

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO

Faculdade de Ciências – Câmpus Bauru

Programa de pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

FERNANDA PÁDUA REZENDE

**ESTRESSE, ESTILO PARENTAL E PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR
NO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

BAURU
2017



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO

Faculdade de Ciências – Câmpus Bauru

Programa de pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

FERNANDA PÁDUA REZENDE

**ESTRESSE, ESTILO PARENTAL E PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR
NO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, área de concentração Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais.

BAURU
2017

Rezende, Fernanda Pádua.

Estresse, estilo parental e percepção de suporte familiar no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade/ Fernanda Pádua Rezende, 2017

47 f.

Orientador: Sandra Leal Calais

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciência, Bauru, 2017

1. TDAH. 2. Estresse. 3. Família. 4. Parentalidade. 5. Apoio. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE FERNANDA PÁDUA REZENDE, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 09 dias do mês de fevereiro do ano de 2017, às 09:00 horas, no(a) Sala 1 do prédio da pós-graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Prof^º Dr^ª SANDRA LEAL CALAIS - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. SIMONE APARECIDA CAPELLINI do(a) Departamento de Fonoaudiologia e Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia / Faculdade de Filosofia e Ciências - UNESP/ Campus de Marília, Profa. Dra. ANA CLAUDIA MOREIRA ALMEIDA VERDU do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de FERNANDA PÁDUA REZENDE, intitulada **ESTRESSE, ESTILO PARENTAL E PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR NO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Prof^º Dr^ª SANDRA LEAL CALAIS

Profa. Dra. SIMONE APARECIDA CAPELLINI

Profa. Dra. ANA CLAUDIA MOREIRA ALMEIDA VERDU

Dedico este trabalho às crianças que recebem o diagnóstico de TDAH e, especialmente aos pais, que entram em uma jornada na busca de compreensão sobre seus filhos. Pude ver em cada olhar a esperança e a necessidade do cuidado e da atenção especializada direcionada às aflições familiares, merecedoras de destaque no atendimento psicológico.

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Sandra Leal Calais pela orientação e dedicação, com atenção, carinho e compreensão fez com que o trabalho pudesse ser desenvolvido da melhor forma possível.

À professora Doutora Simone Aparecida Capellini quem gentilmente cedeu espaço para realização da coleta de dados. Sempre solícita e com excelente humor, me acolheu com toda sua atenção e empenho para o desenvolvimento de pesquisa.

À toda equipe do Laboratório de Investigação dos Desvios de Aprendizagem – LIDA que proporcionaram condições para a coleta. Especialmente Bianca Santos que sempre esteve disposta para me receber e orientar sobre como proceder na instituição.

À minha família, que mesmo morando distante, sempre me apoiou e me deu forças nos momentos de tensão e inseguranças.

Ao meu tio Geraldo Rezende, falecido há alguns anos, mas na época em que viveu foi um incentivador para os estudos e leituras, uma pessoa incrível que sabia valorizar a importância do conhecimento em nossas vidas e, que com certeza, foi quem me motivou e despertou para mergulhar nesta aventura.

Ao meu noivo Ronaldo, o meu maior incentivador, quem nunca me deixou desistir, perto dele a motivação ressurgue nas maiores dificuldades.

Ao professor Doutor Hugo Cardoso que se dispôs no auxílio deste trabalho, contribuiu significativamente com seus conhecimentos e sugestões. Sem sua colaboração o caminho seria mais difícil.

REZENDE, F. P. **Estresse, Estilo Parental e Percepção de Suporte Familiar no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 2017. 47f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2017.

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é descrito essencialmente como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que gera interferências no desenvolvimento infantil. Crianças com o diagnóstico apresentam sintomas em pelo menos dois contextos distintos, como na escola e no ambiente familiar, exigindo habilidades dos pais. Os pais podem apresentar condição de estresse em função das dificuldades encontradas na educação dos filhos com TDAH, assim como problemas na maneira de gerenciar a disciplina, regras, limites e afetos para a criança, comprometendo o estilo parental. O suporte familiar é um recurso que pode atenuar sintomas de estresse e beneficiar na educação das crianças, mas pais de crianças com TDAH podem perceber/receber menos este apoio. Os objetivos do estudo foram caracterizar o estresse, estilo parental e percepção de suporte familiar em pais de crianças com TDAH e estabelecer relações entre estas variáveis. O projeto foi executado em uma clínica de universidade pública do estado de São Paulo com pai e mãe de crianças nas idades de seis a treze anos, perfazendo 42 participantes. Para isso, foram utilizados os seguintes instrumentos: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL), o Inventário de Estilos Parentais (IEP) e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Os resultados indicam que as mães apresentam mais estresse do que os pais; das mães com estresse há associação com a utilização de práticas parentais negativas e apresentam a percepção de suporte familiar mais baixa do que mães sem estresse, principalmente nos fatores autonomia e adaptação. Os pais apresentaram práticas parentais mais negativas e percepção de suporte familiar mais baixa independente de sintomas para o estresse. E, quanto maior a idade da criança pior o estilo parental, no grupo todo de participantes. Espera-se que os dados encontrados possam contribuir com a literatura da área, oferecer subsídios para futuros estudos, bem como colaborar com possíveis estratégias de intervenção a esta população e auxiliar em protocolos de avaliação considerando-se os pais como alvo de investigação.

Palavras-chave: TDAH. Estresse. Família. Parentalidade. Apoio.

REZENDE, F. P. **Stress, Parental Style and Perception of Family Support in Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. 2017. 47f. Thesis (Master's Degree in Developmental and Learning Psychology) - UNESP, College of Sciences, Bauru, 2017.

ABSTRACT

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by a persistent pattern of inattention and / or hyperactivity-impulsivity that generates interferences in the development of children. Children with the diagnosis have symptoms in at least two distinct settings, such as at school and in the family environment, requiring parental skills. Parents may present a stress condition due to difficulties encountered in the education of children with ADHD, as well as problems in the management of discipline, rules, limits and affections for the child, compromising the parental style. Family support is a resource that can attenuate stress symptoms and benefit in the education of children, but parents of children with ADHD may perceive / receive less of this support. The objectives of the study were to characterize stress, parental style and perception of family support in parents of children with ADHD and to establish relationships between these variables. The project occurred in a public university clinic in the state of São Paulo with the father and mother of children aged six to thirteen, making up 42 participants. For this, the following instruments were used: *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)*, *o Inventário de Estilos Parentais (IEP)* e *o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)*. The results suggest, mothers present more stress than the fathers; mothers with stress are associated with the use of negative parental practices and present the perception of lower family support than mothers without stress, especially in the autonomy and adaptation factors. Fathers presented more negative parenting practices and perceived lower family support regardless of symptoms for stress. And the higher the child's age the worse the parental style across the group of participants. It is hoped that the data found may contribute to the literature of the area, offer subsidies for future studies, as well as collaborate with possible strategies of intervention to this population and help in evaluation protocols considering the parents as research target.

Keywords: ADHD. Stress. Family. Parental Style. Perception of Family Support.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência de estresse nas mães segundo o ISSL (N=22)...	25
Tabela 2 – Distribuição da frequência de estresse nos pais segundo o ISSL (N=20)....	25
Tabela 3 – Distribuição da frequência do estilo parental materno avaliado pelo IEP (N=22).....	26
Tabela 4 - Distribuição da frequência do estilo parental paterno avaliado pelo IEP (N=20).....	26
Tabela 5 – Distribuição da frequência do estilo parental relacionado com o estresse nas mães de acordo com o IEP e o ISSL (N=22).....	27
Tabela 6 - Distribuição da frequência do estilo parental relacionado com o estresse nos pais de acordo com o IEP e o ISSL (N=20).....	27
Tabela 7 – Distribuição da frequência de percepção de suporte familiar nas mães de acordo com o IPSF (N=22).....	28
Tabela 8 - Distribuição da frequência de percepção de suporte familiar nos pais de acordo com o IPSF (N=20).....	28
Tabela 9 – Distribuição da frequência da percepção de suporte familiar relacionado com o estresse nas mães de acordo com o IPSF e o ISSL (N=22).....	29
Tabela 10 - Distribuição da frequência da percepção de suporte familiar relacionado com o estresse nos pais de acordo com o IPSF e o ISSL (N=20).....	30
Tabela 11 – Comparação entre ISSL, IEP e IPSF, de acordo com o sexo dos participantes, por meio do Teste t de Student (N=42).....	31
Tabela 12 – Comparação da presença e ausência de estresse materno com os dados do IEP e do IPSF de acordo com o Test t de Student (N=22).....	31
Tabela 13 – Comparação da presença e ausência de estresse paterno com os dados do IEP e do IPSF de acordo com o Test t de Student (N=20).....	32
Tabela 14 – Correlação entre as idades dos(as) filhos(as) dos participante com o ISSL, IPSF e IEP de acordo com a correlação de Pearson (N=42).....	33
Tabela 15 - Correlação do ISSL, IPSF e IEP, no grupo das mães, de acordo com a correlação de Pearson (N=22).....	33
Tabela 16 - Correlação do ISSL, IPSF e IEP, no grupo dos pais, de acordo com a correlação de Pearson (N=20).....	34

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2. Justificativa.....	21
3. Objetivos.....	22
4. Método.....	22
4.1. Participantes.....	22
4.2. Local.....	22
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimento.....	23
4.5. Análise dos dados.....	24
5. Resultados.....	24
6. Discussão.....	34
7. Considerações Finais.....	39
Referências.....	41
ANEXOS.....	45

1. INTRODUÇÃO

Antes de serem conhecidas as evidências científicas prevalentes hoje sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) houve discussões e modificações das causas e nomenclatura. O início dos estudos foi em 1902 com o pediatra George Still, para quem comportamentos de desatenção, hiperatividade e dificuldades de obediência eram chamados como patologia da moral. As crianças eram observadas e a hipótese de lesão cerebral como causa foi sustentada por muitas décadas, pois acidentes cerebrais foram associados a posterior manifestação de hiperatividade. Assim, o termo lesão cerebral mínima era utilizado para se referir às alterações comportamentais correspondentes ao TDAH até 1940 (BARKLEY, 1997).

Durante este período, os estudos tinham como foco a hiperatividade, influenciando as modificações de nomenclatura até 1960, começando com transtorno hipercinético, depois com síndrome do impulso hipercinético e síndrome da criança hiperativa (CALIMAN, 2010). A partir de 1962 não se sustentava mais a hipótese de a causa da hiperatividade ser uma lesão cerebral, pois nem todos hiperativos apresentavam lesão, mas acreditava-se em funcionamento alterado do cérebro.

A nomenclatura sofre nova alteração em 1970 para distúrbio do *déficit* de atenção com ou sem hiperatividade, período com ênfase dos estudos nos aspectos atencionais. Nas décadas de 1980 e 1990, tecnologias de imagem cerebral e estudos sobre aspectos biológicos dos transtornos mentais dão sustentação para a legitimação do TDAH como transtorno neurobiológico e a nomenclatura sofre nova alteração para Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (CATELAN-MAINARDES, 2010).

Em 2007, no México, ocorreu o primeiro Consenso Latinoamericano sobre TDAH, onde se produziu a “Declaración de México para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)” um documento com os principais sintomas do transtorno e intervenções baseadas em evidências científicas. Em 2008, houve o segundo Consenso Latinoamericano no qual se formou “La Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH)” composta por equipes de profissionais, psiquiatras, neurologistas, psicólogos, dentre outros, que revisaram a declaração do México, sinalizando as necessidades de estudo contínuo sobre TDAH e formas mais eficazes de tratamento.

A Liga se reuniu em Cartagena, em 2009, para nova discussão a respeito da investigação científica sobre TDAH e tentativa de rompimento dos estigmas

relacionados ao transtorno e o seu tratamento. Desta forma, foi formada a “Declaración de Cartagena” documento com descrições clínicas, terapêuticas e de tratamento para o TDAH baseado em evidências científicas para divulgação e conhecimento desta condição clínica (OLVERA; ORTIZ; PÉREZ, 2010).

No Brasil, desde 1999, existe a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), uma associação sem fins lucrativos que visa informação científica e suporte às pessoas com o transtorno e seus familiares, por meio de grupos de apoio. Um site está disponível ao público em geral (<http://www.tdah.org.br/>).

Houve mudanças em alguns aspectos do TDAH no que se refere a sua descrição na nova versão do Manual Estatístico de Transtornos Mentais (DSM –V, 2013). No caso dos adultos, cinco sintomas devem se manifestar para critério de diagnóstico, na versão anterior eram seis sintomas. No DSM-IV não era possível o diagnóstico de TDAH em casos de autismo, o que agora é possível. Quanto à idade de início do transtorno, no antigo DSM os sintomas deveriam estar presentes antes dos sete anos, passando então para 12 anos, o que facilitou para adultos diagnosticados lembrarem de seus sintomas na infância. A palavra “subtipo” foi modificada para “apresentação”, pois a primeira levava a interpretação de sintomas fixos, a segunda mostra a ideia de que os sintomas podem se modificar com o tempo. A remissão parcial dos sintomas foi acrescentada e também a possibilidade de se classificar o TDAH em leve, moderado e grave, de acordo com o grau de comprometimento.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), de acordo com o DSM-V (2013), é caracterizado essencialmente por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade. Pode ser de três tipos, predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo e do tipo combinado.

Segundo o DSM-V (2013), o TDAH está presente em torno de 5% das crianças e 2,5% em adultos, é mais frequente no sexo masculino e há maior probabilidade de, no sexo feminino, ter sintomas predominantes de desatenção. No entanto, outros índices são encontrados, variando de 3% até 26% de prevalência em crianças com idade escolar, o que indica alterações nos critérios para diagnosticar o transtorno (GRAEFF; VAZ, 2008).

A diferença de prevalência pode ser vista entre culturas quando Wedge (2013) destacou que nos Estados Unidos 9% das crianças pré-escolares recebem o diagnóstico de TDAH, enquanto que na França a taxa cai para 0,5%. São indícios que podem mostrar ou excesso de falsos diagnósticos, ou a negligência em diagnosticar, assim

como, revelar concepções distintas sobre o que seja o TDAH. Nos EUA, é entendido como condição neurobiológica, enquanto na França os aspectos ambientais e sociais são compreendidos como mais relevantes na explicação e tratamento do transtorno.

As crianças com TDAH, de acordo com Barkley (2002) e Kearney (2012), apresentam as características do transtorno desde muito cedo, perdurando ao longo da vida. Quando as exigências e demandas acadêmicas e sociais aumentam, tornam-se mais evidentes as dificuldades como realizar tarefas até o fim, organizar-se, concentrar-se, planejar-se e cumprir com compromissos sociais. Barkley (2002) considera o TDAH como um transtorno do desenvolvimento do autocontrole, pois identifica problemas em manter a atenção, no controle de impulsos e de nível de atividade, havendo um prejuízo da criança em sua capacidade de controlar o comportamento.

Gonçalves, Pureza e Prando (2011) indicam *déficits* de funções executivas em crianças com TDAH, como em atenção, memória de trabalho, tomada de decisões e auto-monitoramento. Gonçalves et al. (2013) e Montiel et al. (2014) também referiram desempenho inferior de crianças com TDAH em funções executivas, especialmente em planejamento, organização e monitoramento da atenção. Aquelas com maiores *déficits* atencionais apresentaram maiores dificuldades em controle inibitório.

O funcionamento cerebral de pessoas com TDAH pode exibir alterações no lobo frontal que apresenta atividade reduzida, com menor fluxo sanguíneo e menor atividade elétrica, e também no núcleo caudado, além de disfunção de neurotransmissores quanto a transmissão e receptação de dopamina e noradrenalina (BARKLEY, 2008). Assim, o comprometimento na região cerebral atua nos *déficits* de funções executivas, sobretudo, na dificuldade de inibição do comportamento (MONTIEL et al., 2014).

O TDAH é considerado multideterminado e um conjunto amplo de variáveis estão associadas à sua manifestação e manutenção. As variáveis biológicas indicam mau funcionamento cerebral, o que explica a condição neurobiológica do transtorno. No entanto, outros fatores como baixo peso ao nascer, exposição do feto ao álcool e/ou cigarro durante a gestação e exposição da criança ao chumbo, aumentam o risco para desenvolvimento do TDAH, mas não há clareza na literatura sobre como isso se dá. O componente genético também é muito discutido como causa, pois é possível verificar alta frequência de pais e filhos com o diagnóstico, assim como entre irmãos. Porém, a causa mais aceita e com mais evidências científicas até o momento são as alterações no desenvolvimento cerebral (BARKLEY, 2008).

Muito se tem avançado em pesquisas sobre o assunto, auxiliando no diagnóstico e tratamento. Graeff e Vaz (2008) enfatizaram a importância do diagnóstico minucioso pelo profissional especializado, com o uso de entrevistas com pais, com professores e com a própria criança. Indicam a necessidade de escalas e inventários que darão acesso mais direto e específico aos comportamentos da criança.

Gonçalves et al. (2013) alertam para o excesso de diagnósticos falsos-positivos do transtorno, pois muitas vezes são feitos com pouco cuidado pelo clínico. Mencionam que a avaliação neuropsicológica ainda não é amplamente difundida como protocolo de avaliação, mas é um meio que pode auxiliar, pois fornece dados importantes sobre padrões de funcionamento cognitivo.

Para Rohde et al. (2004), antes de apontar um transtorno neurobiológico, os profissionais devem buscar informações sobre indicativos de outras condições, como uma reação a fatores psicossociais desencadeantes, consequência de situações familiares conturbadas ou de um sistema de ensino inadequado. Barkley (2002) mostra que são os comportamentos da criança e grau de prejuízo gerado que darão fundamentação para o diagnóstico, pois não há nenhum exame médico ou teste psicológico definitivo para o TDAH, contribuindo para que o diagnóstico seja impreciso ou equivocado.

São muitos os danos que ocorrem na vida destes indivíduos como problemas acadêmicos, comportamento antissocial, abuso de substâncias, autoestima mais baixa, maiores probabilidades de desenvolver transtorno de ansiedade, tendência à delinquência, senso de fracasso e propensão a se envolverem em acidentes de trânsito (BARKLEY, 2002; KEARNEY, 2012). Portanto, considerando o que Rohde et al. (2004) colocam como fatores psicossociais desencadeantes, torna-se relevante destacar essas variáveis para o estudo do TDAH e compreender como os prejuízos podem ser agravados ou controlados, dependendo do contexto psicossocial.

Relações familiares, estresse, estilos parentais, suporte familiar e TDAH

Apesar de ser considerado uma disfunção fisiológica, uma doença neurobiológica e a influência de fatores genéticos ainda ser contraditória, há discussões sobre se vários genes poderiam gerar vulnerabilidade ao TDAH, que se manifestaria a partir de condições ambientais favoráveis para o transtorno (ROHDE; MATOS, 2003). Embora o DSM-V (2013) aponte que os padrões de interação familiar no início da infância não causam o transtorno, não se desconsideram as influências no curso, ou até

mesmo, a contribuição para o desenvolvimento de comorbidades como problemas de conduta.

De acordo com Couto, Melo-Júnior e Gomes (2010) as comorbidades mais frequentes ao TDAH são transtorno desafiante de oposição (TOD), transtorno de conduta (TC), abuso de substâncias, tiques e transtornos de humor, de ansiedade e de aprendizagem. Estima-se que cerca de 50% dos que recebem o diagnóstico de TDAH apresentam alguma outra condição ou irão apresentá-la ao longo da vida.

Johnston e Mash (2001) fizeram um levantamento crítico da literatura sobre famílias com crianças com TDAH e constataram que muitas questões permanecem sem respostas como, por exemplo, até que ponto as relações familiares contribuem para o aparecimento de comorbidades como TOD e TC. Há também questões sobre a causalidade do TDAH, que segundo os autores, pode estar fortemente relacionada com predisposição biológica. No entanto, afirmam que embora a literatura mostre esta direção, o ambiente familiar é considerado também como fator importante para o desenvolvimento, manifestação e evolução do transtorno. Há um caráter bidirecional, ou seja, não é só o comportamento das crianças que afeta os pais, mas também, os comportamentos dos pais influenciam as crianças (BENCZIK; CASELLA, 2015).

Dessa forma, não é possível abdicar da contextualização ao se avaliar um caso de TDAH. Os pais têm influência na manifestação do transtorno, da mesma forma que a criança influencia o comportamento dos pais, o que revela o primeiro componente referente ao TDAH, que é o contexto familiar de modo geral.

Segundo Benczik e Casella (2015), Kunrath, Wagner e Jou (2006) e Wagner (2012) o ambiente familiar onde as crianças com TDAH estão inseridas geralmente é mostrado como conturbado, conflituoso e exaustivo. Yousefia, Far e Abdolahin (2011) colaboram concluindo que os pais na situação desafiadora de educar, colocar regras e tarefas de vida diária, podem utilizar punição e disciplina inconsistente, levando ao agravamento de comportamentos agressivos ou de oposição dos filhos. Assim, para Benczik e Casella (2015) as interações familiares são marcadas por conflitos, desarmonia e discórdia, além disso os pais percebem seus filhos com características negativas, inoportunos, desobedientes, aversivos e preguiçosos.

Guilherme et al. (2007) sugerem que o TDAH está associado a famílias com maiores disfunções, com histórico de tratamento psiquiátrico e abuso de álcool. As dificuldades psicossociais estão associadas com a severidade do TDAH. Souza e Souza (2016) salientam que fatores ambientais como problemas graves de relacionamento

familiar, pais com transtornos mentais, baixo nível socioeconômico e cultural podem contribuir para manutenção ou agravamento dos sintomas de TDAH.

Portanto, de acordo com Wagner (2012) o contexto familiar é, muitas vezes, difícil e cheio de desafios aos pais de crianças com TDAH. Assim, uma possível condição de estresse pode estar presente nos pais, tornando-se uma variável de interesse.

O estresse é entendido como fenômeno psicossocial, que gera alterações no funcionamento neurofisiológico em situações de ameaça, podendo essa ameaça ser real ou imaginária (SANTOS, 2010). Selye (1959) foi um dos precursores dos estudos sobre estresse e o define como conjunto de reações que o organismo apresenta em situações que exigem esforço adaptativo. Para Lazarus e Folkman (1984) é entendido como relação entre pessoa e ambiente, de modo que o indivíduo avalia as próprias condições e recursos para lidar com uma situação que pode ameaçar seu bem-estar físico e psicológico.

Lipp, Malagris e Novais (2007) compreendem o estresse de acordo com aspectos emocionais e resultante da interação da pessoa com o mundo em que vive. Descrevem que é o modo individual de reagir diante de algo bom ou ruim, havendo necessidade de esforço maior do que o usual para adaptação, é estado de tensão que pode gerar desequilíbrio no funcionamento global do indivíduo, enfraquecendo o sistema imunológico.

Selye (1984) propôs três fases do estresse, alerta, resistência e exaustão, Lipp (2003) apresenta o modelo quadrifásico para o estresse acrescentando a fase de quase exaustão. A fase de alerta é considerada positiva, pois prepara o organismo para ação, há produção de adrenalina e a pessoa fica mais atenta, produtiva e motivada. A fase de resistência ocorre quando se fica muito tempo em alerta, assim o organismo busca reestabelecimento do equilíbrio, há produção de cortisol e vulnerabilidade para vírus e bactérias.

Quando a tensão excede os limites possíveis de gerenciamento, não há mais resistência física e emocional, passa-se para a fase de quase exaustão, na qual se faz muito esforço para produzir, pode surgir ansiedade, maior produção de cortisol e queda significativa no sistema imunológico. A última fase é considerada mais patológica, o organismo entra em exaustão, ocorre desequilíbrio considerável, pode surgir depressão, dificuldade de concentração e doenças graves (LIPP, 2003).

Assim, o estresse tenta traduzir sinais que indicam que o organismo está funcionando fora de seu padrão habitual. No entanto, não há como evitar totalmente o

estresse que, em doses moderadas, serve para manter o organismo motivado, revigorado, tem a função de mecanismo de sobrevivência útil, mas deve ser manejado para não exceder os limites gerenciáveis (FARO; PEREIRA, 2013).

Bargas e Lipp (2013) estudaram o estresse em famílias de crianças com TDAH e mostraram que as crianças e as mães apresentaram estresse. Quando havia mais hiperatividade na criança, a mãe se apresentava mais estressada. Bellé et al. (2009) indicaram que as mães de crianças com TDAH experienciavam mais estresse parental do que mães de crianças com desenvolvimento típico e que quanto maior a severidade dos sintomas de hiperatividade e impulsividade, pior a fase de estresse parental.

Del Bianco Faria e Cardoso (2016) analisando estresse em cuidadores diretos de crianças com TDAH, sendo eles mães, avós e madrastas, apontaram que o estresse estava presente em 95% das participantes, estando 50% delas, na fase de quase exaustão. No grupo controle, de cuidadores de crianças sem condição clínica, 70% não apresentaram sintomas de estresse.

A participação na pesquisa de Del Bianco Faria e Cardoso (2016) foi exclusivamente feminina e os autores reforçaram a reflexão do papel atribuído às mulheres ao assumirem mais de uma jornada de trabalho e, conseqüentemente, sentirem-se sobrecarregadas, agravando os sintomas de estresse. De acordo com Freitas et al. (2009), a figura paterna se envolve na educação dos filhos com a tarefa de prover e brincar e a mulher cuida da disciplina e das regras. Santos e Cardoso (2015) mostraram, que na maioria das pesquisas, as responsáveis pelos cuidados à criança, são as mulheres.

Se o estresse tem relação significativa com os sintomas de TDAH, espera-se que havendo controle destes sintomas, haja melhoras na condição de estresse vivenciada pelos pais. O estudo de Guerreiro-Prado et al. (2015) evidenciou que os pais de crianças em tratamento com bons resultados (todas receberam terapia psicoeducacional e 97% medicamento) apresentaram melhoras significativas no estresse.

A dificuldade de se encontrar maneiras favoráveis de gerenciar as demandas dos filhos pode levar ao desenvolvimento do estresse nos pais. O TDAH nas crianças exige dos pais habilidades na organização da rotina e nas tarefas diárias, o que pode ser exaustivo, provocando um ambiente familiar cansativo e conflituoso. Esse gerenciamento é o manejo dos comportamentos das crianças que deve ser permeado de cuidados e afetos para que possa favorecer as capacidades socioafetivas dos filhos (PAPALIA; FELDMAN, 2012).

A literatura vem mostrando a relevância de estudos sobre práticas educativas parentais e estilos parentais, pois influenciam significativamente no desenvolvimento infantil (CARVALHO; SILVA, 2014). Sabe-se que a forma como os pais atendem as demandas dos filhos, sejam elas comportamentais, físicas ou psicológicas, produzem consequências sobre como as crianças irão se adaptar às exigências da sociedade (OLIVEIRA et al., 2002; WEBER et al., 2004).

As práticas educativas parentais, quando combinadas entre si, permitem definir o estilo parental, que foi inicialmente tratado por Baumrind (1966) que propôs três tipos de modelos/estilos parentais como autoritativo, autoritário e permissivo. Maccoby e Martin (1983) salientaram a ideia de dimensões de estilos parentais, como exigência (busca de controle do comportamento dos filhos com regras e limites) e responsividade (atitudes compreensivas dos pais que visam desenvolver autonomia e autoafirmação).

Segundo o modelo de Maccoby e Martin (1983), há quatro tipos de estilo parental, o autoritativo que direciona a criança de maneira racional, cordial, incentivando o diálogo, dando apoio e afeto, ao mesmo tempo em que consegue gerenciar a disciplina; o indulgente, pais extremamente afetivos, mas que estabelecem poucas regras e limites; o autoritário, com pouca afetividade e muita exigência e, o negligente, com pouco interesse pelos filhos, baixa responsividade e pouco afeto. Conforme Darling e Steiberg (1993) os estilos parentais devem ser compreendidos de acordo com os contextos dos pais, dentro dos quais se esforçam para passar às crianças suas crenças e valores.

Para Gomide (2006) o estilo parental é o resultado do conjunto das práticas educativas parentais que pode ser ótimo, regular abaixo da média, regular acima da média ou de risco. Essas práticas educativas parentais são estratégias utilizadas na educação dos filhos, podendo ser positivas ou negativas.

Dentre as práticas consideradas positivas, a monitoria positiva se refere a comportamentos dos pais de uso adequado da atenção, estabelecimento de regras, distribuição contínua e segura de afeto, acompanhamento e supervisão das atividades escolares dos filhos. Outra prática é o comportamento moral que implica em passar para os filhos valores éticos e morais da sociedade, tais como senso de justiça, empatia, responsabilidade, trabalho, generosidade, conhecimentos sobre uso de álcool e drogas e informações sobre sexo seguro (GOMIDE, 2006).

Quanto às práticas negativas, Gomide (2006) descreve que a negligência se refere à ausência de atenção e afeto; o abuso físico e psicológico tem relação com tapas,

ameaça de abandono, chantagens e humilhação; a disciplina relaxada é deixar a criança não cumprir com as regras estabelecidas; a punição inconsistente é quando os pais punem ou reforçam de acordo com o próprio humor e a monitoria negativa é caracterizada por excesso de instruções que, independentemente de serem cumpridas, tornam o ambiente hostil.

Estudar o estilo parental de pais de crianças com TDAH torna-se relevante, pois se os filhos apresentam dificuldades de manter atenção ou compreender ordens, podem ser tidos como desobedientes e receber punição física. Outros pais, na tentativa de controlar a hiperatividade, os deixam horas assistindo televisão ou jogando videogame e até acatando as vontades mais inusitadas da criança com a finalidade de evitar brigas e desgastes (KEARNEY, 2012).

Bargas e Lipp (2013) indicam uma predominância de estilos parentais de risco em mães de crianças com TDAH. Assim como, Kunrath, Wagner e Jou (2006) mostraram que os pais destas crianças apresentam significativa dificuldade de fazer com que elas cumpram regras e obedeçam aos limites propostos, utilizando frequentemente práticas parentais negativas.

Em um estudo de caso realizado por Araújo (2009), a autora indica que as práticas parentais consideradas negativas contribuíram para a manutenção dos sintomas de TDAH de uma criança. Também considera que esta forma de relação entre pais e filhos pode desencadear outros comportamentos como agressividade, furtos, mentiras e oposição.

Outra contribuição neste sentido é a de Frassetto e Brakos (2010) que mostram a importância do relacionamento familiar em se tratando de crianças com o TDAH. Os autores indicam o significativo impacto das práticas parentais negativas no agravamento dos sintomas de TDAH e ressaltam a necessidade de intervenção com os pais.

Assim, os pais passam por dificuldades significativas, evidenciando a necessidade de enfrentamento e ajuda, como por exemplo, receber algum tipo de apoio. Castro, Campero e Hernández (1997) relatam que qualquer tipo de relação de apoio pode ajudar nas condições de saúde física e psicológica, pois é um recurso que oferece informação, assistência e proteção advindos de pessoas/grupos com os quais se tem contato direto, e que resulta em efeitos emocionais e comportamentais positivos.

O apoio social percebido pelos indivíduos é um recurso de enfrentamento, por meio dele é possível ter condições de resolver situações estressantes. No entanto, falar em apoio *percebido* quer dizer que o apoio tem um significado para cada pessoa, é a

satisfação ou não do auxílio de forma individual, tem a ver com a relação mantida com quem dá e recebe, assim como com a história de vida e aprendizagem de cada um, com o momento atual e com as características pessoais. Portanto, aceitar e perceber o apoio como efetivo depende destas variáveis individuais (GONÇALVES et al., 2009).

Uma das formas de apoio social é o suporte familiar, entendido por Baptista e Oliveira (2004) como a forma em que há manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência entre os integrantes da família. Para Campos (2004) o principal efeito do suporte familiar é quando os membros da família conseguem entender este suporte como satisfatório, sentindo-se amados, valorizados, compreendidos, reconhecidos, acolhidos, protegidos e cuidados, em uma rede com informações e recursos. Souza, Baptista e Alves (2008) acreditam que se o indivíduo percebe favoravelmente o suporte familiar disponível, encontra meios para enfrentar situações adversas.

Para Bellé et al. (2009), as mães de crianças com TDAH percebem menos apoio social e pouca satisfação com o que recebem, mas quando referem satisfação, foi possível notar que o apoio funcionou como atenuante para o estresse. Moreira (2010) relatou que a percepção de apoio familiar dos pais (pais/mães) era menor, especialmente naqueles com mais tempo de convivência com o diagnóstico do filho.

Segundo Barkley (2002), os familiares podem ser uma fonte de apoio ou conflito para pais de crianças com TDAH, mas, às vezes, na tentativa de ajudar, acabam sendo invasivos e gerando mais estresse. Belli et al. (2015) enfatizam a importância do desenvolvimento de apoio adequado para os pais, de um ambiente com comunicação, controle de emoções e com estratégias de enfrentamento para que possam ter manejo do estresse e, assim, lidarem de forma mais adequada com a criança.

Alves (2008) refere que receber suporte adequado, em momentos difíceis, favorece a resolução dos problemas pela família. Considerando o TDAH como um evento estressor e lidar com esses comportamentos das crianças como desafio para os pais, é interessante analisar a percepção de suporte familiar dos mesmos, que pode ser um atenuante para o estresse e um auxílio para a utilização de práticas parentais mais positivas. O que perfaz o segundo componente referente ao TDAH e conflitos familiares, ou seja, perceber suporte familiar pode servir como atenuante para as dificuldades advindas dos comportamentos da criança com TDAH. Esta bidirecionalidade é entendida no sentido em que o TDAH pode ser um gerador de conflitos familiares e os conflitos familiares podem intensificar os sintomas do

transtorno, desta forma, TDAH e conflitos familiares caminham de forma que um influencia o outro.

Dessa forma, a hipótese do estudo é a de que pais de crianças diagnosticadas com TDAH podem apresentar estresse, perceber menos suporte familiar e utilizar mais práticas parentais negativas, com diferenças entre mães e pais. Observar estas variáveis pode oferecer subsídios para futuros estudos e para o desenvolvimento de estratégias de intervenção a esta população.

2. JUSTIFICATIVA

A relevância social do presente estudo se estabelece no fato de que o TDAH é uma das principais causas de busca por terapias e consultas médicas especializadas na infância e tem prevalência significativa. É considerado um transtorno gerador de desafios para pais, professores e especialistas, pois os indivíduos nessa condição demandam manejo específico, devido ao comprometimento que podem ter no desempenho acadêmico, social e familiar.

Simples tarefas do dia a dia como escovar os dentes, fazer atividades escolares, ir dormir, podem se tornar condições aversivas e estressantes para os pais. A rotina, algumas vezes, foge do controle e os pais podem utilizar disciplinas físicas e formas de punição inadequada na tentativa de controlar a criança. Outros desistem de fazer com que o filho cumpra o proposto, pois o desgaste que a situação exige se torna difícil de gerenciar, o que pode prejudicar o desenvolvimento saudável da criança (PAPALIA; FELDMAN, 2012).

Estudar o estresse, estilo parental e percepção de suporte familiar nestes pais torna-se importante, pois o estresse interfere na qualidade de vida dos pais, o estilo parental pode ser fator de risco ou proteção para o desenvolvimento infantil e o apoio familiar pode atenuar situações adversas. A relevância científica do estudo se apresenta na possibilidade de oferecer respaldo para possíveis estratégias de intervenção com os genitores, especificamente no que tange aos construtos apresentados, proporcionando melhora na qualidade de vida dos pais, instrumentalizando-os com práticas parentais mais adequadas e oferecendo apoio psicológico.

Outra contribuição se refere à possibilidade de se considerar os pais (pai e mãe) das crianças nas avaliações diagnósticas para auxiliar na obtenção de dados relevantes sobre o contexto das crianças com TDAH e, assim, contribuir para um tratamento mais eficaz. A pesquisa ora apresentada, ao abranger em um mesmo projeto as variáveis de

investigação, pode proporcionar sustentação para futuras investigações na área, além de seu caráter inovador.

3. OBJETIVOS

Caracterizar estresse, estilo parental e percepção de suporte familiar em pais de crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e estabelecer as relações entre estas variáveis.

4. MÉTODO

O estudo proposto teve seu desenho metodológico em um *survey* transversal com amostra não probabilística e intencional.

4.1 Participantes

Participaram da pesquisa 42 pais de crianças com o diagnóstico de TDAH, totalizando um grupo de 20 pais e 22 mães de 26 crianças. As crianças estavam na faixa etária de 6 a 13 anos de idade e eram atendidas em uma clínica fonoaudiológica, encaminhadas pela escola, com dificuldades na alfabetização. O critério de inclusão para os pais participarem da pesquisa foi ter filhos com diagnóstico médico de TDAH.

4.2 Local

Os participantes foram recrutados em uma universidade pública estadual do interior do estado de São Paulo que mantém atendimento clínico a crianças com tal diagnóstico. A aplicação dos instrumentos foi feita em sala de atendimento individual disponibilizada pela instituição de forma a garantir privacidade aos participantes.

4.3 Instrumentos

Foram utilizados: Ficha de dados sociodemográficos, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (LIPP, 2000), Inventário de Estilos Parentais (IEP) (GOMIDE, 2006) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) (BAPTISTA, 2009).

- Ficha de dados sociodemográficos (ANEXO B) utilizada com o objetivo de caracterizar os participantes, composta de perguntas que abrangem estado civil, idade, filhos, escolaridade, saúde, trabalho e religião.

- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (LIPP, 2000). Composto por 53 questões sobre sintomas físicos e psicológicos do estresse desde o último mês até as últimas 24 horas. Em relação às últimas 24 horas há 12 questões sobre sintomas físicos e 3 questões sobre sintomas psicológicos; quanto à última semana são 10 questões sobre sintomas físicos e 5 sobre sintomas psicológicos e referente ao último mês há 12 questões sobre sintomas físicos e 11 sobre sintomas psicológicos. Os participantes devem assinalar os sintomas que apresentaram. Podem não apresentar estresse, apresentar e serem classificados em quatro fases, a de alerta, de resistência, de quase exaustão e exaustão, com predominância de sintomas psicológicos ou físicos.

- Inventário de Estilos Parentais (IEP) (GOMIDE, 2006). É composto de 42 questões abordando duas práticas educativas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e cinco negativas (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico). A aplicação pode ser feita com o pai ou com a mãe que respondem sobre como percebem suas práticas educativas em relação ao filho. O instrumento indica um índice de estilo parental segundo as respostas dos pais podendo ser, ótimo, regular acima da média, regular abaixo da média ou de risco, no que se refere às práticas parentais que acreditam utilizar.

- Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) (BAPTISTA, 2009). Trata-se de um inventário que avalia o quanto o indivíduo percebe seu suporte familiar que pode ser tanto da família nuclear quanto de sua família constituída. Refere-se a três fatores: o Fator 1 é o afetivo-consistente, corresponde à comunicação familiar, interesse, atenção, simpatia, acolhimento, consistência nos comportamentos e habilidades de resolução de problemas. O Fator 2 é adaptação, o qual está relacionado com sentimentos negativos, de raiva, isolamento, exclusão e falta de compreensão. O Fator 3 é autonomia, que avalia relações de confiança, liberdade, privacidade e capacidade dos membros funcionarem autonomamente. O instrumento é composto por 42 itens com as opções de respostas “quase nunca ou nunca”, “às vezes” e “quase sempre ou sempre”.

4.4 Procedimento

Após aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em Pesquisas com Seres Humanos (Parecer 1.184.997) (ANEXO A) os pais foram abordados em sala de espera

de atendimento de seus filhos e o convite para participação da pesquisa foi feito. Houve esclarecimento dos procedimentos e com a concordância por escrito dos pais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi iniciada a aplicação dos instrumentos. Todos os cuidados éticos foram tomados conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A aplicação dos instrumentos foi realizada em horário de atendimento das crianças enquanto os pais aguardavam por elas. Os instrumentos foram respondidos individualmente, houve explicação inicial de como responder a cada um deles e, também, para que respondessem a ficha de dados sociodemográficos. A sequência de aplicação dos instrumentos foi ficha de dados sociodemográficos, ISSL, IEP e IPSF. A duração variou de 20 a 40 minutos.

4.5 Análise dos dados

Após aplicação dos instrumentos houve a correção e apuração dos dados de acordo com as orientações de cada manual. Para melhor visualização dos resultados os dados foram organizados em tabelas com os indicativos da fase de estresse, estilo parental e percepção de suporte familiar encontradas na apuração dos dados.

Foi realizada descrição dos dados de acordo com a distribuição das frequências e percentuais e análise estatística paramétrica com o *software* SPSS – 17 para verificar a relação entre estas variáveis por meio do Teste t de *Student* e correlação de *Pearson*, adotando nível significância de $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

Dos participantes desta amostra, 38 eram casados e quatro divorciados, as idades variaram de 28 anos a 57 anos. Quanto a escolaridade, um possuía Ensino Fundamental Completo, 20 Ensino Médio Completo, dois Ensino Médio Incompleto, 17 Ensino Superior Completo e dois Ensino Superior Incompleto. Com relação à díade (pai e mãe) haviam 16 casais; do sexo masculino, haviam 20 pessoas e do sexo feminino foram 22, perfazendo um grupo de pais (apenas do sexo masculino) e um grupo de mães.

Haviam 19 crianças do sexo masculino e sete do sexo feminino com idades de seis anos a 13 anos. O diagnóstico de TDAH foi de apresentação combinada em 19

crianças, de apresentação desatenta em seis crianças e de apresentação hiperativa em uma criança.

Dos 42 pais que participaram da pesquisa, houve presença de sintomas de estresse em 17 participantes, sendo 14 mães e três pais. Na Tabela 1 está a distribuição da frequência de estresse nas mães com a fase e a predominância de sintomas.

Tabela 1 – Distribuição da frequência de estresse nas mães segundo o ISSL (N= 22)

Fase	Frequência	%
Resistência	10	45,5
Quase exaustão	2	9,1
Exaustão	2	9,1
Sintomas		
Físicos	1	4,5
Psicológicos	13	59,1
Sem estresse	8	36,4

Houve dez mães em resistência, duas mães em quase exaustão e duas em exaustão, treze com predominância de sintoma físicos e uma com predominância de sintomas psicológicos.

Dos 20 pais, três apresentaram estresse e na fase de resistência, um com predominância de sintomas físicos e dois com predominância de sintomas psicológicos. Encontra-se a distribuição da frequência do estresse nos pais com a fase e a predominância dos sintomas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da frequência de estresse nos pais segundo o ISSL (N=20)

Fase	Frequência	%
Resistência	3	15
Sintomas		
Físicos	1	5
Psicológicos	2	10
Sem estresse	17	85

Note-se que a frequência dos pais sem estresse foi maior do que aqueles com estresse.

No que se refere aos estilos parentais das 22 mães, seis apresentaram estilo ótimo, seis regular acima da média, cinco regular abaixo da média e cinco de risco, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da frequência do estilo parental materno avaliado pelo IEP (N=22)

Estilo parental	Frequência	%
Risco	5	22,7
Regular Abaixo da Média	5	22,7
Regular Acima da Média	6	27,3
Ótimo	6	27,3

A distribuição de frequência do estilo parental materno mostra que doze mães relataram predominância de práticas positivas e dez com predominância de práticas parentais negativas.

Dos 20 pais, cinco apresentaram estilo ótimo, cinco regular acima da média, cinco regular abaixo da média e cinco de risco, conforme dados da Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da frequência do estilo parental paterno avaliado pelo IEP (N=20)

Estilo parental	Frequência	%
Risco	5	25
Regular Abaixo da Média	5	25
Regular Acima da Média	5	25
Ótimo	5	25

O estilo parental paterno teve distribuição de frequência igual para todos os estilos.

Comparando os dados referentes ao estresse e estilo parental das mães, daquelas com estresse, duas apresentaram estilo parental ótimo, três regular acima da média, quatro regular abaixo da média e cinco de risco. Das mães sem estresse, quatro exibiam estilo parental ótimo, três regular acima da média, uma regular abaixo da média e zero de risco. Na Tabela 5 está a distribuição dos estilos parentais materno e a frequência com que apresentam sintomas de estresse.

Tabela 5 – Distribuição da frequência do estilo parental relacionado com o estresse nas mães de acordo com o IEP e o ISSL (N=22)

	Estilo Parental							
	Ótimo	%	Regular Acima da Média	%	Regular Abaixo da Média	%	Risco	%
Mães com estresse	2	14,3	3	21,4	4	28,6	5	35,7
Mães sem estresse	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0

Observa-se que mães com estresse tiveram frequência maior em estilo parental de risco.

A mesma comparação foi realizada com os pais e constatou-se que estes mostraram estilo parental de risco e regular abaixo da média independente de sintomas de estresse. A distribuição dos estilos parentais paternos e a frequência com que apresentam estresse estão na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição da frequência do estilo parental relacionado com o estresse nos pais de acordo com o IEP e o ISSL (N=20)

	Estilo Parental							
	Ótimo	%	Regular Acima da Média	%	Regular Abaixo da Média	%	Risco	%
Pais com estresse	1	33,3	1	33,3	0	0	1	33,3
Pais sem estresse	4	23,5	4	23,5	5	29,4	4	23,5

O estilo parental mais frequente foi o regular abaixo da média nos pais sem estresse.

Sobre a percepção de suporte familiar materno, no Fator 1 (afetivo consistente), nove mães percebem como baixo, no Fator 2 (adaptação), sete percebem como médio baixo e sete como baixo, no Fator 3 (autonomia), nove percebem como alto e oito como médio baixo, na percepção final, seis percebem como alto e nove como baixo. Na

Tabela 7 encontra-se a distribuição da frequência da percepção de suporte familiar nas mães em todos os fatores.

Tabela 7 – Distribuição da frequência de percepção de suporte familiar das mães de acordo com o IPSF (N=22)

	Frequência							
	Alto	%	Médio alto	%	Médio baixo	%	Baixo	%
F1 Afetivo Consistente	5	22,7	4	18,2	4	18,2	9	40,9
F2 Adaptação	3	13,6	5	22,7	7	31,8	7	31,8
F3 Autonomia	9	40,9	1	4,5	8	36,4	4	18,2
Percepção Final	6	27,3	3	13,6	4	18,2	9	40,9

A percepção de suporte familiar nas mães é mais favorável no Fator 3 (autonomia) e menos favorável no Fator 1 (afetivo consistente) e na percepção final.

Quanto a percepção de suporte familiar paterno, no Fator 1 (afetivo consistente), oito pais percebem como médio alto e sete como médio baixo, no Fator 2 (adaptação), oito percebem como médio baixo e seis como baixo, no Fator 3 (autonomia), sete percebem como baixo, na percepção final, sete percebem como baixo. Na Tabela 8 encontra-se a distribuição da frequência da percepção de suporte familiar nos pais em todos os fatores.

Tabela 8 – Distribuição da frequência de percepção de suporte familiar dos pais de acordo com o IPSF (N=20)

	Frequência							
	Alto	%	Médio alto	%	Médio baixo	%	Baixo	%
F1 Afetivo Consistente	2	10	8	40	7	35	3	15
F2 Adaptação	2	10	4	20	8	40	6	30
F3 Autonomia	3	15	5	25	5	25	7	35
Percepção Final	3	15	4	20	6	30	7	35

A percepção de suporte familiar nos pais é mais favorável no Fator 1 (afetivo consistente).

A respeito da relação do estresse com a percepção de suporte familiar materno, as mães com estresse percebem, com mais frequência, o suporte familiar final como baixo. As mães sem estresse percebem, com mais frequência, o suporte familiar final como alto. Na Tabela 9 é possível observar a distribuição da frequência das mães com e sem estresse de acordo com a percepção de suporte familiar em todos os fatores.

Tabela 9 – Distribuição da frequência da percepção de suporte familiar relacionado com o estresse nas mães de acordo com o IPSF e o ISSL (N=22)

	Frequência							
	Alto	%	Médio Alto	%	Médio Baixo	%	Baixo	%
Percepção de Suporte Familiar – F 1								
Mães com estresse	3	21,4	3	21,4	1	7,1	7	50
Mães sem estresse	2	25	1	12,5	3	37,5	2	25
Percepção de Suporte Familiar – F2								
Mães com estresse	0	0	3	21,4	4	28,6	7	50
Mães sem estresse	3	37,5	2	25	3	37,5	0	0
Percepção de Suporte Familiar – F3								
Mães com estresse	4	28,6	0	0	6	42,9	4	28,6
Mães sem estresse	5	62,5	1	12,5	2	25	0	0
Percepção de Suporte Familiar Final								
Mães com estresse	3	21,4	1	7,1	2	14,3	8	57,1
Mães sem estresse	3	37,5	2	25	2	25	1	12,5

Houve diferenças na distribuição de frequência da percepção de suporte familiar de acordo com a presença e ausência de estresse nas mães.

Em relação aos pais com e sem estresse, os dados mostraram que o suporte familiar foi percebido, com mais frequência, como médio-baixo e baixo naqueles sem sintomas de estresse, exceto no Fator 1. Deve ser levado em consideração que haviam apenas três pais com estresse, os outros 17, não apresentaram sintomas para o estresse.

Na Tabela 10 está a distribuição da frequência dos pais com e sem estresse e a percepção de suporte familiar em todos os fatores.

Tabela 10 – Distribuição da frequência da percepção de suporte familiar relacionado com o estresse nos pais de acordo com o IPSF e o ISSL (N=20)

	Frequência							
	Alto	%	Médio Alto	%	Médio Baixo	%	Baixo	%
Percepção de Suporte Familiar – F 1								
Pais com estresse	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0
Pais sem estresse	2	11,8	7	41,2	5	29,4	3	17,6
Percepção de Suporte Familiar – F2								
Pais com estresse	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Pais sem estresse	2	11,8	3	17,6	7	41,2	5	29,4
Percepção de Suporte Familiar – F3								
Pais com estresse	0	0	2	66,7	0	0	1	33,3
Pais sem estresse	3	17,6	3	17,6	5	29,4	6	35,3
Percepção de Suporte Familiar Final								
Pais com estresse	1	33,3	0	0	1	33,3	1	33,3
Pais sem estresse	2	11,8	4	23,5	5	29,4	6	35,3

Os pais, mesmo sem sintomas de estresse, tiveram percepção de baixo e médio baixo suporte familiar em todos os fatores.

A análise estatística com o Teste t de *Student* no que se refere às variáveis dos instrumentos relacionadas ao sexo dos participantes mostra que há significância de $p=0,003$ na relação do ISSL com o sexo, o que pode ser visto na Tabela 11.

Tabela 11 – Comparação entre ISSL, IEP e IPSF, de acordo com o sexo dos participantes, por meio do Teste t de *Student* (N=42)

Instrumento	Sexo	Média	t	p
ISSL	Masculino	5,60	-3,176	0,003
	Feminino	12,40		
IEP	Masculino	3,25	-1,093	0,281
	Feminino	5,75		
IPSF1	Masculino	26,90	0,355	0,725
	Feminino	26,00		
IPSF2	Masculino	19,50	-0,099	0,922
	Feminino	19,63		
IPSF3	Masculino	11,25	-1,310	0,198
	Feminino	12,59		
IPSF Total	Masculino	57,80	-0,327	0,745
	Feminino	59,13		

As mães apresentaram mais estresse do que os pais.

A comparação da presença/ausência de estresse materno com estilos parentais e com a percepção de suporte familiar indica que há diferenças no estilo parental de mães com estresse e de mães sem estresse, com significância estatística de $p=0,02$. Da mesma forma, há diferenças de percepção de suporte familiar no Fator 2 (adaptação) em mães com e sem estresse, com significância de $p=0,014$, assim como no Fator 3 (autonomia) com $p=0,038$, dados distribuídos na Tabela 12.

Tabela 12 – Comparação da presença e ausência de estresse materno com os dados do IEP e do IPSF de acordo com o Teste t de *Student* (N=22)

Instrumento	Presença de estresse	Média	t	p
IEP	Não	10,125	2,521	0,020
	Sim	3,214		
IPSF1	Não	27,375	0,497	0,625
	Sim	25,214		
IPSF2	Não	22,125	2,702	0,014
	Sim	18,214		
IPSF3	Não	14,625	2,219	0,038
	Sim	11,428		
IPSF Total	Não	64,125	1,281	0,215
	Sim	56,285		

O estresse materno está relacionado com as variáveis estilo parental e percepção de suporte familiar Fator 2 (adaptação) e Fator 3 (autonomia).

A comparação da presença/ausência de estresse paterno com estilos parentais e com a percepção de suporte familiar não apresenta significância estatística. Os dados estão distribuídos na Tabela 13.

Tabela 13 – Comparação da presença e ausência de estresse paterno com os dados do IEP e do IPSF de acordo com o Teste t de *Student* (N=20)

Instrumento	Presença de estresse	Média	t	p
IEP	Não	3,705	0,519	0,610
	Sim	1,333		
IPSF1	Não	27,176	0,458	0,652
	Sim	25,333		
IPSF2	Não	19,705	0,413	0,684
	Sim	18,333		
IPSF3	Não	11,235	-0,050	0,961
	Sim	11,333		
IPSF Total	Não	58,294	0,419	0,680
	Sim	55,000		

A presença/ausência de estresse não teve relação com as variáveis estilo parental e percepção de suporte familiar na figura paterna.

Na correlação de Pearson, para avaliar a associação entre as variáveis do tipo ordinal (instrumentos e idade), incluindo todos os participantes, os resultados mostram que houve significância com relação ao IEP e a idade do (a) filho (a) de $p=0,044$. Sinaliza também que quanto mais estresse, pior a percepção de suporte familiar no Fator 2 (adaptação), com valor de $p<0,06$. Esses dados podem ser visualizados na Tabela 14.

Tabela 14 – Correlação entre as idades dos(as) filhos(as) dos participante com o ISSL, IPSF e IEP de acordo com a correlação de *Pearson* (N=42)

		ISSL	IEP	IPSF1	IPSF2	IPSF3	IPSF Total	Idade do(a) filho(a)
ISSL	r	1	-0,20	-0,27	-0,29	-0,23	- 0,27	- 0,12
	p		0,190	0,078	0,056	0,127	0,080	0,559
IEP	r		1	0,20	0,18	0,29	0,21	-0,398
	p			0,193	0,233	0,62	0,180	0,044
IPSF1	r			1				0,083
	p							0,688
IPSF2	r				1			-0,041
	p							0,843
IPSF3	r					1		0,124
	p							0,548
IPSF Total	r						1	0,064
	p							0,756
Idade do(a) filho(a)	r							1
	p							

Observa-se que quanto maior a idade da criança com TDAH, pior o estilo parental dos participantes de modo geral.

Na correlação entre os instrumentos, no que se refere aos dados das mães, foi possível observar significância estatísticas do ISSL com o IEP de $p=0,043$, sendo que quanto mais estresse pior o estilo parental. O ISSL com o IPSF Fator 2 (adaptação) também apresentou significância de $p=0,031$, quanto mais estresse pior a percepção de suporte familiar neste fator. E, quanto mais estresse pior a percepção de suporte familiar no Fator 3 (autonomia), com significância de $p=0,005$. Com relação ao IEP e o IPSF Fator 3, quanto melhor o estilo parental, melhor a percepção de apoio familiar neste fator, com $p<0,06$. Esses dados estão na Tabela 15.

Tabela 15 - Correlação do ISSL, IPSF e IEP, no grupo das mães, de acordo com a correlação de *Pearson* (N=22)

		ISSL	IEP	IPSF1	IPSF2	IPSF3	IPSF TOTAL
ISSL	r	1	-0,43	-0,32	-0,46	-0,57	- 0,40
	p		0,043	0,134	0,031	0,005	0,061
IEP	r		1	0,30	0,21	0,414	0,277
	p			0,163	0,348	0,055	0,212

Houve correlação do estresse materno com as variáveis estilo parental e percepção de suporte familiar em Fator 2 (adaptação) e Fator 3 (autonomia).

A mesma correlação de *Pearson* foi feita considerando os instrumentos e apenas os participantes do sexo masculino (pais), na Tabela 16 está essa correlação.

Tabela 16 - Correlação do ISSL, IPSF e IEP, no grupo dos pais, de acordo com a correlação de *Pearson* (N=20)

		ISSL	IEP	IPSF1	IPSF2	IPSF3	IPSF TOTAL
ISSL	r	1	-0,18	-0,18	-0,24	-0,08	- 0,22
	p		0,440	0,424	0,289	0,723	0,342
IEP	r		1	0,08	0,17	0,83	0,119
	p			0,722	0,461	0,729	0,616

Pode-se notar que não houve significância estatística entre estes dados, ou seja, com os pais não houve correlação do estresse com estilo parental e percepção de suporte familiar.

6. DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos mostram uma participação equivalente no número de pais e de mães, sugerindo que os pais estavam envolvidos no atendimento de seus filhos, pois os participantes eram os que levavam a criança para o atendimento. Quando a mãe levava, solicitava-se que o pai fosse na próxima semana, o que aconteceu com a maioria dos casos.

Geralmente as mães são quem respondem às pesquisas referente à família, como nos estudos de Bargas e Lipp (2013), Bellé et al. (2009) e Del Bianco Faria e Cardoso (2016) sendo esperada maior aderência materna por questões culturais e sociais, pois as mulheres são, em sua maioria, as responsáveis pelos cuidados à criança como mostra Santos e Cardoso (2015). Esta adesão é compreendida na forma em que ocorre a participação no estudo, quando se demonstra interesse em responder aos instrumentos, disponibilidade de tempo, curiosidade quanto ao que os dados vão revelar e a importância disso para a família e a preocupação em fazer com que o parceiro também participe do estudo. Neste estudo, a participação paterna teve frequência alta, o que não encontra dados para comparação na literatura.

As mães apresentaram, com significância estatística, mais estresse do que os pais, o que está de acordo com Lipp, Malagris e Novais (2007), pois em todos os grupos

avaliados, as mulheres apresentam mais estresse do que os homens. Além disso, das mães do estudo que apresentaram sintomas de estresse, duas estavam na fase de quase exaustão e duas em exaustão, o que indica uma condição preocupante com a qualidade de vida materna, estes dados corroboram com os achados por Del Bianco Faria e Cardoso (2016).

Uma das explicações para o estresse feminino, pode ser em função de como a sociedade pressiona as mulheres para exercerem um padrão arcaico e ultrapassado de comportamento (FREITAS et al., 2009; LIPP; MALAGRIS; NOVAIS, 2007; WAGNER, 2012). Nesse sentido, Wagner (2012) salientou que havia características em comum nas famílias com presença de TDAH, tais como desvalorização e submissão da mulher, depressão materna, sobrecarga de funções atribuídas às mães e pouco comprometimento paterno, deixando as responsabilidades como saúde, escola e alimentação aos encargos das mães. Esses fatores podem contribuir para que sintomas de estresse se manifestem na figura materna.

Vale ressaltar que havia 16 casais, sendo possível analisar a interação familiar constituída pelo pai e pela mãe convivendo o dia-a-dia na mesma casa, e assim, expostos aos desafios diários. Um dos membros da díade pode estar sobrecarregado com as tarefas, constantemente a mulher, que é a pessoa que assume as questões referentes aos filhos. Nesta relação pai/mãe é frequente que a mulher se responsabilize enquanto que o homem faz o que lhe é solicitado, sem iniciativas, ou nem mesmo isso, esperando que o outro resolva as problemáticas diárias.

Ter ou não estresse no grupo de mães, ao se comparar com os estilos parentais, apresentou significância, quanto mais estresse, pior o estilo parental. Esses dados correspondem aos de Bargas e Lipp (2013) e Yousefia, Far e Abdolahin (2011) que verificaram estresse mais elevado nas mães de crianças com TDAH e uso de estilo parental coercitivo e punitivo. Bargas e Lipp (2013) indicam que as práticas negativas predominam na interação criança-mãe com estresse e Yousefia, Far e Abdolahin (2011) sugeriram que o estresse afeta a escolha de como as mães vão interagir com a criança.

Com os pais não houve correlação significativamente estatística do estilo parental com o estresse e mais da metade deles apresentou estilo parental considerado negativo independente de apresentarem sintomas de estresse. Ter ou não estresse pareceu não influenciar a forma de interação pai-filho(a).

A criança com TDAH demanda estratégias específicas dos pais que podem adotar práticas educativas negativas mesmo na ausência de sintomas para o estresse.

Como mostrou Bargas e Lipp (2013) ter estresse pode intensificar a interação negativa, principalmente com as mães, mas não necessariamente causa o uso de práticas negativas. Pesquisas com esta associação (estresse/estilo parental) têm sido feitas somente com mães (BARGAS; LIPP, 2013; YOUSEFIA; FAR; ABDOLAHIN, 2011) e sugerida essa relação. No entanto, neste estudo com pais não houve esta associação, o que pode não corroborar com dados anteriores e abrir um novo caminho de investigação com a figura paterna.

Em pesquisa de correlação do IEP com o ISSL, Gomide (2006) mostra que em famílias com predominância de estilos parentais negativos há sintomas para o estresse e neste estudo foi possível confirmar que das cinco mães com estilo parental regular abaixo da média, quatro apresentaram estresse e das cinco mães com estilo parental de risco todas apresentaram estresse. Com relação aos pais não houve esta relação, pois dos cinco pais com estilo regular abaixo da média nenhum apresentou estresse, bem como dos cinco pais com estilo parental de risco, apenas um apresentou sintomas de estresse. Gomide (2006) indica que de modo geral o índice de estilo parental (iep) nas mães costuma ser mais favorável do que o dos pais. Neste estudo houve equivalência quanto ao estilo parental apresentado por mães e pais, sem se considerar o estresse, embora não tenha tido significância estatística.

É importante destacar que os estilos parentais de risco e regular abaixo da média podem trazer prejuízos para o desenvolvimento da criança, assim como o estresse pode interferir na qualidade de vida de todos da família. A criança fica exposta a um ambiente pouco favorável para adquirir capacidades importantes, como resolução de problemas, assertividade, controle emocional, dentre outras. Além disso, podem apresentar sintomas de ansiedade, depressão, TOD, que são as comorbidades associadas ao TDAH e que se manifestam em função do contexto, principalmente naqueles em que tanto o pai quanto a mãe apresentam estilo parental de risco (COUTO; MELO-JÚNIOR; GOMES, 2010; GOMIDE, 2006).

As práticas parentais são habilidades aprendidas e muitas vezes há repetição do padrão de educação que se teve na infância: se os pais receberam educação com práticas parentais negativas, tendem a usar o mesmo estilo parental que receberam. Wagner (2012) observou em seu estudo que nas famílias de crianças com TDAH que utilizavam monitoria negativa com seus filhos, estes pais haviam estado sob contingências familiares pouco favoráveis na infância. Mesmo que não haja sintomas de estresse que agravem a opção por um estilo parental, há possibilidades de haver estilos parentais de

risco pelo histórico de aprendizagem dos pais e pelo desafio que é administrar o comportamento da criança com TDAH.

Pouco mais da metade dos participantes apresentou estilo parental positivo, classificados como regular acima da média e ótimo, sem analisar a correlação com o estresse. Mas vale ressaltar que os instrumentos utilizados são relatos verbais e muitas vezes pode acontecer das pessoas responderem o que é socialmente esperado delas, não correspondendo ao fato real.

Outro dado significativo referente aos estilos parentais foi que quanto mais elevada a idade dos(as) filhos(as), pior o estilo parental dos pais (pai e mãe de modo geral). Essa condição pode ser explicada pelo tempo de convivência com os comportamentos específicos do TDAH, pois conforme a idade da criança aumenta, novos desafios surgem. Assim, os pais podem ter mais dificuldades com as crianças mais velhas em função das mudanças no desenvolvimento, também pelo surgimento de comorbidades e, quanto mais velhas, as crianças tornam-se mais propensas a verbalizarem o que querem e impor seus desejos, dificultando ainda mais a interação com seus pais (PAPALIA; FELDMAN, 2012).

Quanto ao estresse e a percepção de suporte familiar, no grupo de mães parece haver uma associação entre essas variáveis, sendo o suporte familiar percebido como mais baixo nas mães com estresse em todos os fatores do IPSF. De acordo com os resultados desta pesquisa, foi possível dizer que o estresse materno está correlacionado significativamente com a percepção de suporte familiar no Fator 2 (adaptação) e no Fator 3 (autonomia), sendo que quanto mais estresse pior a percepção de suporte familiar nesses fatores. Isso quer dizer que as mães com estresse percebem sentimentos negativos na família, como raiva, isolamento e exclusão e há pouca clareza de regras, o que corresponde ao Fator 2. Da mesma forma, há pouca relação de confiança, liberdade e privacidade, o que é avaliado no Fator 3. Os dados correspondem com os de Wagner (2012), em que as mães relatam sentir pouco apoio de seus familiares e também corroboram com os de Bellé et al. (2009).

Moreira (2010) estudou pais e mães e mostrou correlação significativa entre a satisfação com o apoio social e o estresse parental: o apoio social atuou como moderador de estresse nos pais de crianças com TDAH, tanto com os pais quanto com as mães. Os dados da presente pesquisa não pode confirmar os de Moreira (2010), pois com a figura paterna não houve correlação significativa no que se refere ao estresse e ao suporte social/familiar.

Além disso, no estudo de Moreira (2010) os pais (sexo masculino) possuem uma satisfação com o suporte social mais favorável do que as mães, o que também não pode ser confirmado pelos dados desta amostra. Assim, não se pode assegurar que a percepção de apoio familiar paterna serviu como atenuante para o estresse.

Considerando apenas os pais (sexo masculino), aqueles sem estresse apresentaram maior frequência de percepção de suporte familiar como médio baixa e baixa, em todos os fatores, exceto no Fator 1 (afetivo consistente), em que a maior frequência de suporte familiar está como médio alta. Porém, não houve significância estatística na correlação dos pais (sexo masculino) com e sem estresse com a percepção de suporte familiar.

Outra associação com a percepção de suporte familiar das mães, no Fator 3 (autonomia), foi em relação os estilos parentais, com um valor que tende a ser significativo. Sinaliza que quanto melhor o estilo parental das mães, melhor a percepção do suporte familiar no Fator 3 (autonomia).

Como este fator refere-se a autonomia, relações de confiança e liberdade, as mães com estilos parentais melhores, percebem uma relação de confiança e liberdade, favorável com seus familiares, o que pode ser um auxílio na educação da criança com TDAH, pois as mães têm condições de interagir com seus filhos da forma que acharem conveniente, sem intromissões indesejadas de outros familiares. No entanto, não se pode inferir com precisão a associação do estilo parental materno com a percepção de suporte familiar no Fator 3, em função do valor que tende a ser significativo, o que poderia ser resolvido em estudos com uma amostra maior.

O presente estudo teve por objetivo caracterizar o estresse, os estilos parentais e a percepção de suporte familiar em pais de crianças com TDAH e comparar as diferenças entre grupo de pais e grupo de mães. Foi possível notar que há diferenças, principalmente em relação ao estresse e a associação com as outras variáveis. Outro dado que merece destaque é que os estilos parentais tendem a ser piores em pais e mães de crianças mais velhas e com TDAH, outros estudos poderiam ser realizados considerando estas variáveis para contribuir com estes achados. Por exemplo, estudos de intervenção no estresse e estilos parentais que possam utilizar como medida os sintomas de TDAH na criança, estudar esta relação contribuiria para observação de como uma variável se relaciona com a outra. O que leva a retomar a ideia de bidirecionalidade: o contexto influencia nos sintomas e os sintomas influenciam no contexto.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível caracterizar como se apresenta o estresse, os estilos parentais e a percepção de suporte familiar em famílias de crianças com TDAH. É importante que os pais sejam considerados no momento da avaliação diagnóstica da criança, pois se sabe que a interação familiar não é causa do transtorno, mas influencia no seu curso, e se os pais receberem atenção neste processo, pode ser que o tratamento seja mais eficaz. Espera-se que as variáveis analisadas possam ter espaço no momento da avaliação da criança.

A participação parental do sexo masculino foi significativa, são poucos os estudos que envolvem o pai, por questões como disponibilidade, falta de vontade, delegar para a mãe responder, dentre outros. Assim, merece destaque a participação masculina, possibilitando a comparação entre pai e mãe de crianças com TDAH. Espera-se que em futuros projetos o pai seja considerado e acessível, para que os dados corroborem ou refutem os achados nesta pesquisa.

O estudo utilizou como medida o relato dos pais, mas como todo relato, pode ter o viés da resposta ser dada de acordo com o esperado socialmente, de forma positiva. Nem sempre as pessoas conseguem descrever aquilo que realmente ocorre, por dificuldades de corresponder os fatos com o que se verbaliza. A amostra do estudo tem sua limitação quanto ao tamanho, em amostras maiores talvez este problema poderia ser reduzido.

Além disso, há características do IEP que devem ser consideradas, pois o instrumento avalia principalmente o comportamento dos pais de adolescentes. Quando é utilizado em pais de crianças menores, os mesmos são orientados a imaginar a situação descrita caso ela ainda não tenha ocorrido e, desta forma, responderem de acordo com uma provável reação. Isso pode influenciar respostas favoráveis à situação, tendo em vista que ela nunca ocorreu.

A literatura sobre percepção de suporte familiar associado ao estilo parental no contexto da família com TDAH parece ser escassa, não há produções que englobem estas variáveis juntas. Com relação ao estresse e percepção de suporte familiar há muitas referências, mas quando se acrescenta o TDAH neste contexto, são poucas que contribuem. Assim, englobar estes construtos em uma mesma pesquisa pode trazer algo novo para a literatura.

Sugere-se que os estilos parentais sejam avaliados do ponto de vista da criança, para comparar o que os pais relatam e o que os filhos relatam dos pais, dando mais fidedignidade aos dados. A percepção de suporte familiar foi avaliada considerando a família estendida; considerar a família nuclear, em próximos estudos, pode ser algo que sirva de comparação nas análises. Outra sugestão seria a criança responder sobre a percepção de suporte familiar, pois o suporte familiar percebido como baixo pela criança está associado a problemas de ajustamento e de sintomas de estresse. Isso enriqueceria o estudo e poderia ser comparada a percepção dos pais com a percepção das crianças. Assim, com mais dados, as famílias de crianças com TDAH, seriam caracterizadas de forma mais completa.

Esta pesquisa, com os objetivos de caracterizar estresse, estilo parental e percepção de suporte familiar em pais de crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, demonstra o quão rico pode ser o cenário de uma família com integrantes com TDAH e como estes dados podem levar não somente a um melhor conhecimento do transtorno, mas especialmente o olhar para o entorno social/ambiental, que pode favorecer ou prejudicar o manejo da criança com TDAH.

Os dados encontrados também podem auxiliar os professores na compreensão das dificuldades da família que possui uma criança com o transtorno, chamando a sua atenção para o efeito de estresse e da percepção que apresentam quanto ao apoio da família. Também como a forma de manejo do comportamento pode amenizar ou piorar os sintomas, levando a prejuízos na interação professor-aluno e desempenho acadêmico.

A hipótese do estudo era a de que pais de crianças diagnosticadas com TDAH apresentassem estresse, percebessem menos suporte familiar e utilizassem mais práticas parentais negativas, com diferenças entre mães e pais. Foi possível confirmar que há diferenças entre a figura paterna e materna especialmente quanto ao estresse. Nas mães também houve relação entre estresse, estilo parental e suporte familiar nos fatores de adaptação e autonomia. A distribuição de frequência sinaliza que o grupo, de modo geral, apresenta a condição esperada, levando à reflexão sobre a necessidade de intervenções futuras.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. O. **Estresse, Qualidade de Vida e Percepção de suporte familiar em Porteiros**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências UNESP/Bauru, 2008.
- ARAÚJO, R. B. Práticas parentais como influenciadores nos comportamentos típicos do TDAH: um estudo de caso. **Caderno de Ciências da Saúde**, 67-80, 2009.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA de PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM - 5**. Porto Alegre: Artmed 5ª ed., 59-66, 2013.
- BAPTISTA, M. N. **Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)**. São Paulo: Vetor, 2009.
- BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 14(3), 58-67, 2004.
- BARGAS, J. A.; LIPP, M. E. N. Estresse e estilo parental materno no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, 17(2), 205-213, 2013.
- BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- _____. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- _____. **ADHD and the nature of self-control**. London: The Guilford Press, 1997.
- BAUMRIND, D. Effects of authoritative control on child behavior. **Child Development**, 37, 887-907, 1996.
- BELLÉ, A. et al. Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 22(3), 317-325, 2009.
- BELLI, A. A. et al. Rede de apoio social na vida do indivíduo com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e seus cuidadores. **Revista de Psicopedagogia**, 32(98), 200-204, 2015.
- BENCZIK, E. B. P.; CASELLA, E. B. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. **Revista de Psicopedagogia**, 32(97), 93-103, 2015.
- CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH. **Psicologia Ciência e Profissão**, 30(1), 45-61, 2010.
- CAMPOS, E. P. Suporte Social e Família. In: J. MELLO FILHO; M. BURD (Orgs). **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CARVALHO, M. S. D. P.; SILVA, B. M. B. Estilos Parentais: um estudo de revisão bibliográfica. **Revista Psicologia em Foco**, 6(8), 22-42, 2014.

CASTRO, R.; CAMPERO, L.; HERNÁNDEZ, B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. **Revista de Saúde Pública**, 31(4), 425-435, 1997.

CATELAN-MAINARDES, S. C. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade na infância e adolescência pela perspectiva da neurobiologia. **Revista Saúde e Pesquisa**, 3(3), 385-391, 2010.

COUTO, T. S.; MELO-JÚNIOR, M. R.; GOMES, C. R. A. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): Uma revisão. **Ciência e Cognição**, 15(1), 241-251, 2010.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: An integrative model. **Psychological Bulletin**, 113, 487-496, 1993.

DEL BIANCO FARIA, A. M.; CARDOSO, C. L. Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Revista de Psicologia da PUCRS**, 47(3), 228-237, 2016.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Estresse: revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. **Psicologia, Saúde e Doença**, 14(1), 78-100, 2013.

FRASSETO, S. S.; BRAKOS, D. G. S. Estilos parentais e práticas educativas de pais de crianças com TDAH: um estudo piloto. **Aletheia**, 33, 6-17, 2010.

FREITAS, W. M. F. et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, 43(1), 85-90, 2009.

GAEFF, R. L.; VAZ, C. E. Avaliação e Diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). **Psicologia USP**, 341-361, 2008.

GERRO-PRADO, D. et al. Evolution of stress in families of children with attention deficit hyperactivity disorder. **Anales de Pediatría**, 83(5), 328-325, 2015.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de Estilos Parentais – IEP**: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 7-37, 2006.

GONÇALVES, H. A. et al. Componentes atencionais e de funções executivas em meninos com TDAH: dados de uma bateria neuropsicológica flexível. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 62(1), 13-21, 2013.

GONÇALVES, H. A.; PUREZA, J. R.; PRANDO, M. L. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: breve revisão teórica no contexto da neuropsicologia infantil. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, 3(3), 20-24, 2011.

GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros; aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(3), 1755-1769, 2009.

GUILHERME, P. R. et al. Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 56(3), 201-207, 2007.

JOHNSTON, C.; MASH, E. Families of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. **Clinical Child and Family Psychology Review**, 4(3), 183-207, 2001.

KUNRATH, L. H.; WAGNER, A.; JOU, G. A educação dos filhos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o que fazer? **Psicologia em Revista**, 12(20), 235-250, 2006.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp**. Casa do Psicólogo, 11-76, 2000.

_____. O modelo quadrifásico do stress. In: M. E. N. LIPP, **Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N.; NOVAIS, L. E. **Stress ao Longo da Vida**. São Paulo, Ícone, 2007.

MONTIEL et al. Associação entre medidas de funções executivas e sintomas de desatenção e hiperatividade em crianças em idade escolar. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, 6(1), 13-21, 2014.

MOREIRA, M. S. **Estresse e suporte social em pais de crianças com perturbação de hiperatividade com déficit de atenção**. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, 2010.

OLIVEIRA, E. A. et al. Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. **Psicologia Reflexão e Crítica**, 15, 1-11, 2002

OLVERA, F. P.; ORTIZ, J. D. P.; PÉREZ, E. B. Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. **Revista Ciencia Salude** 8(1), 95-100, 2010.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12ª ed. Cap. 8, 10 e 12. Porto Alegre: AMGH, 2013.

ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Revista Psiquiatria Clínica**, 124-131, 2004.

ROHDE L. A.; MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTOS, A. F. **Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa**: Um modelo teórico para o estresse. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador - BA, 2010.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Family members of individuals suffering from mental disorders: stress and care stressors. **Estudos de Psicologia**, 32(1), 87-95, 2015.

SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. São Paulo: IBRASA, 1959.

_____. History and presente status of the stress concept. In: L. GOLDBERGER; M. BREZNIT, Handddbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. London: Free Press, 1984.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. S. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia**, 28, 45-59, 2008.

SOUZA, P.; SOUZA, G. A. D. B. Aspectos sobre crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, 14(1), 569-578, 2016.

YOUSEFIA, S.; FAR, A. S.; ABDOLAHIAN, E. Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 1666-1671, 2011.

WAGNER, K. J. A. **Dinâmica familiar e conjugal em famílias de crianças com indicadores de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade – TDAH**. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo – RS, 2012.

WEDGE, M. Por que as crianças francesas não têm Déficit de Atenção? **Pragmatismo Político**, Maio 2013.

ANEXO A

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estresse, estilo parental e percepção de suporte familiar em pais de crianças com TDAH

Pesquisador: Sandra Leal Calais

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46210915.1.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.184.997

Data da Relatoria: 06/08/2015

Apresentação do Projeto:

A referida pesquisa tem como objetivo descrever estresse, estilos parentais e percepção de suporte familiar em pai e mãe de crianças com o diagnóstico de TDAH.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever estresse, estilos parentais e percepção de suporte familiar em pai e mãe de crianças com o diagnóstico de TDAH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta riscos consideráveis e pode aportar benefícios para os entrevistados e seus filhos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será um survey transversal com amostra não probabilística e intencional com pais de crianças que já são atendidas pela clínica psicológica da Faculdade de Psicologia da UNES - Bauru. Os Instrumentos serão respondidos individualmente e no princípio haverá explicação de como deverá ser respondido cada um deles de acordo com o manual e, também, para que respondam a ficha de dados sociodemográficos. A sequência de aplicação dos Instrumentos será: ficha de dados sociodemográficos, ISSL, IEP e IPSF. A duração pode variar conforme a necessidade dos participantes. Após aplicação dos Instrumentos

Endereço: Av. Lutz Edmundo Cantjo Coube, nº 14-01

Bairro: CEP: 17.033-360

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (143)103-6087 **Fax:** (143)103-6087 **E-mail:** arimala@fc.unesp.br

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



Continuação do Parecer: 1.184.997

haverá a correção e apuração dos dados de acordo com as orientações de cada manual. Para melhor visualização dos resultados os dados serão organizados em tabelas, as quais conterão os participantes com seus respectivos indicativos da fase de estresse, estilo parental e a percepção de suporte familiar encontradas na apuração dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Traduziu-se numa linguagem corrente, e não técnica, a expressão "A referida pesquisa tem como objetivo descrever estresse, estilos parentais e percepção de suporte familiar em pai e mãe de crianças com o diagnóstico de TDAH" e acrescentou-se a existência mínima de riscos para os pesquisados.

Recomendações:

Nada a recomendar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, já que as recomendações contidas no parecer anterior foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado

BAURU, 13 de Agosto de 2015

Assinado por:
Alessandro Moura Zagatto
(Coordenador)

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (143)103-6087 Fax: (143)103-6087 E-mail: arimala@fc.unesp.br

ANEXO B

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data: ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____ Filhos: () sim () não

Idades dos filhos: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Estado Civil: _____

Saúde:

Prática de exercícios físicos: () sim () não Qual: _____

Frequência: _____

Fumante: () sim () não Quantidade de cigarros por dia: _____

Consumo de álcool: () sim () não Frequência: _____

Tratamentos e medicamentos contínuos: _____

Está em atendimento psicoterápico? () sim () não

Religião: () sim () não Qual? _____

Diagnóstico da criança: