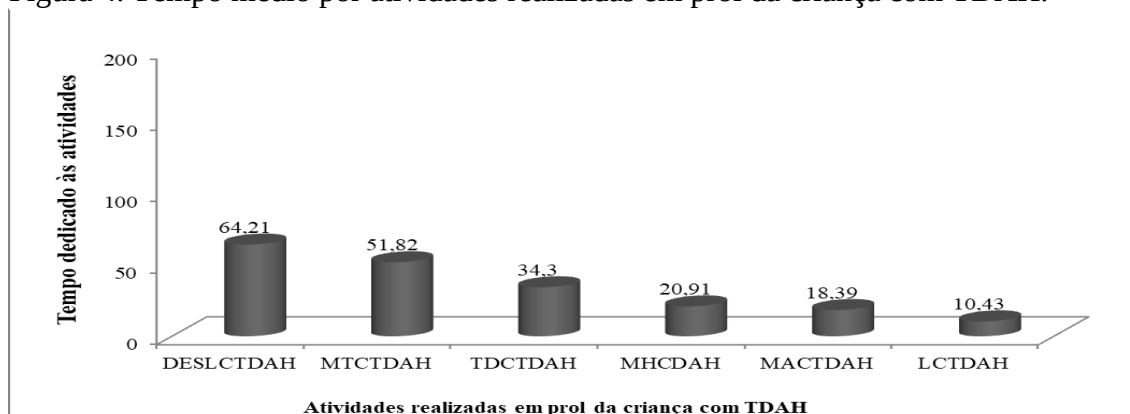
Legenda: TD = tarefas domésticas, DESC = descanso, L = lazer, PRAT. REM = práticas remuneradas, PRAT. REL = práticas religiosas, ALIM = Alimentação, DESL = Deslocamento, CP = Cuidado Pessoal, ACP = atividades acadêmicas próprias, MHOC = monitoramento da higiene de outras crianças.

O tempo aproximado de 40 a 27 minutos diário dos cuidadores foi dispensado às práticas religiosas, alimentação, deslocamento e cuidado pessoal. As tarefas que tinham menos tempo dispendidos durante o dia eram as atividades acadêmicas próprias com 16,95 minutos diários e o monitoramento da higiene de outras crianças.

Dentre as atividades que os cuidadores mais gastaram tempo, elencadas acima, destaca-se as práticas remuneradas, haja visto, que foi a quarta atividade, dentre as 10, em que os participantes mais investiram tempo. Contudo apenas 43% do total de participantes (N=23) realizavam atividades remuneradas fora de casa. Entende-se que esses cuidadores passavam fora de casa grande parte do tempo, mesmo assim conseguiam dispensar cuidados as crianças com TDAH, uma vez que se declararam como os principais cuidadores dessas crianças.

Em comparação, no grupo das atividades realizadas em prol da criança com TDAH, a tarefa em que os cuidadores dedicavam mais tempo era para o deslocamento, seguido do monitoramento temporal das crianças como ilustrado na Figura 4.

Figura 4. Tempo médio por atividades realizadas em prol da criança com TDAH.

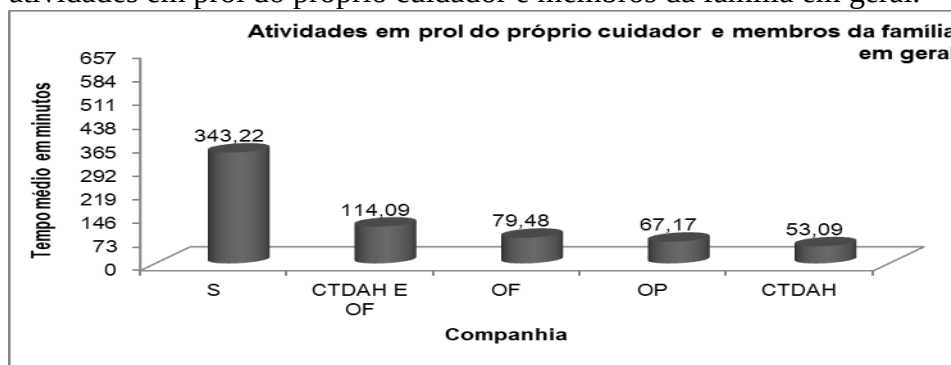


Legenda: DESLCTDAH = deslocamento em prol da criança com TDAH, MTCTDAH = Monitoramento temporal da criança com TDAH, TDCTDAH = Tarefa doméstica em prol da criança com TDAH, MHCTDAH = Monitoramento da Higiene da criança com TDAH, MACTDAH = Monitoramento acadêmico da criança com TDAH, LCTDAH = lazer em prol da criança com TDAH.

Companhia

Em relação a companhia, observa-se na Figura 5 que durante a realização das atividades em prol do próprio cuidador ou outros membros da família, os participantes encontravam-se sem companhia na maior parte do tempo (343,22 minutos). Dentre as atividades relatadas com maior parte do tempo realizadas sozinha, destacam-se as tarefas domésticas, descanso, deslocamento e cuidado pessoal, como mostra a Figura 6.

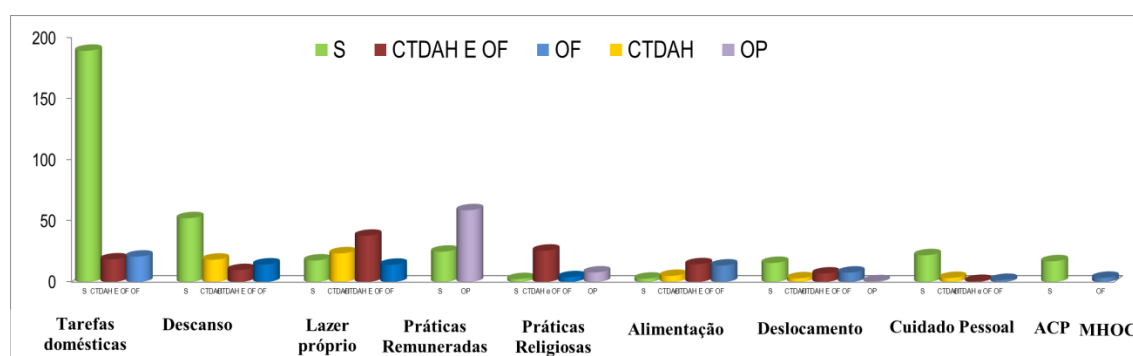
Figura 5. Tempo médio de permanência da companhia por categoria de atividade das atividades em prol do próprio cuidador e membros da família em geral.



Legenda: S = sozinha, CTDAH = criança com TDAH, OF = outros familiares, OP=outras pessoas.

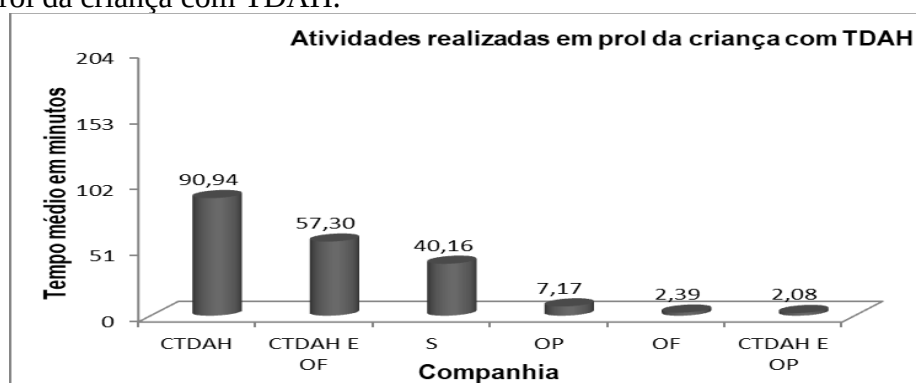
Ainda no grupo de atividades que visavam atender as demandas dos cuidadores e membros da família em geral ressalta-se o tempo significativo que a criança com TDAH passava com o cuidador durante a realização das tarefas domésticas, descanso, lazer, práticas religiosas, alimentação, deslocamento e as práticas relacionadas ao cuidado pessoal. Outras pessoas fizeram companhia aos cuidadores nas atividades externas, como é o caso das práticas remuneradas e durante o deslocamento dos cuidadores, ilustrados na Figura 6.

Figura 6. Tempo médio, em minutos, de permanência da companhia por atividades realizadas em prol do próprio cuidador e/ou outros membros da família.



Na Figura 7 é possível observar que no grupo de atividade em prol da criança com TDAH, a principal companhia do cuidador era a própria criança, haja visto, que o tempo de permanência delas com o responsável foi, consideravelmente, maior (90 minutos) comparado as demais pessoas que se faziam presente durante a realização das atividades para atender as demandas das crianças.

Figura 7. Tempo médio de permanência da companhia em atividades em prol da criança com TDAH.



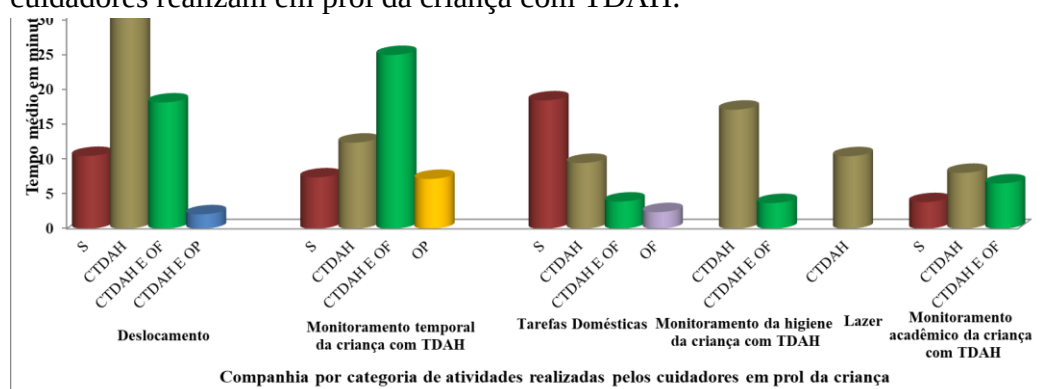
Legenda: S = sozinha, CTDAH = criança com TDAH, OF = outros familiares, OP=outras pessoas.

Identifica-se ainda na Figura 7 que durante 40 minutos do dia, os cuidadores não tinham companhia ao executar as tarefas para atender as demandas da criança com transtorno. Além disso, ressalta-se a carência de membros da família e outras pessoas para compartilhar os cuidados da criança com o cuidador.

Levando em consideração a companhia do cuidador no grupo de atividades que realizaram em prol da criança com TDAH, é evidente a presença destas crianças durante grande parte do tempo, como ilustra a Figura 5. Para detalhar este dado, a Figura 8 mostra que os cuidadores dedicaram parte do seu tempo, quase que exclusivos as crianças, uma vez que segundo a mesma figura a presença de outras pessoas é quase inexistente.

Estresse de cuidadores de crianças com TDAH

Figura 8. Tempo de permanência das companhias por atividades que os cuidadores realizam em prol da criança com TDAH.



Legenda: S=sozinha, CTDAH= criança com TDAH, CTDAH E OF= crianças com TDAH e outros familiares, CTDAH E OP= criança com TDAH e outras pessoas, OP= outras pessoas e OF= outros familiares.

Os resultados obtidos através do Questionário de Estresse para Pais de Crianças com Transtorno no Desenvolvimento revelaram que a maioria (56,5%) dos participantes apresentou baixo nível de estresse, logo obtiveram escore abaixo do ponto de corte (48) da escala, conforme mostra Tabela 5.

O baixo nível de estresse com percentual menor que 50% entre os cuidadores também pode ser observado nas dimensões de pessimismo, restrições comportamentais e características das crianças, demonstrando que para essas dimensões os participantes encontravam-se pouco estressados.

Tabela 5. Percentual e classificação do nível de estresse por dimensões do QE-PTD.

<i>Dimensões do estresse</i>	<i>Classificação do nível de estresse</i>	
	<i>Baixo nível de estresse</i>	<i>Alto nível de estresse</i>
Escore geral	56,5%	43,5%
Sobrecarga emocional	39,1%	60,9%
Pessimismo	60,9%	39,1%
Restrições comportamentais	65,2%	34,8%
Características da criança	87%	13%

Esta Tabela mostra ainda, que dentre as dimensões do instrumento, a sobrecarga emocional foi a que apresentou maior percentual de cuidadores com alto índice de estresse. Demonstrando que havia preocupação com o futuro dessas crianças, sentimentos de tensão em momentos de lazer, ressentimentos na família e dificuldades diante do cuidado a essas crianças.

Estresse e Rotina

Comparando o nível de estresse com o tempo médio dedicado por grupos de atividades a Tabela 6 mostra que os cuidadores de crianças com TDAH com baixo nível de estresse investiram mais tempo em atividades em prol de si e outros membros da família.

Tabela 6. Distribuição do tempo médio, em minutos, das atividades por níveis de estresse.

<i>Classificação do nível de estresse</i>	<i>Tempo médio por grupo de atividades</i>	
	<i>Atividades em prol de si e outros membros familiares</i>	<i>Atividades em prol da criança</i>
Baixo nível de estresse	641,31	139,69
Alto nível de estresse	647,60	278,60

Esta Tabela evidencia ainda que os cuidadores com alto índice de estresse dedicaram o dobro do tempo (278,60) aos cuidados à criança com transtorno ao serem comparados com os cuidadores menos estressados. Esses dados reforçam o impacto dos cuidados à crianças com TDAH no nível de estresse do cuidador. Em relação ao tempo

que os participantes dos diferentes níveis de estresse dedicaram às atividades realizadas em prol de si e outros membros da família, a Tabela 7 ilustra que no grupo de atividades em prol do próprio cuidador e demais membros da família, os cuidadores mais estressados dedicaram mais tempo nas tarefas domésticas, descanso, lazer e práticas remuneradas em comparação aos cuidadores com baixo nível de estresse. Vale destacar que os participantes com alto nível de estresse não realizavam atividades acadêmicas próprias e práticas religiosas.

Tabela 7. Distribuição do tempo médio, em minutos, das atividades realizadas em prol do próprio cuidador e outros membros da família por níveis de estresse.

Atividades	Níveis de Estresse/Tempo médio	
	Alto nível de estresse	Baixo nível de estresse
Tarefas Domésticas	244,6	215,77
Descanso	123,5	72,31
Lazer	94,5	91,85
Práticas Remuneradas	96	73,85
Alimentação	35,5	70,38
Deslocamento	25,5	35,92
Cuidado Pessoal	26,5	40,46
Práticas Religiosas	0	28,85
Atividades acadêmicas próprias	0	30
Monitoramento da higiene de outras crianças	1,5	4,92

Por outro lado os participantes que apresentaram baixo nível de estresse dedicavam mais tempo as tarefas de alimentação, deslocamento, cuidado pessoal, práticas religiosas, atividades acadêmicas próprias e o monitoramento da higiene de outras crianças em relação aos cuidadores que foram classificados com alto nível de estresse como observado na Tabela 7.

O nível de estresse foi comparado ainda às atividades realizadas em prol das crianças com TDAH como disposto na Tabela 8.

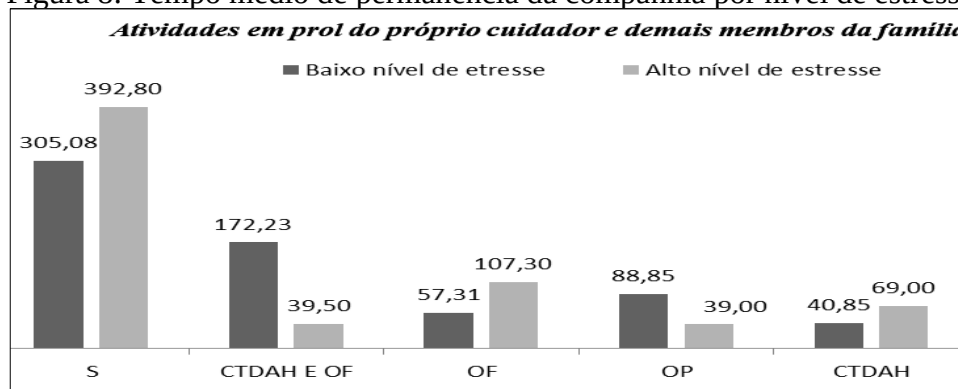
Tabela 8. Distribuição do tempo médio, em minutos, das atividades realizadas em prol da criança com TDAH por níveis de estresse.

Atividades	Níveis de Estresse	
	Alto nível de estresse	Baixo nível de estresse
Deslocamento em prol da criança com TDAH	78,70	53,077
Monitoramento temporal da criança com TDAH	77,00	32,462
Tarefas domésticas em prol da criança com TDAH	58,40	15,769
Monitoramento acadêmico da criança com TDAH	21,80	15,769
Lazer em prol da criança com TDAH	6,00	13,846
Monitoramento da higiene da criança com TDAH	36,70	8,7692

Segundo a Tabela 8 o lazer em prol da criança com TDAH foi a atividade com menor tempo realizada pelos cuidadores com alto nível de estresse. Esses dados elucidam que os cuidados específicos às crianças com TDAH podem impactar a qualidade de vida do cuidador. Isso pode ser ratificado quando observado a diferença do tempo médio dedicado as atividades pelo cuidadores com alto nível de estresse comparado aos com o baixo nível de estresse. Evidenciando que o tempo dedicado aos cuidados de crianças com TDAH pode estar relacionado ao nível de estresse apresentado pelos principais responsáveis.

Na Figura 8 estão dispostos a companhia e o tempo de cada uma por nível de estresse do cuidador.

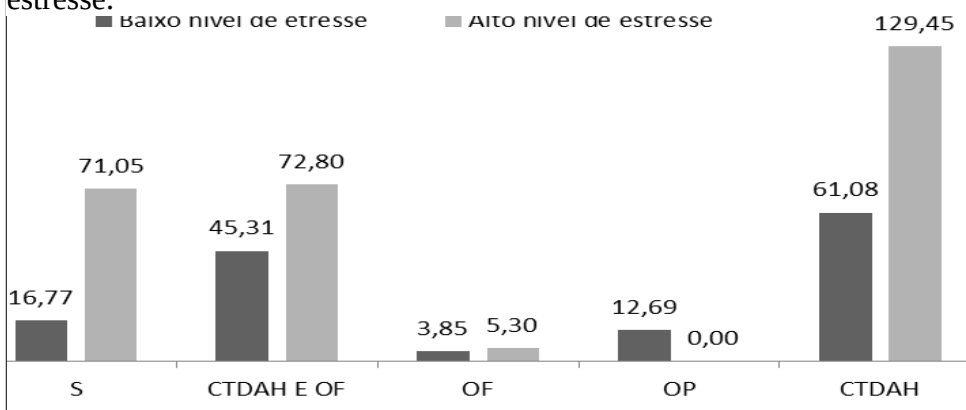
Figura 8: Tempo médio de permanência da companhia por nível de estresse.



Legenda: S=sozinha, CTDAH E OF= crianças com TDAH e outros familiares, OF= outros familiares, OP= outras pessoas e CTDAH= criança com TDAH.
Esta figura mostra que no grupo de atividade em prol do cuidador e demais

membros da família os participantes com alto nível de estresse passavam mais tempo sozinhos comparados aqueles com baixo nível de estresse. Observa-se ainda que o tempo de permanência de outros familiares e da criança com TDAH é maior para os cuidadores com alto nível de estresse. Já aqueles com baixo nível de estresse passavam mais tempo na companhia da criança com TDAH e outros familiares concomitantemente e outras pessoas quando confrontado com os cuidadores com alto nível de estresse.

Figura 9. Tempo médio de permanência da companhia por nível de estresse.



Legenda: S=sozinha, CTDAH E OF= crianças com TDAH e outros familiares, OF= outros familiares, OP= outras pessoas e CTDAH= criança com TDAH.

A Figura 9 ilustra que no grupo de atividades realizadas em prol da criança com TDAH os cuidadores com alto nível de estresse estavam mais tempo na companhia da criança com transtorno e sozinhas comparadas aqueles com baixo nível de estresse. Isso

é claramente observado ao quando direcionado as colunas correspondentes às categorias CTDAH e S. Além disso, ressalta-se a inexistência de outras pessoas enquanto os participantes com maior nível estresse realizavam estas atividades. Esses dados revelam a carência de suporte durante os cuidados das crianças com transtorno.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO REFERENTE AOS CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TDAH

Levando em consideração as características socioeconômicas apresentadas pelos participantes desta pesquisa, acredita-se que esses cuidadores teriam condições de contribuir com o desenvolvimento saudável das crianças com TDAH, uma vez que, o nível educacional mediano, as condições financeiras em torno de um a dois salários mínimos e o baixo de estresse dos cuidadores funcionam, segundo Silva et. al (2008), como fatores de proteção para o desenvolvimento infantil.

Além disso, verificou-se que a maioria desses cuidadores mantinham relacionamentos conjugais o que poderia contribuir com o desenvolvimento infantil e pessoal. Isso porque, embora grande parte dos participantes não tivesse renda pessoal, o companheiro contribuía com as necessidades básicas da família, uma vez que o rendimento familiar encontrado foi entre sem rendimento a 10 salários mínimos. Os achados de Faria (2011) corroboram com esse estudo, ao afirmar que a renda familiar de crianças com TDAH era mantida, principalmente, pelo companheiro do cuidador principal.

No que se refere a participação da figura masculina nos cuidados às crianças, ainda é uma realidade que o homem ocupa o papel de provedor econômico na família, se restringindo as atividades laborais fora de casa. Atribuído à figura feminina a responsabilidade no que tange as tarefas domésticas e criação dos filhos (Martins, Abreu & Figueiredo, 2017). Os dados apresentados na sessão anterior reforçam o papel social do homem como o pilar econômico da família e as mulheres os sustentáculos social e doméstico, haja vista que por vezes elas abdicaram de suas atividades profissionais em prol dos cuidados às crianças.

Benczik e Casella (2015) afirmam que as mães apresentam mais facilidades para manejar os comportamentos da criança com TDAH, por fazerem uso da razão e do afeto para conquistar a confiança dessas crianças e com isso conseguem fazer com que elas obedeçam às instruções. Por outro lado, os pais tendem a ter a relação conflituosa com essas crianças por utilizar métodos mais severos e coercitivos como forma de disciplinar os filhos (Sena & Souza, 2013).

Ainda assim, em algumas famílias, os pais representam a figura de autoridade mesmo que não sejam os principais responsáveis pelos cuidados a essas crianças (Cavarzan & Camargo, 2017). Vale ressaltar que Ferrioli et. al. (2007) alertam quanto ao uso de práticas severas para disciplinar a criança com TDAH em decorrência da influência direta para o agravamento dos sintomas desse transtorno. No entanto, deve-se reconhecer que embora, muito lentamente, as funções parentais venham se igualando ao longo do tempo, uma vez que os dados deste estudo mostraram a presença, mesmo que mínima, a participação da figura masculina.

Estudos como de Bernadi (2017), Martins, Abreu e Figueiredo (2017) e Oliveira (2017) também mostraram que os pais têm participado mais ativamente nos cuidados às crianças. Mas não se deve desconsiderar o fato das mulheres, ainda serem as principais responsáveis pelos cuidados às crianças com TDAH. Talvez o aumento da participação dos cônjuges nos cuidados as crianças produza impactos positivos no ambiente familiar dessas crianças assim, principalmente no que se refere a rotina dos principais responsáveis pelos cuidados às crianças com alteração no desenvolvimento.

Sobre isso, rotina dos cuidadores, percebe-se que esta foi reestruturada em função das necessidades das crianças, haja visto, que há um percentual de cuidadores que deixaram o emprego para dedicar-se aos cuidados da criança com TDAH. Mesmo os cuidadores que permaneceram exercendo atividades laborais precisaram ajustar suas

atividades em prol dos cuidados a essas crianças, uma vez que relataram ser os principais provedores de cuidados a elas.

Esses resultados não foram exclusivos de cuidadores de crianças com desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. Estudos como de Silva e Pontes (2016) e Silva e Cavalcante (2015) verificaram a reestruturação da rotina de cuidadores de crianças com paralisia cerebral, microcefalia com macrocefalia extrema em prol de cuidados a essas crianças.

Quanto às atividades realizadas pelos participantes, é altamente compreensivo que os cuidadores dedicassem mais tempo às tarefas domésticas, deslocamento, lazer e práticas remuneradas. Posto que, eram as principais responsáveis pelos afazeres do lar e as que trabalhavam foram de casa tinham carga horária extensa de trabalho.

Da mesma forma, se torna evidente que esses cuidadores dispensariam menos tempo aos cuidados da criança com TDAH, uma vez que durante um período do dia a criança estaria ausente de casa porque estaria na escola, já que todas estudavam. No período em que as crianças retornavam para casa, os cuidadores passavam a dedicar o tempo a elas e ainda as tarefas do lar.

Dentre as atividades que os cuidadores mais dedicavam tempo em prol das crianças estavam o deslocamento, o monitoramento de modo geral (temporal, da higiene e acadêmico), e as tarefas domésticas para atender as demandas da criança com TDAH. O tempo no deslocamento pode ser compreendido devido a necessidade do acompanhamento médico e terapêutico para criança com TDAH assim como para locomoção a escola. Já o tempo dedicado ao monitoramento Desidério e Miyazak (2007) e Faria (2011), ratificam esse achado ao afirmarem que cuidadores de crianças e adolescente com TDAH tem dedicado bastante tempo a monitoria dessas pessoas.

Faria (2011) aponta em seu estudo que a principal dificuldade encontrada por cuidadores de crianças com TDAH foi o comportamento da criança, uma vez que esse é marcado pela agitação, impulsividade, teimosia e desatenção. Essas são características prevalentes em crianças com TDAH do tipo combinado, por isso devem demandar mais cuidados dos responsáveis. Talvez isso ajude a compreender o tempo que os cuidadores gastam com monitoramento dessas crianças.

É possível identificar ainda que as atividades promotoras de lazer foram as que apresentaram menor tempo entre as realizadas em prol das crianças. Durante esse momento é possível perceber a ausência de companhia tanto do cuidador quanto da criança. Acredita-se que os momentos de lazer em prol da criança não sejam de fácil manejo para os cuidadores, tendo em vista que Tavernard (2015) menciona que cuidadores de crianças com TDAH às vezes se percebem com pouca habilidade para desenvolver suas funções parentais.

Crianças com TDAH apresentam déficits em habilidades sociais e interações negativas com seus pares, por isso essas crianças frequentemente experienciavam rejeição social (Freitas e Del Prette, 2012; Forner et. al., 2017 & Russo et. al., 2015). Forner et. al (2017) afirmam ainda que essas crianças passam menos tempo em contato com seus colegas fora da escola. Essa junção de fatores deve influenciar no tempo e na companhia desses cuidadores para as atividades de lazer em prol de crianças diagnosticadas com TDAH.

Levando em consideração a companhia, a literatura mostra que esses cuidadores apresentam sobrecarga pela fragilidade no suporte social que lhes é disponibilizado. É possível identificar, na presente pesquisa, a carência de pessoas que possam ajudar esses cuidadores em sua rotina, a medida que a presença do próprio companheiro e outras pessoas é quase inexistente durante o dia.

Levando em consideração que a criança com TDAH é a principal companhia do cuidador, se torna importante pensar nas condições individuais de cada um, principalmente, no que tange as habilidades educativas e na qualidade de vida. Acredita-se que os cuidadores são os principais promotores de desenvolvimento dessas crianças, por isso precisam de ferramentas para minimizar os efeitos negativos que os sintomas do TDAH podem acarretar para as crianças e o contexto familiar.

Não é de se estranhar que no grupo de atividades realizadas em prol da criança com TDAH não sejam identificados outras pessoas a não ser membros da família em pouquíssimo tempo, tendo em vista que a responsabilidade do cuidado as crianças foram atribuídas aos cuidadores que dificilmente contavam com pessoas com quem dividir essa responsabilidade.

De modo geral, os participantes deste estudo foram identificados com baixo nível de estresse levando em consideração o escore total do instrumento de medida para esta variável. Esses dados se encontram em desacordo com estudos presentes na literatura sobre o estresse apresentado por cuidadores de crianças com TDAH (Bargas & Lipp, 2013; Bellé et. al, 2009; Faria & Cardoso, 2016; Craig et. al., 2016; Pimentel et. al., 2011). Esses afirmaram que as pessoas responsáveis pelos cuidados à criança com TDAH apresentam alto índice de estresse.

Por outro lado, o índice de estresse total encontrado neste estudo corrobora com os resultados obtidos por Faria (2011); Rezende (2017) e Santos (2015), ao investigar o estresse presente em cuidadores de crianças com TDAH. Com isso se torna possível perceber a discrepância na literatura quando se trata do estado psicológico desses cuidadores.

Comparando os aspectos da rotina (atividade, companhia e tempo) e os níveis (alto e baixo) estresse, os resultados elucidaram que os cuidados as crianças com TDAH afetam

o nível de estresse dos cuidadores. Esses dados corroboram com estudos que apontam a relação entre as duas variáveis (Bellé et. al., 2009; Faria & Cardoso, 2016; Yousefia, Far, & Abdollahian, 2011). Desta forma entende-se que as atividades necessárias para atender as demandas específicas da criança com o transtorno em questão, podem ser consideradas intensificadoras do nível de estresse de quem cuida.

Supõem-se ainda que o tempo limitado da presença de outras pessoas durante o dia pode impactar no nível de estresse do cuidador, influenciando de modo significativo nas atividades executadas por eles. Isso se justifica pelo fato de que os cuidadores menos estressados contavam com a participação de pessoas por mais tempo para compartilhamento das atividades rotineiras.

Desta forma entende-se que, o tempo de permanência de outras pessoas no decorrer da realização das atividades diárias pode contribuir para diminuir o nível de estresse daqueles que cuidam de criança com TDAH. Sobre o assunto, Santos (2015) descreve que cuidadores de criança com TDAH com níveis normais de estresse sempre tiveram suporte para compartilhar a tarefa de cuidar da criança.

O alto nível de estresse na dimensão de sobrecarga emocional identificado em mais da metade dos participantes mostra a existência de comprometimento psicológico, alertando a comunidade científica da necessidade de avaliar a saúde psicológica desses cuidadores de forma detalhada, para que possam melhor contribuir para a qualidade de vida deles e da própria família.

Em se tratando do estresse causado pela sobrecarga emocional, Santos (2015) e Benczik e Casella (2015) afirmaram em seus estudos que mães de crianças com TDAH apresentaram estresse frente à dificuldade nos cuidados de seus filhos com esse transtorno. Na pesquisa de Bargas e Lipp (2013) as autoras identificaram associação

significativa entre os sintomas do TDAH apresentados pelas crianças e o nível de nível estresse dos cuidadores.

Vale ressaltar que o estresse parental pode ser multideterminado (Craig et. al., 2016), sendo influenciado pelas características dos próprios cuidadores, das crianças ou mesmo por situações da vida, como a situação socioeconômica e a rotina de cuidados. Nesse sentido, os dados apresentados por este estudo contribui com a produção científica quando discorre sobre a influência da rotina de cuidados à criança com TDAH no nível de estresse dos cuidadores.

CAPÍTO VI - RESULTADOS SOBRE CRIANÇAS COM TDAH

Perfil das crianças com TDAH

Participaram do estudo 23 crianças com diagnóstico médico para o TDAH, contudo apenas 13 fizeram parte da avaliação cognitiva. As demais foram excluídas devido às dificuldades durante o contato telefônico para agendamento da avaliação.

Na Tabela 9 estão dispostas as características das 23 crianças. No que se refere à idade, foi identificado que elas tinham entre seis e 12 anos de idade sendo que 87% (N=20) eram meninos. Todos frequentavam a escola, a maioria 69,9% (N=16) em escola pública, sendo o maior número de crianças 78,3% (N=18) no ensino fundamental I e apenas 26,1% (N=6) dos participantes tinha repetido alguma série tendo como principal motivo relatado pelos responsáveis a dificuldade de aprendizagem envolvendo a leitura.

Tabela 9. Caracterização das crianças.

<i>Variáveis</i>		<i>%</i>	<i>f</i>
Gênero	Masculino	87	20
	Feminino	13	3
Idade	6 e 8	26	6
	9 e 10	52,3	12
	11 e 12	21,7	5
Estudam	Sim	100	23
Série	Educação Infantil	4,3	1
	Fundamental I	78,3	18
	Fundamental II	17,4	4
Tipo de escola	Pública	69,6	16
	Privada	30,4	7
Repetência	Sim	26,1	6
	Não	73,9	17
Motivo da repetência	Dificuldade de leitura	26,1	6

Dentre as crianças encaminhadas para esta pesquisa, 65% (N=15) apresentaram o diagnóstico para o TDAH e 35% (N=8) estavam em processo diagnóstico ou em fase de conclusão para o transtorno. Do total de crianças 33,3% tinham sido diagnosticadas ou tiveram a suspeita do transtorno antes dos seis anos de idade, os demais entre seis e nove anos de idade. Além do TDAH, 34,6% do total de crianças tinham outro diagnóstico ou estavam em processo de investigação para outras questões de saúde física e psicológica como disposto na Tabela 10.

Tabela 10. Outras informações sobre as crianças.

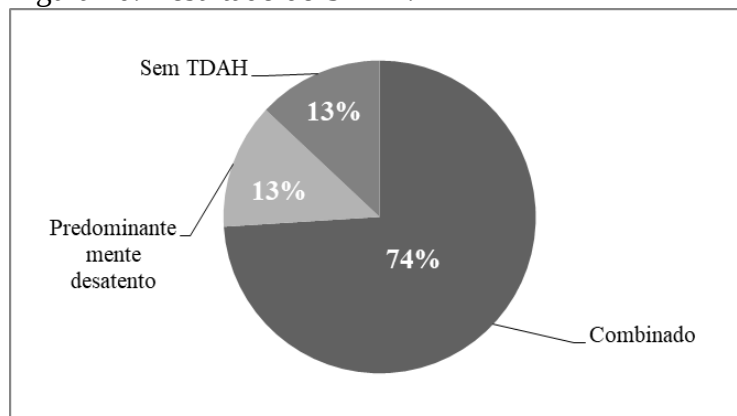
<i>Informações sobre a criança</i>	<i>%</i>	<i>f</i>
<i>Idade do diagnóstico ou suspeita de TDAH entre as crianças</i>		
Antes dos seis anos	33,3	7
Entre seis e nove anos de idade	66,7	15
<i>Presença de Outros diagnósticos</i>	34,6	8
Transtorno da aprendizagem	8,7	2
Em processo avaliativo para o Distúrbio do Processamento Auditivo Central	8,7	2
Transtorno do pânico	4,3	1
Dificuldade com a fala	4,3	1
Transtornos específicos mistos do desenvolvimento	4,3	1
Laringomalácia	4,3	1
<i>Uso de medicação</i>	26,1	6
Risperidona	8,9	2
Risperidona e Ritalina	4,3	1
Ritalina e Amitripitilina	4,3	1
Ritalina e Carbamazepina	4,3	1
Carbamazepina e Haldol	4,3	1
<i>Tratamento complementar</i>	70	16
Psicólogo	31,25	7
Fonoaudiólogo	25	5
Terapeuta Ocupacional	25	5
Psiquiatria	25	5
Psicopedagógico	18	4
Pedagógico	18	4

Ainda com base nessa tabela observa-se que 26,1% (N=6) das crianças eram assistidas por tratamento medicamentoso e 70 % (N=16) não medicamentoso. É importante salientar que o método de tratamento mais frequente para as crianças foi a

terapia com diversos profissionais como: psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogo e psiquiatras.

Com a utilização do SNAP IV foi possível avaliar o subtipo de TDAH dentre as crianças que participaram deste estudo. Na Figura 10 é possível observar que 87% (N=20) dos participantes apresentaram sintomas para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade sendo que o maior percentual de 74%(N=17) concentrou-se no subtipo combinado e 13% (N=3) para o tipo predominantemente desatento. Vale ressaltar que 13% (N=3) do total de participantes não preencheram os critérios para o transtorno, sendo classificados sem TDAH.

Figura 10. Resultado do SNAP.



Foi averiguada ainda a existência de outros membros familiares com o diagnóstico do TDAH e de pessoas com padrões comportamentais semelhantes aqueles apresentados pela criança alvo desta pesquisa. Os resultados mostraram que em 21% (N=5) das famílias havia parentes da criança com o diagnóstico médico do TDAH, dentre os quais foram citados pai e primos de ambos os gêneros da própria criança.

Em 39,1% (N=9) dos cuidadores identificaram que avô, pai, mãe, irmãos, tios e primos das crianças apresentaram ou em algum momento da vida comportamentos semelhantes às crianças com TDAH, contudo não tinham diagnóstico para o transtorno em questão.

Características cognitivas das crianças com TDAH

Em relação às características cognitivas das crianças observa-se na Tabela 11 que do total de crianças (N=13) avaliadas pelo WISC IV 10 apresentaram QIT menor ou igual a 89, sendo classificados abaixo da média esperada para a idade, duas apresentaram rendimento dentro da média (QI entre 90 e 109) e uma acima da média (maior ou igual a 120). Isso quer dizer que, no momento desta avaliação, grande parte das crianças estavam com a capacidade intelectual e o processo de resolução de problemas prejudicados.

Tabela 11. Quantidade Distribuição das crianças por classificação dos índices fatoriais e QIT do WISC IV.

<i>QIT e Índices</i>	<i>Extre. Baixo</i>	<i>Limítrofe</i>	<i>Médio Inferior</i>	<i>Médio</i>	<i>Médio Superior</i>	<i>Superior</i>	<i>Muito Superior</i>
	≤69	70-79	80-89	90-109	110-119	120 -129	≥130
ICV	1	5	3	3	1	0	0
IOP	3	1	4	2	2	1	0
IMO	6	3	1	2	1	0	0
IVP	5	2	3	2	0	1	0
QIT	6	1	3	2	0	1	0

Na tabela 11 estão dispostos os scores obtidos pelas crianças nos subtestes do WISC IV. O QI menor ou igual a 89 foram classificadas com habilidades intelectuais abaixo da média. Nesse sentido, observa-se que 10 crianças apresentaram o QI abaixo da média esperada na memória operacional e velocidade de processamento. Nove crianças apresentaram o QI abaixo da média para compreensão verbal e organização perceptual..

Contudo, ressalta-se o desempenho na média (QI a partir entre 90 e 109) ou acima dela (a partir de 110) de quatro crianças nos subtestes de compreensão verbal e de organização perceptual, as demais foram classificadas com a média abaixo do esperado para esses subtestes. Nos subtestes de memória operacional e de velocidade de

processamento, três crianças também obtiveram resultados satisfatórios maiores ou iguais que a média dos subtestes.

Considerando os resultados obtidos do WISC IV e no SNAP IV formulou-se a Tabela 12.

Tabela 12. Comparação do Resultado do SNAP IV e o QIT do WISC IV.

Resultado do SNAP	Classificação QIT			Total
	Abaixo da média	Média	Acima da média	
Predominante desatento	1	0	1	2
Combinado	9	2	0	11

Das 13 crianças avaliadas pelo WISC IV, duas foram classificadas segundo o SNAP IV com TDAH do tipo predominantemente desatento e as demais do tipo combinado. Comparando os resultados desses instrumentos, foi possível identificar que as crianças do tipo predominantemente desatentas apresentaram desempenho abaixo e acima da média para o quociente intelectual total, enquanto que as crianças com TDAH do tipo combinado apresentaram desempenho na média ou abaixo dela. Evidenciando que, talvez, as crianças do tipo combinado apresentem mais habilidades intelectuais comprometidas do que aquelas que apresentam perdas atencionais.

Estresse e QIT

A Tabela 13 mostra a distribuição das crianças de acordo com a classificação do QIT e o nível de estresse do cuidador. Observa-se que embora a maioria (7) das crianças tivesse apresentado o QIT abaixo da média, não foi possível perceber relações com o estresse parental, tendo em vista que a distribuição foi quase equiparada entre os níveis de estresse. Talvez a quantidade de participantes não seja suficiente para estabelecer relações entre estas duas variáveis.

Tabela 13. Distribuição da quantidade de crianças segundo classificação do quociente intelectual total por nível de estresse do cuidador.

Classificação do estresse	Classificação QIT				
	Extremamente baixo	Limítrofe	Média Inferior	Média	Superior
Baixo nível de estresse parental	3	1	2	0	1
Alto nível de estresse parental	3	0	1	2	0

CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS DE CRIANÇAS COM TDAH

Vale lembrar que o objetivo desse estudo avaliar o estresse parental, a rotina de cuidadores de crianças com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e as características cognitivas das crianças. Adicionalmente foi relacionado o nível de estresse parental com as características cognitivas das crianças.

Dentre as crianças que participaram desse estudo 87% foram do sexo masculino. Esses dados corroboram com a literatura (Bisceglio et al., 2013; Costa, Dorneles e Rohde, 2016; Faria e Cardoso, 2016; Rezende, 2017) quando afirmam que há prevalência do diagnóstico de TDAH em meninos em detrimento das meninas. Hora et. al. (2015), em seu estudo revisão de literatura sobre prevalência do TDAH, apontou que mais da metade das pesquisas analisadas confirmaram a prevalência desse transtorno no sexo masculino, embora tivessem citados estudos que não identificaram diferença significativa do TDAH entre os gêneros.

Em comparação, nas pesquisas realizadas por Costa, Dorneles e Rohde (2016) e Rezende (2017) a maioria das crianças eram meninos e foram identificados com TDAH do tipo combinado, mostrando que essas variáveis podem estar diretamente relacionadas. Contudo, devem-se realizar estudos que avaliem tais evidências.

No que tange a idade em que as crianças foram diagnosticadas com o TDAH, identificou-se que 33% das crianças tiveram o diagnóstico antes dos seis anos de idade e as demais a partir dos seis anos. Quanto a isso, o DSM 5 orienta que os sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade estejam presentes antes dos 12 anos, mas não delimita a idade mínima para o diagnóstico do TDAH.

Estudos documentaram que crianças até os quatro anos de idade podem apresentar instabilidade no comportamento, dificultando a diferenciação dos padrões

comportamentais característicos do TDAH dos padrões normativos do desenvolvimento infantil nessa faixa etária (APA, 2013). Por isso, é importante salientar que se deve levar em consideração a intensidade, a persistência dos sintomas bem como a ocorrência em mais de um contexto para o diagnóstico desse transtorno.

No entanto, Soler e Medina (2013) alertam que os sintomas para o diagnóstico devem aparecer antes do sete anos de idade. Além disso, é necessário que a avaliação para o diagnóstico seja realizada para fins de descartar outros possíveis diagnósticos ou identificar os transtornos associados ao TDAH para melhor indicação do tratamento.

Destaca-se a existências de membros familiares com características semelhantes a criança, elucidando a discussão sobre influência dos fatores genéticos no TDAH. Esses dados encontram-se em consonância com as informações apresentadas por DuPaul e Stoner (2007), Santos e Vasconcellos (2010) quando afirmam que TDAH possui altos índices de influência hereditária entre famílias de pessoas com esse transtorno do neurodesenvolvimento.

Ainda sobre as evidências hereditárias do TDAH, DuPaul e Stoner (2007) e o DSM 5 afirmam que os sintomas desse transtorno foram identificados em parentes com grau de parentesco próximo à criança, como os pais e irmãos. Em algumas situações os sintomas semelhantes aos das crianças eram apresentados por parentes tanto no passado ou ainda concomitantes aos que elas apresentavam. Diante dessa forte influência hereditária do TDAH e das próprias características desse transtorno do neurodesenvolvimento, especialistas orientam que o tratamento seja efetivado tanto com a criança, a família e, em alguns casos, com a escola para que os resultados sejam positivos para o desenvolvimento.

Dentre os meios de tratamento, para o TDAH, identificados entre as crianças desta pesquisa, destacam-se o farmacológico e não farmacológico, como uso de Ritalina e

participação nas terapias de modo geral, respectivamente, estando em consonância com a literatura de Faria e Cardoso (2016). Santos e Vasconcelos (2010) sugerem que a intervenção medicamentosa deve ser introduzida quando houver prejuízos intensos na vida do indivíduo e nos casos onde há presença de transtornos comórbidos ao TDAH. Dessa forma é importante frisar que 36,5% das crianças tinham outro diagnóstico além do TDAH. Talvez este dado justifique a existência do uso da medicação em partes das crianças.

Embora este estudo não tivesse como intenção avaliar a presença de comorbidade ao TDAH nas crianças, foi possível identificar que algumas crianças apresentaram outros diagnósticos médicos, dentre os quais ressalta-se o transtorno de aprendizagem, dificuldade com a fala e os transtornos mistos do desenvolvimento. A produção científica sobre esse assunto (Barkley, 2008, DuPaul, 2007; Soler & Medina, 2013; Costa, Dorneles & Rohde, 2016) mostra que é comum a presença desses transtornos co-existent ao TDAH.

É confirmado por vários estudos (Amércio, Capel & Beleze, 2016; Faria & Cardoso, 2016; Gonçalves et. al. 2016) prejuízos na área acadêmica, cognitiva e motora de crianças diagnosticadas com TDAH. A desatenção, hiperatividade e impulsividade tem sido os principais responsáveis pelas dificuldades de aprendizagem (leitura, escrita e matemática) apresentada por crianças com esse transtorno (Albuquerque et. al., 2012). São dessas crianças o maior número de reclamações de professores referentes às anotações, desorganização da carteira, habilidades de estudo, dificuldade de coordenação motora grossa e a demora na finalização das tarefas que exigem esforço mental prologado (DuPaul & Stoner, 2007).

Além das dificuldades acadêmicas apresentadas pelas crianças com TDAH Amércio, Capel e Beleze (2016) e DuPaul e Stoner (2007) destacam os prejuízos sociais

e de linguagem frequentemente percebido nessas crianças. Dentre essas áreas afetadas podem ser identificados o atraso no início da fala e a dificuldade de relacionamento com os pares devido à falta de controle da impulsividade. Contudo, outras funções também podem ser afetadas em decorrência da presença do transtorno, como as habilidades cognitivas.

A despeito das características cognitivas em crianças com TDAH, pesquisas como Gonçalves et. al. (2016) Pires, Passos e Assis (2012) encontraram o QIT dentro da média ou abaixo dela, ratificando os resultados obtidos nesse estudo. Quanto ao atraso no funcionamento intelectual de crianças com TDAH, DuPaul e Stoner (2007) justificam esses achados levando em consideração os próprios sintomas do transtorno em questão.

DuPaul e Stoner (2007) afirmam ainda que se torna evidente o déficit nas habilidades necessárias para realização do WISC IV por criança com TDAH, haja visto que, frequentemente essas crianças apresentam baixos níveis de atenção bem como, muitas vezes, o transtorno de aprendizagem coexistindo ao TDAH. Esses fatores seriam os principais responsáveis pelo o baixo rendimento intelectual dessas crianças.

Em relação aos índices intelectuais avaliadas por este estudo estão: compreensão verbal, índice de organização perceptual, memória operacional e velocidade de processamento. Vale lembrar que em todas as habilidades avaliadas por esses índices mais da metade das crianças apresentaram rendimento abaixo do esperado para a idade deles. Dados como esses também foram encontrados em estudos como de Gonçalves et. al. (2016), no qual observou que o desempenho de crianças com TDAH do tipo desatento ou combinado, em geral, tinha sido inferior para todas as medidas neuropsicológicas.

Pesquisa realizada por Gonçalves et. al. (2016) apontou que dentre as funções cognitivas mais afetadas em criança com TDAH estão à atenção e memória de trabalho. Nos resultados apresentados na Tabela 11 deste estudo, pode-se perceber que o subteste

de memória operacional foi o único em que o rendimento da maioria das crianças foi classificado nos níveis limítrofe e extremamente baixo. Esses dados também foram encontrados em literatura internacional (Karalunas & Huang-Pollock, 2013; Nguyen et. el., 2014).

Diante dos dados apresentados foi possível enfatizar a necessidade de estudos que visam avaliar aspectos da vida do cuidador de crianças com TDAH bem como a influência do transtorno para quem cuida. Para que assim possam ser sinalizadas as principais dificuldades e potencialidades viabilizando propostas de soluções para as demandas tanto para o cuidador quanto para a criança com o transtorno abordado neste estudo. Entende-se que os achados desse estudo foram sustentados pela literatura apresentada e se faz de grande importância para a compreensão de informações relevantes referentes aos cuidadores das crianças acometidas por TDAH.

CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribui para literatura científica, pois apresenta informações importantes para compreensão da saúde psicológicas de cuidadores de crianças com TDAH. Tendo como principais achados a relação da rotina de cuidados à criança com o transtorno com o nível de estresse do cuidador bem como o impacto dos sintomas nas habilidades cognitivas das crianças.

Verificaram-se limitações no método e nas discussões dos dados apresentados neste estudo. No que se refere ao método ressalta-se que a quantidade de participantes pode ter limitado os procedimentos de análise dos dados, uma vez que não foi possível aplicar testes estatísticos para verificar o nível de significância da relação entre as variáveis. Além disso, estudos sobre estresse de cuidadores de crianças com TDAH é frequente na literatura, contudo são poucos os trabalhos que abordam a rotina. Embora pesquisas com essa temática estejam crescendo, não tem sido identificado produções científicas que expõe a relação entre essas variáveis no grupo dos participantes da presente pesquisa, isso dificultou a discussão de dados da presente dissertação, mas por outro lado, reforça a importância dela.

Levando em consideração a ampla implicação, individual e familiar, do TDAH percebe-se a necessidade de estudos que visam descrever a rotina dos demais membros da família para identificar os fatores que implicam no desenvolvimento tanto da criança quanto dos demais indivíduos presentes no contexto familiar. Além disso, análise estatística de correlação deve ser realizada para apontar a relação entre aspectos da rotina com características da saúde psicológica dos indivíduos identificando a influência no funcionamento familiar de pessoas com TDAH.

Conclui-se que, os cuidadores de crianças com TDAH apresentaram diferentes níveis de estresse em decorrência da rotina de cuidados às crianças e muitas vezes, sem

suporte social para compartilhar as tarefas de cuidar. Desse modo, iniciativas que visam intervenções individuais possibilitando o enfrentamento dos eventos estressores e intervenções familiares com o objetivo de instrumentalizar os membros da família quanto ao manejo dos sintomas do transtorno apresentados pela criança, podem contribuir com o tratamento da criança, melhorar a qualidade de vida do cuidador e as relações entre os membros da família.

Referências

- Abidin, R.R. (1995). Parenting Stress Index, Third edition. Psychological Assessment. Resources, Inc., Odessa, FL.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (6th ed.). Washington, DC: Author.
- American psychiatric association. (2014). DSM-V, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5ª ed., 59-66. Porto Alegre: Artmed.
- Américo, C. D. P., Kappel, N. R. R., Berleze, A. (2016). A criança com TDAH: análise do desempenho escolar e engajamento motor. *Cinergis, Santa Cruz do Sul*, 17(2):150-156.
- Bargas, J. A., Lipp, M. E. N. (2013). Estresse e estilo parental materno no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia escolar educacional*, vol.17, n.2, pp.205-213.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Exercícios clínicos (M. F. Lopes, Trad., 3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R.A. (2002). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade TDAH guia completo para pais, professores e profissionais de saúde. São Paulo: Artmed.
- Bellé, A. H., Andreazza, A. C., Ruschel, J., & 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. B. P., Casella, E. B. (2015). Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*, 32(97): 93-103.
- Bernardi, D. (2017). Paternidade e cuidado: “novos conceitos”, velhos discursos. *Psicologia revista*. São Paulo, volume 26, n.1, 59-80.
- Biscegli, T. S., Galego, A. R., Galdezzani, J. P., Faria, T. S., Galego, D. R. C., Felipe, B. (2013). Prevalência de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em pré- escolares de creches. *Pediatria Moderna*, 49(8), 330-336.
- Bolfer, C., Pacheco, S. P., Tsunemi, M. H., Carreira, W. S., Casella, B. B., Casella, E. B. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder: the impact of methylphenidate on working memory, inhibition capacity and mental flexibility. *Arquivo neuropsiquiatria*. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20170030>
- Bonadio, R. A. A., & Mori, N. N. R. (2013). Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade : Diagnóstico e Prática Pedagógica.
- Boyce, W. T., Jensen, E. W., James, S. A., & Peacock, J. L. (1983). The family routines inventory: Theoretical origins. *Social Science and Medicine*, 17(4), 193–200.
- Bronfenbrenner, U. A. (1996). A ecologia do desenvolvimento: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artmed.
- Bucher, J. S. N. F. (1991). Migration familiale, identité et changement socioculturel. In Lavallée, M. Onellet, F., Larose, F. (1991). *Identité, culture et changement social*: Paris Editions I'Harmattan.

- Capovilla, A. G. S., Assef, E. C. S., & Cozza, H. F. P. (2007). Avaliação neuropsicológica das funções executivas. *Avaliação Psicológica*, 6(1).
- Cavarzan, D. F. K, Camargo, D. (2017). Grupo de apoio social para mães de crianças com TDAH. *Jornal internacional e psicologia educacional*, v 3, pp 99-101.
- Costa AC, Dorneles BV, Rohde LAP. (2012). Identificação dos procedimentos de contagem e dos processos de memória em crianças com TDAH. *Psicologia reflexão critica*, 25(4):791-801.
- Couto, T. D. S., Melo-junior, M. R., & Gomes, C. R. A. (2010). Revisão Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. *Ciência & Cognição*, 15(1), 241–251.
- Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., Margari, F. (2016). Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. *Psychiatry Research*, 242, 121–129.
- De La Fuente, A., Xia, S., Branch, C., & Li, X. (2013). A review of attention deficit/hyperactivity disorder from the perspective of brain networks. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(May).
- Del Bianco Faria, A.M. & Cardoso, C. L. (2016). Estresse em cuidadores de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Psico. Porto Alegre*, 47(3), 228-237. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.3.21479>
- Desidério, R. C. S., & Miyazaki, M. C. de O. S. (2007). Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): Orien- tações para a Família. *Revista Semestral Da Associação Brasileira de Psicologia Escolar E Educacional (ABRAPEE)*.
- Dorneles, Corso, L. V., Corrêa Costa, A., Maria, N., Pisacco, T., Lais, Y., Rohde, P. (2013). Impacto do DSM-5 no Diagnóstico de Transtornos de Aprendizagem em Crianças e Adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. *Psychology/Psicologia Refl Exão E Crítica*, 27(4), 759–767. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.2014274167>
- DuPaul, G.J. e Stoner, G. (2007). *TDAH nas escolas*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Faria, A. M. D. B. (2011). *Criança com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: um olhar sobre o cuidador primário*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Feldman, H. M., & Reiff, M. I. (2014). Attention Deficit–Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *New England Journal of Medicine*, 370(9), 838–846.
- Ferreira, P. V. C. (2011). Uma Revisão Teórica sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Estratégias Educacionais de Atendimento ao Aluno com TDAH. *Revista de Psicologia*, 2(Fortaleza), 57–75.
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). [Family context and child mental health problems in the Family Health Program]. TT - Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251–259.
- Fonseca, M. F. B. C., Muszkat, M., & Rizutti, S. (2012). T ranstorno do déficit de atenção mediação psicopedagógica. *Psicopedagogia*, 29(90), 330–339.

- Forner, B. C., Miranda, B.R., Fortea, I. B., Castellar, R. G., Diago, C. C., Casas, A. M. (2017). ADHD Symptoms and peer problems: Mediation of executive function and theory of mind. *Psicothema*, Vol. 29, No. 4, 514-519.
- Freire, V. R. B. P., Silva, S. S. da C. S., Pontes, F. A. R., Borges, J. A. R., & Moura, M. L. S. (2013). Atividades Acadêmicas na Rotina de Crianças Ribeirinhas Participantes do Programa Bolsa Família. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 29(2).
- Freitas, C.L., Del Prette, Z. A. P.(2013). Habilidades sociais de crianças com diferentes necessidades educacionais especiais: Avaliação e implicações para intervenção. *Avances en Psicología Latino americana*, vol. 31, núm. 2, 2013, pp. 344-362.
- Freitas, P. M. de; carvalho, R. C. L.; leite, M. R. S. D. T. & Haase, V. G. (2005). Relação entre o estresse materno e a inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57 (1-2): 46-57.
- Freitas, P. M. de; Rocha, C. M, Haase, V. G. (2014). Análise dos preditores do estado psicológico das mães de crianças com Paralisia Cerebral. *Estudos e pesquisa em psicologia*, vol.14, n.2, pp. 453-473.
- Friedrich, W. N., Greenberg, M. T., & Crnic, K. A. (1993). Short-form of the questionnaire on recourses and stress. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 41-48.
- Gonçalves, H. A., Mohr, R. M., Moraes, A. L., Siqueira, L. S. Prando, M.L, Fonseca, R. P. (2016). Componentes atencionais e de funções executivas em meninos com TDAH: dados de uma bateria neuropsicológica flexível. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 1-10.
- Grych, J. H., Seid, M., & Fincham, F. D. (1992). Assessing Marital Conflict from the Child Perspective : The Children Perception of Interparental Conflict Scale Grych, Seid , and Fincham. *The Society for Research in Child Developme*, 63(Mh 44078), 558–572.
- Guilherme, P. R., Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., & Regalla, M. A. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: Revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 201–207. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300008>
- Henn, C. G., & Sifuentes, M. (2012). Paternidade no contexto das necessidades especiais: Revisão sistemática da literatura. *Paideia*, 22(51), 131–139. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000100015>
- Hora, A. F., Silva, S., Ramos, M., Pontes, F., & Nobre, J. P. (2015). A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura, 29(2), 47–62.
- Kunrath, L. H., & Wagner, A. (2009). Reflexões acerca das estratégias educativas nas famílias com crianças com TDA / H. *Cadernos de Educação*, (32), 251–265.
- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.17-21). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Luizão, A. M., & Scicchitano, R. M. J. (2014). Produção Científica Recente. *Psicopedagogia*, 31(96), 289–297.

- Macedo, M. M. F., Mota, M. E. da, Mettrau, M. B. (2017). WISC-IV: evidências de validade para grupos especiais de superdotados WISC-IV. *Psicologia em Pesquisa*, UFJF, 11(1), 65-73.
- Malagris, I. M. M., Fiorito, A. C. C., (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*.
- Marcon, G. T. G., Sardagna, H. V., Schussler, D. (2016). O questionário SNAP-IV como auxiliar psicopedagógico no diagnóstico preliminar do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Construção psicopedagógica*, vol.24, n.25, pp. 99-118.
- Martins, C., Abreu, W., Figueiredo, M. C. (2017). Tornar-se Pai ou Mãe: o desenvolvimento do processo parental. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*. v.6, n.4, pp. 146-161.
- Mattos, P., Palmini, A., Salgado, C. A., Segenreich, D., Grevet, E., Oliveira, I. R. De, Lima, P. P. (2006). Painele brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28(1), 50–60. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000100007>
- Missawa, D. D. A.; Rossetti, C. B.(2014). Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. *Construção psicopedagógica*, vol.22, n.23, pp. 81-90. ISSN 1415-6954.
- Moreira, M. T., Sakae, T. M., Blatt, C. R., Remor, K. V. T. (2017). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: prevalência e uso de psicofármacos em crianças de um ambulatório no sul de Santa Catarina. *Arquivos Catarinense de Medicina*.
- Nguyen, T. T., Glass, Y. L., Coles, L. D., Kable, J. A., May, P. A., Kalberg, W. O., Sowell, E. R., Jones, K. L., Riley, E. P., Mattson, S. N. (2014). *J Int Neuropsychol Soc*. 20(7): 704–716.
- Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2015). Effects of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder on College Experience Repercusiones del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la Experiencia Universitaria. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 35(2), 613–629.
- Oliveira, D.V.N. (2017). Estresse parental em famílias pobres residentes no município de Belém-Pará. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém – PA: Universidade Federal do Pará.
- Oliveira, E. A. (2006). Delimitando o conceito de stress. *Ensaio e Ciência*, v.1, n.1, p. 11-18,
- Organização Mundial de Saúde. (1993). CID-10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed.
- Peixoto, A. L. B., & Rodrigues, M. M. P. (2008). Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia*, 28, 91–103.
- Pereira, H. S., Araujo, A. P., & Mattos, P. (2005). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora Attention-deficit hyperactivity disorder: aspects related to motor

- activity comorbidity. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, 5(4), 391–402.
<https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000400002>
- Pimentel, M. J., Santos, S. V., Santos, V., Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behavior. *Springer, Verlag*, 61-68.
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de Habilidades Sociais Educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento Training Parent Social Skills for Families of Children with Behavior Problems. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 19(1996), 407–414.
- Pires, T. de O., Silva, C. M. F. P., & Assis, S. G. (2012). Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade Family environment and attention-deficit hyperactivity disorder. *Saude Publica*, 46(4), 624–632. Retrieved from <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n4/aop2932.pdf>
- Rezende, F. P. (2017). *Estresse, Estilo Parental e Percepção de Suporte Familiar no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru.
- Ribeiro, M. M., & Parisi, C. (2013). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah): prejuízos psicossociais às crianças em fase escolar. *Caderno de Ciências Biológicas E Da Saúde*, (2).
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl II), 7–11.
- Roman, T., Rohde, L. A., & Hutz, M. H. (2002). Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 196–201. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000400010>
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M., & Lipp, M. E. N. (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20(45), 73–81.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100010>
- Santos, A. C. A. S., (2015). *(Re)pensando a perturbação de hiperatividade com déficit de Atenção: Contributos de um Estudo de Caso*. Dissertação Mestrado do Instituto politécnico de Viseu. Escola superior de educação de Viseu .Viseu.
- Santos, A. M., Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 675-690.
- Santos, L. de F., & Vasconcels, L. A. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children: An Interdisciplinary Review. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 26(4), 717–724. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000400015>
- Sarah, S. L., Karalunas, L., Huang-Pollock, C. L. (2014). Integrating impairments in reaction time and executive function using a diffusion model framework. *J Abnorm Child Psychol*, 41(5): 837–850.
- Sena, S. S., Souza, L. K. (2013). Percepção dos pais sobre amizade em crianças típicas e com TDAH. *Psicologia clínica*, vol. 25, n.1, p. 53-72.
- Serra-Pinheiro, M. A., Guimarães, M. M., & Serrano, M. E. (2005). A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de

- oposição: Um estudo piloto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(2), 68–72.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000200002>
- Selye, H. (1959). *Stress, a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa - Instituição Brasileira de Difusão Cultural.
- Silva, F. H. O. B; Cavalcante, L. I. C. (2015). Rotinas familiares de crianças com necessidades especiais em família adotiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Abr-Jun 2015, Vol. 31 n. 2, pp. 173-180.
<http://dx.doi.org/10.1590/010237722015021920173180>
- Silva, N. C. B. da, Nunes, C. C., Betti, M. C. M., Rios, K. de S. A. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, vol. 16, no2, 215 – 229.
- Silva, S. S. C.; Pontes, F. A. R.(2016). Rotina de famílias de crianças com paralisia cerebral. *Educar em revista*, n.59, pp.65-78. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.44688>.
- Silva, S. S. C.; pontes, F. A. R.; santos, T. M.; Maluschke, J. B.; Mendes, I. S. A.; silva, s. D. B. (2010). Rotinas familiares de ribeirinhos amazônicos: uma possibilidade de investigação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 341-350.
- Silva, S. S. da C. (2006). Estrutura e dinâmica das relações familiares de uma comunidade ribeirinha da região amazônica.
- Silvares, E. F. de M. (2000). *Estudos de caso em Psicologia Clínica Comportamental infantil*. Editora Papyrus.
- Soler, C. L., Medina, A. R. (2013). TDAH y transtorno del comportamiento em la infancia y la adolescência: clínica, diagnóstico, evolución y tratamiento. Pirámide.
- Souza, I. G. S., Serra-Pinheiro, M. A., Fortes, D., & Pinna, C. (2007). Challenges in diagnosing ADHD in children. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 14–18(December 2006). (ADHD) in Children: An Interdisciplinary Review. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 26(4), 717–724. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000400015>
- Suzuki, S., Gugelmim, M. R. G., Soares, A. V. (2005). O equilíbrio estático em crianças em idade escolar com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.18, n.3, p. 49-54.
- 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.
- Vázquez N, Ramos P, Molina MC, Artazcoz L. (2016). Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental. *Aquichan*, 16(2): 137-147. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.2
- Weber, L. (2014). *Programa de qualidade na interação familiar: manual para aplicadores*. 2ª ed. Curitiba: Juruá.
- Wechsler, D. (2013). *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – Quarta Edição (WISC IV)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Ja, D. (2011). Parent Training Interventions For Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) In Children

Aged 5 to 18 years (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 12(CD003018), 73. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003018.pub3>

Apêndices

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Esclarecimentos da Pesquisa:

Caro participante,

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

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

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

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

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

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

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

Belém, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Nome do Pesquisador Responsável:

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

Nome do Orientador:

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

Apêndice B

Roteiro de Entrevista

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

I. Caracterização Familiar

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

b) Configuração Familiar

Tipo de família: (1) casal sem filhos (2) casal com filhos (3) mulher sem cônjuge com filhos (4) família recombinação (5) família extensa			
Composição familiar (incluir as pessoas que moram na casa com a criança)			
Nº	Nome	Grau de Parentesco com criança	Idade

c) Histórico familiar ou dos responsáveis

Tempo de união dos responsáveis quando a criança nasceu: _____
Houve separação? () Sim. Que idade a criança tinha? _____ () Não
Se houve separação, mantém contato com os responsáveis? () Sim. Frequência? _____ () Não
Depois da separação, o outro responsável participa da educação da criança com TDAH? () Não () Sim Como participa? _____ _____ _____

d) Dados Sócio Demográficos

Renda Familiar Mensal: () sem rendimento () até 1 salário mínimo () mais de um a dois salários mínimos () mais de dois a três salários mínimos () mais de 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 a 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos
Beneficiária de algum programa de transferência de renda governo Federal? (Sim) Qual(s)? _____ (Não)
Moradia: (Casa) (Apartamento) Própria (1) Alugada (2) De parentes (3) Outros _____

II. Caracterização da criança

Informações gerais
Nome: _____ Idade: _____ Gênero: () F () M
Qual a posição da criança na prole: (1º) (2º) (3º) (4º) (outros) _____
Frequenta escola: () Sim () Não Que tipo de escola: () Pública () Particular
Qual a série (ano) está cursando: (1) Educação infantil (2) Ensino fundamental I (3) Ensino Fundamental II
Repetiu alguma série: () Não () Sim. Qual foi o motivo? _____
Transtorno
Qual o diagnóstico da criança? _____
A criança tem outro diagnóstico? (sim) Qual? _____ (Não)
Quem forneceu o diagnóstico ou impressão diagnóstica? _____ Quantos anos a criança tinha? _____
Que tipo de atendimento sua criança frequenta: () Psiquiatra () Psicólogo () Pedagoga () Psicopedagoga () Fono () TO () outros

Há quanto tempo seu filho recebe estes atendimentos _____
A criança faz uso de medicação? () Sim Qual/frequência? _____ () Não
Alguém mais na família tem o diagnóstico de TDAH? (Sim) Quem? _____ (Não)
Há algum membro da família que apresenta as mesmas características da criança com TDAH? (Sim) Quem? _____ (Não)
Relacionamento familiar
Você percebe alguma mudança no ambiente familiar depois do nascimento da criança com TDAH: (Sim) (Não)
Como era o ambiente familiar antes da criança nascer?
Como é ambiente familiar depois do nascimento da criança?
Hoje, como você considera seu relacionamento com sua criança? _____
Como você considera a relação da criança com TDAH com outros membros da família?
Existem situações em que você sente dificuldade para lidar com seu filho? () Sim qual(is) _____ () Não
Você recebeu ou recebe algum tipo de orientação profissional para lidar com o comportamento de sua criança com TDAH? (Não) (Sim) Qual? Frequência?

Apêndice C

SNAP IV

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X)

	Nenhum pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da 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 exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou 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 as perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas.				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas/ jogos).				
<i>Versão em Português validada por Mattos et al, 2005.</i>				

Apêndice D

Inventário de Rotina (IR) (Silva, 2006)

Turno	Atividade	Local	Companhia	Observações: Frequência, duração, conteúdo, onde dorme, com quem dorme, etc
Manhã				
Tarde				
Noite				

Apêndice E

Questionário de Estresse para Pais de crianças com Transtorno de Desenvolvimento- QE-PTD (Freitas, 2005)

Instruções para o preenchimento do Questionário de Estresse para Pais

1. Responda com relação ao seu filho sobre o qual estamos falando.
2. Nenhuma questão deverá ficar sem resposta
3. Em cada questão você deverá marcar V (se a alternativa com relação a ele for verdadeira) e F (se for falsa).
4. Os espaços em branco servem para que você pense no nome de seu filho.

1. _____ não se comunica com outras crianças de sua faixa etária. () V () F
2. Os outros membros da família têm que ficar sempre cheios de cuidados por causa de _____. () V () F
3. Nossa família concorda com coisas importantes. () V () F
4. Eu me preocupo com o que pode acontecer com _____ quando eu não estiver mais presente. () V () F
5. _____ é limitado quanto ao tipo de trabalho que ele/ela poderá fazer para viver. () V () F
6. Eu acabei me conformando com a idéia de que _____ porá ter que acabar indo viver em algum tipo de instituição, como por exemplo um asilo ou lar abrigado. () V () F
7. Eu desisti de muitas coisas que eu queria realizar só para cuidar de _____. () V () F
8. _____ está bem adaptado ao ambiente social da família. () V () F
9. Eu me sinto bastante incomodado pelo fato de que _____ será sempre desta maneira. () V () F
10. Eu me sinto tenso quando tenho que ir com _____ a um lugar público. () V () F
11. Levar _____ junto para as férias acaba estragando a alegria de toda a família. () V () F
12. Eu me sinto deprimido com o rumo que minha vida tomou. () V () F
13. Algumas vezes eu me sinto constrangido e envergonhado por causa de _____. () V () F
14. _____ não faz tantas coisas quanto poderia fazer. () V () F
15. É muito difícil se comunicar com _____ porque ele/ela tem dificuldades de compreender o que lhe é dito. () V () F
16. _____ é super protegido. () V () F
17. _____ tem muito tempo livre. () V () F
18. Eu fico frustrado pelo fato de _____ não levar uma vida normal. () V () F
19. O tempo custa a passar para _____, especialmente as horas livres. () V () F
20. _____ não consegue prestar atenção por muito tempo. () V () F
21. Eu me preocupo com o que vai acontecer com _____ a medida que ele/ela for ficando mais velho. () V () F
22. Eu estou sempre tão cansado, que nunca consigo aproveitar. () V () F
23. Existe muita raiva e ressentimento na nossa família. () V () F
24. _____ pode tomar um ônibus sozinho. () V () F
25. As constantes exigências impostas pelo cuidado de _____ limitam o meu desenvolvimento e crescimento pessoal. () V () F
26. Eu me sinto triste quando penso em _____. () V () F
27. Eu me preocupo freqüentemente com o que vai acontecer com _____, quando não puder mais cuidar dele/dela. () V () F
28. As pessoas não conseguem entender o que _____ tenta falar. () V () F
29. Tomar conta de _____ é uma fonte de estresse para mim. () V () F
30. _____ sempre será um problema para nós. () V () F
31. _____ precisa usar fraldas ou plástico na cama. () V () F

