

**ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL EM MÃES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE
DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE**

Andressa Henke Bellé

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia

Sob Orientação da
Prof^a . Dr.^a Cleonice Alves Bosa

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Março, 2007.

Agradecimentos:

Meus sinceros agradecimentos a minha querida orientadora, a Dr^a Cleonice Alves Bosa, por toda dedicação, paciência, prontidão, ensinamentos e incentivo ao longo deste trabalho. Também agradeço as instituições que permitiram a realização do estudo que originou esta dissertação, em especial, ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, à direção das escolas Cruz Vermelha e Pedro Schneider, e à coordenação do Centro Clínico Bem-Estar e do Centro de Psicoterapia Cognitiva – RS. Obrigada também aos pesquisadores que auxiliaram na realização do estudo: Ana Cristina Andreazza, Cátula Pelisoli, Jan Ruschel e Juliane Lima. Agradeço, ainda, a minha sócia e amiga Ana Karina Fuelber dos Santos, que além de pesquisadora deste trabalho, forneceu-me todo suporte necessário para viabilizá-lo. Por fim, agradeço a minha querida mãe Lucia Henke e ao meu esposo Cleber Prado, pelo apoio emocional ao longo desta trajetória.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO.....	05
ABSTRACT.....	06
APRESENTAÇÃO.....	07
ARTIGO 1: Adaptação psicossocial em familiares de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: revisão crítica da literatura.....	10
ARTIGO 2: Estresse e Adaptação Psicossocial em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	59
ANEXOS.....	68
Anexo A. <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I</i>	68
Anexo B. <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II</i>	69
Anexo C. <i>Ficha sobre Dados Demográficos, Dados sobre a Criança com TDAH e Identificação de Estressores</i>	70
Anexo D. <i>Questionário de Suporte Social – SSQ</i>	72
Anexo E. <i>Inventário de Coping Parental- área da saúde – CHIP</i>	81

Anexo F. <i>Questionário de Estresse para Pais de crianças com Transtorno de Desenvolvimento</i>	83
Anexo G. <i>MTA (SNAP)-IV (Escala de Pontuação para Pais e Professores)</i>	85
Anexo H. <i>Self-Report Questionnaire (SRQ)</i>	87
Anexo I. <i>Adult Self-Report Scale (ASRS, versão, 1.1)</i>	88

RESUMO

Este trabalho apresenta dois artigos sobre a adaptação psicossocial de mães de crianças com TDAH. O primeiro corresponde a uma revisão de literatura sobre o TDAH, fundamentada no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar. Foram identificadas limitações metodológicas (e.g. ausência de grupos controle e exame de co-morbidades). O segundo artigo investigou o estresse parental em mães de crianças com TDAH combinado ($n=30$), mães de crianças com TDAH e comorbidade com o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) ($n=30$), e de crianças com desenvolvimento típico ($n=30$). Foram também investigadas possíveis correlações do estresse parental, com as estratégias de *coping*, apoio social e severidade do TDAH. Dentre outros fatores, os resultados indicaram que as mães das crianças com TDAH combinado e TDAH + TOD apresentaram mais estresse parental do que mães de crianças com desenvolvimento típico e que o apoio social, o *coping* auto-estima e médico atuaram como moderadores do estresse parental.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Estresse, Apoio Social, *Coping* e Modelo de Adaptação Familiar.

ABSTRACT

This paper presents two articles about psychosocial adaptation's mothers of the children with ADHD. The first is a literature review about ADHD, fundamentals of the Stress and Family Adaptation Model. Were identified methodological limitations (e.g. absence of the control groups and examination of the co morbidity). The second article has investigated the parental stress in mothers of children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) ($n=30$), in mothers of children with co morbidity with the Oppositional Defiant Disorder (ODD) ($n=30$), and in mothers of children with typical development ($n=30$). In addition, possible correlations of parental stress with coping strategies, social support and ADHD severity have been investigated. The results indicated if mothers of children with ADHD and ADHD + ODD presented more parental stress than mothers of children with typical development. In addition, the social support, *coping* self-esteem and *coping* medical moderated the parental stress effect.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Stress, Social Support, *Coping* and Family Adaptation Model

APRESENTAÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) se manifesta através dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Estas características costumam repercutir de maneira adversa no desempenho escolar, na capacidade cognitiva e nas interações sociais de crianças que apresentam o transtorno (Rohde & Mattos, 2003). Por outro lado, as famílias destas crianças também são afetadas, especialmente as mães (Taylor, 1994), pois estas tendem a ser “acusadas” pela falta de controle sobre os comportamentos disruptivos dos filhos (Barkley, 2002). Assim, há indícios de que o TDAH represente um evento estressor para as mães (Barkley, 2002; Taylor, 1994).

Embora diversas pesquisas investiguem aspectos etiológicos e abordagens terapêuticas para o TDAH, há poucos estudos dedicados a investigar o impacto deste transtorno sobre as mães em termos de estresse e adaptação psicossocial (Jones & Passey, 2004; Rashap, 1998). Entre as razões que justificam a realização destes estudos, há duas que podem ser especialmente apontadas: 1) As mães ainda assumem maior responsabilidade nos cuidados com o filho, podendo ocorrer sobrecarga (Wagner, Predebon, Mosmann & Verza, 2005); e, 2) Os prejuízos à saúde mental das mães, decorrentes desta sobrecarga, podem comprometer o seu envolvimento positivo com o filho e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança (Kashdan e cols., 2004).

O presente trabalho será apresentado em dois artigos, que focalizam a adaptação psicossocial de mães de crianças com TDAH. O primeiro artigo constitui-se de uma revisão da literatura acerca do impacto do TDAH no contexto familiar. Este discute criticamente os estudos sobre a adaptação familiar ao TDAH, especialmente a materna, fundamentados, em sua maioria, no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar (McCubbin, 1995). Para tanto, foram identificados pontos teórico-metodológicos de consenso ou de controvérsia, assim como áreas carentes de maior investigação. Uma análise das limitações metodológicas destes estudos revelou, entre

outros aspectos, a necessidade de inserção de grupos-controle para a investigação da adaptação materna ao TDAH, e de um maior rigor na escolha dos mesmos. Por exemplo, a inclusão de mães de crianças com desenvolvimento típico, em estudos comparativos, é fundamental para identificar se a adaptação familiar resultante se deve especificamente ao TDAH, ou a outras características presentes em crianças com desenvolvimento típico.

Por outro lado, também é necessário inserir grupos-controle nos quais o subtipo de TDAH e algumas de suas co-morbidades sejam controlados. Isso porque uma criança com TDAH do subtipo combinado (sintomas de desatenção e hiperatividade), por exemplo, provavelmente exercerá um impacto diferenciado sobre suas mães, em comparação a crianças nas quais somente os sintomas de desatenção são predominantes (Andrade, 2003). Além disso, se uma criança com TDAH combinado também for diagnosticada com o Transtorno Opositor Desafiador (uma de suas principais co-morbidades) poderá apresentar problemas comportamentais adicionais que influenciem nas respostas maternas ao filho (Rohde & Mattos, 2003).

Ao mesmo tempo, os estudos sobre esta temática requerem a utilização de instrumentos sobre estresse que sejam específicos ao contexto de transtornos do desenvolvimento. Especialmente no Brasil, a maioria dos estudos que investigam a adaptação materna utiliza escalas gerais, pouco qualificadas para revelar o impacto que os transtornos ou problemas dos filhos exercem sobre as famílias (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte & Martinez, 2004). Além disso, constatou-se que há estudos que apresentam conclusões reducionistas sobre o estresse materno relativo aos filhos com TDAH. Estes modelos teóricos indicam simplesmente que é o TDAH que gera o estresse materno, não identificando as relações entre os diferentes fatores que contribuem para exacerbá-lo ou amenizá-lo (Biederman e cols., 1995).

Com base nestas reflexões, foi proposto um estudo empírico, apresentado no segundo artigo. Este estudo teve como objetivo investigar o estresse parental em mães de crianças com TDAH combinado ($n=30$), mães de crianças com TDAH e co-morbidade com o Transtorno

Opositor Desafiador (TOD) ($n=30$), e de crianças com desenvolvimento típico ($n=30$). Além disso, foram investigadas possíveis correlações do estresse parental, com as estratégias de *coping*, apoio social e severidade do TDAH. Os instrumentos utilizados na avaliação das mães foram os seguintes: 1) *Ficha sobre Dados Sociodemográficos e Identificação de Estressores*; 2) *Questionário de Suporte Social (SSQ)*; 3) *Inventário de Coping Parental – Área da Saúde - CHIP*; 4) *Questionário de Estresse Parental para Pais de Criança com Transtorno de Desenvolvimento*; 5) *MTA SNAP-IV Escala de pontuação para pais e professores*; 6) *Questionário de Déficit de Atenção/Hiperatividade para Adultos (ASQRS)*; e, *Self-Report Questionnaire (SRQ)*.

Os dois artigos serão articulados através de uma discussão crítica que será apresentada junto às considerações finais deste trabalho. Nessa, serão abordadas reflexões acerca do contexto familiar de crianças com TDAH, do impacto deste transtorno sobre as mães, bem como do papel das variáveis moderadoras do estresse na adaptação materna a esta psicopatologia. O Modelo de Estresse e Adaptação Familiar (McCubbin, 1995) será utilizado para embasar teoricamente os resultados obtidos, expandindo a discussão dos artigos.

Além disso, serão discutidas as limitações do estudo realizado, no que tange a fatores como: 1) número de participantes; 2) instrumentos utilizados; 3) controle de variáveis sociodemográficas, entre outros. Serão sugeridas, também, diretrizes para novas pesquisas que avaliem e investiguem a adaptação psicossocial a crianças com TDAH, especialmente no que se refere ao desenvolvimento de estratégias terapêuticas direcionadas às mães.¹

¹ Os artigos foram redigidos com base nas normas de digitação dos respectivos periódicos para os quais serão encaminhados: *Interação em Psicologia* (Artigo 1); *Estudos de Psicologia de Natal* (Artigo 2).

Artigo 1: Adaptação psicossocial em familiares de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: revisão crítica da literatura

Resumo:

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) traz dificuldades tanto para os que apresentam essa condição, quanto para seus familiares. Neste artigo, será apresentada uma revisão da literatura (estava escrito teórica) acerca do TDAH e do contexto familiar de crianças com esta psicopatologia. Além disso, serão discutidos estudos sobre a adaptação psicossocial familiar ao TDAH, especialmente os fundamentados no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar. Para tanto, foi realizado um levantamento de publicações nacionais e internacionais acerca do TDAH e seu impacto nas famílias. A análise dessas demonstrou que além do TDAH, outros fatores influenciam na adaptação familiar ao transtorno, tais como: apoio social e estratégias de *coping*. Porém, tais estudos ainda são escassos e metodologicamente limitados. Sugere-se que a adaptação familiar ao TDAH seja melhor investigada devido a suas possíveis implicações para programas terapêuticos voltados a crianças com esta condição e seus pais, a fim de promover qualidade de vida familiar.

Unitermos: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, família, Modelo de Estresse e Adaptação Familiar

Psychosocial adaptation of families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a critical review of literature

Abstract:

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) brings difficulties not only to the carriers of this condition but also to the families. In this article, a literature review concerning the ADHD and the familiar context of children with this psychopathology is presented. Moreover, studies about the psychosocial parental adaptation to the ADHD are discussed, especially the fundamentals of the Stress and Family Adaptation Model. For this purpose, a review about national and international publications about the ADHD and its impact on families was conducted. This analysis showed that, besides the ADHD symptoms, other factors have influence on the family's adaptation to the condition, such as social support and coping strategies. However, such studies are still scarce and methodologically limited. It is suggested that the family's adaptation to the ADHD be better investigated due to its possible implication to therapeutic programs designed for children with this condition and their parents, for the purpose of furthering the quality of family's life.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Family, Stress and Family Adaptation Model

Introdução

Uma das primeiras descrições encontradas na literatura sobre os sintomas do TDAH foi realizada por Hoffman, em 1845. Ele descreveu uma criança que nunca aprendia com seus próprios erros, estava sempre causando tumulto e se envolvendo em confusões (Domingos & Riso, 2000). Atualmente, o TDAH é classificado no DSM-IV-TR™, como um tipo de transtorno geralmente diagnosticado na infância ou adolescência (APA, 2002; Trott, 2006). É considerado um transtorno do desenvolvimento do autocontrole, que consiste em problemas quanto aos períodos de atenção, ao controle de impulsos e ao nível de atividade (Barkley, 2002; Campbell, 2004).

Existem três subtipos de manifestações possíveis para o TDAH: 1) com predominância de sintomas de desatenção; 2) com predominância de sintomas de hiperatividade; e, 3) combinado (Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczyk, 2000). Para definir o subtipo em que uma criança se encontra é importante analisar os sintomas gerais do TDAH.

Quanto à desatenção, esta é expressa pelos seguintes sintomas: dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho; dificuldade para manter a concentração em tarefas lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar tarefas que exijam esforço mental; perda de objetos; ser distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimento em atividades diárias (APA, 2002).

Com relação à hiperatividade, esta tem como características: agitar as mãos ou pés e se remexer na cadeira; abandonar a cadeira em situações em que se espera que se permaneça sentado; correr e escalar em demasia em situações inapropriadas; dificuldade em envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar freqüentemente “a mil”; falar em demasia (APA, 2002).

Os sintomas de impulsividade são: dar respostas precipitadas antes que as perguntas tenham sido concluídas; ter dificuldades em esperar sua vez; interromper e se intrometer nos assuntos dos outros (APA, 2002).

Este conjunto de características aponta para um comprometimento cognitivo, escolar, laboral e social para os portadores deste transtorno (Domingos & Risso, 2000; Campbell, 2004; Kadesjö, 2003; Quay & Hogan, 1999). Por outro lado, o impacto do TDAH também é sentido pelas famílias (Taylor, 1994). No presente artigo, será realizada uma revisão da literatura acerca do contexto familiar de crianças com TDAH e da adaptação psicossocial familiar aos filhos com este transtorno.

Método

As principais bases para a composição do presente artigo foram *Scielo*, *Medline* e *PsyInfo*, a partir das seguintes palavras-chave: família (family); Modelo ABCX (ABCX Model), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (Attention Déficit Hiperactivity Disorder), mãe (*mother*); adaptação (adaptation). A partir destas palavras-chave também foram localizados periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de teses e dissertações acessados através do site da CAPES. Foram localizadas 55 referências que foram devidamente fichadas, comparadas e avaliadas quanto a sua contribuição para os objetivos do estudo.

Contexto Familiar de Crianças com TDAH

As interações entre crianças com TDAH e seus familiares geralmente são conflituosas. Isso porque, na interação com familiares, elas tendem a ser menos obedientes e a demandar mais assistência do que crianças com desenvolvimento típico (Edward, Barkley, Laneri, Fletcher & Metevia, 2001).

Estudos sobre a interação entre mães e crianças com TDAH demonstram que crianças com o transtorno iniciam mais interações com a mãe e solicitam mais da ajuda delas do que crianças sem o transtorno. Isso tende a ocorrer, sobretudo, na presença do Transtorno Opositor Desafiador (TOD) (Barkley, 2002). Já as mães, especialmente com meninos, são mais críticas e menos afetivas do que mães de crianças sem o transtorno (Battle & Lacey, 1972). Embora criança e mãe contribuam para os conflitos, pesquisas indicam um incremento significativo do TDAH nestes (Hechtman, 1996).

Assim como ocorre com as mães, pais de crianças com TDAH são mais diretivos e críticos no cuidado com os filhos. No entanto, as crianças são mais obedientes diante do pai do que com a mãe. Algumas hipóteses para isso podem ser levantadas: 1) as mães carregam mais responsabilidade na interação com a criança, sendo que a sobrecarga as afeta mais psicologicamente do que aos pais; 2) os pais impõem punição mais imediata ao comportamento da criança e no TDAH isso funciona melhor do que as conversas com a mãe; e, 3) a força física do pai pode intimidar a criança (Barkley, 2002).

Por apresentarem menos problemas de interação com a criança, muitos pais “acusam” a mãe de exagerar no relato de seus sintomas. Na escola, o TDAH é considerado, muitas vezes, um problema de falta de disciplina pela mãe, a qual é cobrada freqüentemente. Assim, há indícios de que o TDAH seja um estressor, sobretudo para mães, impondo a necessidade de adaptação psicossocial (Barkley, 2002).

O conceito de adaptação psicossocial e o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar

Após o contato com um evento estressor significativo (divórcio, desemprego, morte etc.) a família passa por um estágio de crise inicial, através do qual busca restaurar a estabilidade do funcionamento familiar. Neste estágio, a mesma necessita modificar papéis, regras e padrões de comportamento, a fim de reduzir o estresse. Assim, inicia o estágio de adaptação psicossocial, no

qual a família altera capacidades, recursos (entre os quais o apoio social), significados e estratégias de *coping*, para enfrentar o estressor com o qual se depara (McCubbin & Patterson, 1983).

A adaptação psicossocial pode, então, ser definida como o resultado das estratégias provenientes da interação entre família e ambiente, no contexto de um evento estressor, podendo ser medida através dos níveis de estresse familiar (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Logo, a adaptação das famílias ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade de um filho poderá ser visualizada através de diferentes manifestações do estresse, e dependerá de uma interação entre múltiplos fatores. Assim sendo, um modelo direcionado à compreensão da adaptação psicossocial em famílias deve considerar esse caráter multifatorial (Flaherty & Gidden, 2000).

Ao longo dos últimos anos, o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar, utilizado para compreender a resposta das famílias ao transtorno ou doença física dos filhos, sofreu uma evolução. Esse iniciou com o clássico modelo ABCX de Reuben Hill (1949, 1958), que foi adaptado por McCubbin e Patterson (1983). Esses autores expandiram este modelo a partir do Modelo ABCX Duplo, que também teve como base o modelo de estresse e *coping* de Lazarus e Folkman (1984), direcionado à compreensão do estresse parental. No Modelo ABCX Duplo, ampliou-se a compreensão do processo de adaptação das famílias após a crise através da adição de duas variáveis ao modelo ABCX: o fator temporal, referente à adaptação familiar antes e após a crise, e as estratégias de *coping*. Em função da adição do fator temporal, este modelo acrescentou a idéia de que nenhum evento ocorre isoladamente, mas em série. Assim, no Modelo ABCX Duplo, o elemento estressor (aA) soma-se a um acúmulo de estressores e forças. O modelo contém duas variáveis moderadoras: presença e expansão dos recursos familiares para lidar com demandas e necessidades (bB) e o significado atribuído pela família para sua situação (cC). A crise familiar e a adaptação após a crise (xX) é o fator resultante (Saloviita, Itälina & Leinonen, 2003).

Em 1987, McCubbin e McCubbin acrescentaram dimensões ao Modelo ABCX Duplo, aperfeiçoando o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar. Esta nova versão do modelo acrescentou a regeneratividade familiar (R) e tipos de família (T) como variáveis que explicam o comportamento familiar em resposta aos eventos de vida estressantes. Além disso, este modelo expandiu a compreensão de elementos associados a forças e capacidades, já presentes nos modelos anteriores. Para isso, acrescentou ao significado atribuído pela família à situação (cC), o conceito de esquema familiar, o qual corresponde à visão de mundo e senso de coerência da família (CCC). Concedeu, também, um maior destaque às estratégias de *coping* e resolução de problemas (PSC). Além disso, atribuiu uma importância maior ao apoio social (BBB), aprofundando seu conceito (McCubbin, 1995). Embora a compreensão da adaptação familiar ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade envolva uma interação entre múltiplos fatores, *coping* e apoio social receberão maior ênfase pela posição de destaque que ocupam no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar (Lescke & Juricka, 1998).

Coping pode ser definido como um conjunto de esforços de controle, emitidos como uma resposta comportamental ou cognitiva ao estresse, visando reduzir seu efeito aversivo. Corresponde, então, a uma resposta que visa à ampliação, criação ou manutenção da percepção de controle pessoal (Lazarus & Folkman, 1984). De acordo com o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar, *coping* é definido como uma tentativa da família de manejar a demanda colocada sobre o sistema familiar e mobilizar recursos para melhor lidar com uma determinada situação de crise (McCubbin, 1995).

Um estudo que investigou *coping* e sofrimento parental, em pais de crianças com TDAH, demonstrou que estratégias de *coping* foram associadas a níveis altos de satisfação por pais e mães (Podolski & Nigg, 2001). Por outro lado, um estudo conduzido por Bailey, Barton e Vignola (1999) indicou uma tendência de mães de crianças com TDAH de utilizar estratégias de *coping* mais deficitárias e indiretas do que mães de crianças sem o transtorno.

O apoio social pode ser definido como o conteúdo funcional composto das seguintes dimensões: 1) provisão de intimidade; 2) integração social; 3) disponibilidade para receber cuidados; 4) reafirmação da capacidade individual frente a acontecimentos; e, 5) disponibilidade para ajuda informacional, emocional e material (Brandt & Weinert, 1981). Na visão de Savoia (1999), o apoio social assume um papel importante na redução do impacto de um evento estressor, tanto nos indivíduos, quanto nas famílias, influenciando diretamente na percepção da experiência vivenciada. (McCubbin, 1995).

Um estudo que investigou níveis de estresse parental em pais de crianças com TDAH, com outros transtornos e com desenvolvimento típico, demonstrou que houve correlação negativa entre apoio social informal e o estresse parental de mães e pais de crianças com TDAH (Walker, 2005). No entanto, há evidências de que pais de crianças com TDAH costumam receber menos apoio social do que pais de crianças sem transtornos. Isso porque características disruptivas da criança podem levar estas famílias a um afastamento social (Barkley, 2002; Brewer, 1997; Lange e cols., 2005).

São poucos os estudos que avaliam *coping* e apoio social como variáveis moderadoras do estresse entre familiares de crianças com TDAH. Além disso, embora a maioria dos estudos citados esteja fundamentada em modelos teóricos de estresse e *coping*, poucos se fundamentam nas versões deste modelo adaptadas especificamente a famílias. Identifica-se, também, que as pesquisas que fazem uso de modelos de estresse e *coping* direcionados a famílias, utilizam, em sua maioria, versões pouco desenvolvidas do modelo, ou se detém em pequenas particularidades do mesmo na análise dos resultados, não utilizando-os como fundamento para objetivos ou hipóteses dos estudos em si. Há, ainda, estudos fundamentados em outros modelos familiares que não o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar (Avery, 2001; Brewer, 1997).

Adaptação psicossocial ao TDAH a partir do Modelo de Estresse e Adaptação Familiar

O Modelo de Estresse e Adaptação Familiar é um dos modelos mais completos para a compreensão do impacto que os transtornos de desenvolvimento ou doenças físicas dos filhos exercem sobre as famílias. Dentre os problemas mais estudados com base neste modelo estão: Doenças Crônicas, Síndrome de Down, Autismo e déficits intelectuais (Han, 2003; Salovvita & Leinonen, 2003; Walker, Van Slyke & Newbrough, 1992; Webster, Feiler, Webster & Lovell, 2004).

Quanto à compreensão da adaptação em mães de crianças com TDAH, foram encontrados poucos estudos inteiramente fundamentados na versão mais atualizada e complexa do Modelo de Estresse e Adaptação Familiar, e que incluem as variáveis *coping* e apoio social. Um dos poucos estudos fundamentados nesse modelo foi desenvolvido por Rashap (1998). Esse teve como objetivo examinar fatores de risco e resiliência na adaptação materna a crianças com TDAH. Além disso, o mesmo avaliou o impacto do ajustamento materno no funcionamento psicológico das crianças. Participaram do estudo 107 mães, tanto casadas, quanto solteiras, com idades entre 27 e 54 anos, com filhos entre 5 e 12 anos, diagnosticados com TDAH. As mães foram avaliadas através de um *questionário confidencial* contendo variáveis demográficas, severidade do TDAH, eventos de vida estressantes, estratégias de *coping* , apoio social percebido de amigos e família, satisfação conjugal, Apoio Percebido do esposo, auto-eficácia parental, depressão e ansiedade materna e funcionamento psicológico da criança. O estudo foi conduzido a partir de um delineamento correlacional para investigar a relação entre variáveis de risco e fatores de resistência com depressão e ansiedade materna, além do funcionamento psicológico da criança. Os resultados deste estudo demonstraram que o número de eventos estressantes, uso de estratégias de *coping* de fuga e conflitos familiares foram positivamente correlacionados com a depressão nas mães. Já o apoio social percebido, oriundo dos membros da família e amigos, satisfação conjugal, apoio conjugal percebido e coesão no ambiente familiar foram inversamente relacionados à depressão e ansiedade materna. A expressividade materna foi negativamente correlacionada com a depressão materna, mas não teve correlação com a ansiedade. Como foi

hipotetizado, os problemas de comportamento da criança foram positivamente correlacionados a depressão e ansiedade materna. Dois estudos simultâneos de regressão múltipla foram conduzidos (um para depressão e um para ansiedade) no intuito de testar a aplicabilidade do modelo de estresse, *coping* e adaptação para prever os sintomas apresentados pelas mães. Esta análise confirmou a hipótese de que variáveis psicológicas como, estratégias de *coping* evitativas, felicidade conjugal e estresse dos eventos de vida podem influenciar na variância significativa da depressão e da ansiedade. A partir deste estudo, o autor concluiu que intervenções com mães podem melhorar seu processo de adaptação ao TDAH dos filhos.

Outro estudo fundamentado no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar foi desenvolvido por Jones e Passey (2004). O objetivo deste estudo foi investigar o estresse parental em famílias de crianças com transtornos de desenvolvimento e problemas de comportamento em relação a certas características da criança, recursos, percepção dos pais e estilo de *coping*. Além do TDAH, outros transtornos foram investigados, tais como: problemas de aprendizagem, transtornos de espectro autista, paralisia cerebral, síndrome de Down e transtornos genéticos e metabólicos. Foram entrevistados 48 cuidadores primários de 51 crianças, meninos e meninas ($m= 8$ anos), com transtorno de desenvolvimento e problemas de comportamento, sendo que 16 das famílias estudadas possuíam um cuidador e 32 famílias dois cuidadores. Os pais responderam aos seguintes instrumentos: *Inventário de Dificuldades Comportamentais*, *Questionário de Estresse e Suporte Familiar*, *Escala de Suporte Familiar*, *Inventário de Saúde de Coping para Pais* e *Escala de Locus de Controle Parental*. Os resultados demonstraram que os preditores mais fortes do estresse parental foram o estilo de *coping* e *locus* de controle interno dos pais. Os pais que acreditavam que suas vidas não eram controladas pelos filhos com transtorno e que enfrentavam o problema com base na integração familiar, cooperação e otimismo demonstraram menor estresse. O apoio social foi relacionado à redução do estresse financeiro. Os problemas de comportamento da criança não emergiram como um preditor significativo da adaptação. Esses resultados divergem da maioria da literatura que indica

que os transtornos, *per se*, são a causa do estresse familiar. Com relação a amigos, parentes e vizinhos, a maioria dos pais concorda que explicar seu problema aos outros é uma boa estratégia para amenizar o sofrimento. Quanto a médicos e outros profissionais, a maioria dos pais demonstrou dificuldade de obter o diagnóstico junto a eles, bem como de obter informações sobre o problema da criança. Percebe-se que uma das limitações deste estudo é não abordar o TDAH separadamente, nem na revisão de literatura e tampouco na análise estatística dos dados, tendo como foco os transtornos do desenvolvimento ou problemas de comportamento de modo geral. Assim, o estudo não permite identificar se os resultados encontrados refletem as repercussões do TDAH sobre as famílias, ou se estes estão mais associados a outros transtornos ou problemas investigados. Além disso, os subtipos de TDAH e co-morbidades associadas ao mesmo não foram controlados neste estudo. Também não houve controle dos participantes da pesquisa, quanto ao sexo dos seus filhos. Esse controle teria sido importante no caso do TDAH, porque este se manifesta diferentemente em meninos e meninas, o que pode repercutir de modo distinto na interação com os pais e, provavelmente, no impacto que o transtorno dos filhos exerce sobre os mesmos. Nesse estudo, esse fator não foi considerado nem mesmo na análise dos resultados.

Foi também encontrado um estudo sobre adaptação familiar ao TDAH que, apesar de fundamentado no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar, não investigou as variáveis *coping* e apoio social. A proposta deste estudo foi descrever quantitativa e qualitativamente informações sobre a adaptação familiar ao TDAH e explorar melhor as características das famílias de crianças com este transtorno. As hipóteses deste estudo se fundamentaram na descrição e avaliação de crianças diagnosticadas com TDAH cinco anos antes da pesquisa proposta. Junto às crianças foram investigadas as seguintes variáveis: competência social, problemas de comportamento e auto-conceito. As variáveis familiares investigadas foram adaptação, coesão, estresse, comunicação, solução de problemas e satisfação. Participaram do estudo 25 pré-adolescentes meninos, diagnosticados com TDAH e seus pais, sendo que 18 já haviam participado da

avaliação cinco anos antes. As crianças foram comparadas com amostras normativas para representar a população em geral, além de terem sido comparadas com crianças com Transtorno Opositor Desafiador, Transtornos de Conduta e Transtornos de Aprendizagem. Os resultados apontam para uma adaptação positiva nas famílias de crianças com TDAH. Sendo que, a coesão familiar, solução de problemas e comunicação apareceram como importantes preditores dessa adaptação. Além disso, as crianças apresentaram menos problemas de comportamento e altos níveis de auto-conceito (Holderness, 1998).

Outro estudo baseado neste modelo, não foi direcionado especificamente ao TDAH, mas a adaptação de pais a problemas de comportamento dos filhos. O principal objetivo do mesmo foi utilizar este modelo para examinar a extensão com a qual os problemas de comportamento da criança, recursos, e estratégias de *coping* predizem o estresse parental, e o quanto recursos e estratégias de *coping* atuam como moderadores da relação entre os problemas de comportamento e o estresse em mães. Participaram desta etapa do estudo 80 mães de crianças em idade escolar com características de população clínica. O segundo objetivo do estudo foi comparar os níveis de estresse em mães de crianças com comportamento internalizado ($n=16$) e externalizado ($n=18$), e comportamentos normais ($n=17$). Finalmente, o estudo comparou as percepções do estresse de crianças e problemas de comportamento das crianças entre mães ($n=13$) e pais ($n=13$). Os resultados indicam que o apoio social moderou a relação entre problemas de comportamento (internalização, externalização e problemas de comportamento geral) e estresse parental. A coesão da família e sua adaptação, *coping* ativo e racional, e satisfação conjugal moderaram a relação entre comportamentos internalizados e estresse parental, mas não os externalizados. Em geral, mães de crianças com problemas de comportamento externalizados, experienciaram mais estresse parental do que mães de crianças com comportamentos internalizados. Não houve diferença significativa entre pais e mães quanto à percepção dos problemas de comportamento e quanto ao estresse. Partindo da proposta deste estudo, o TDAH pode ser mais associado aos

problemas de comportamentos externalizados, que repercutem diferentemente nas mães do que os comportamentos internalizados (Tsagarakis, 1999).

Os demais estudos que investigam a adaptação familiar de pais de crianças com TDAH partem puramente de uma perspectiva de causa-efeito, desconsiderando variáveis moderadoras do impacto ocasionado pelo mesmo. Assim, a maioria desses demonstra que as dificuldades vivenciadas devido ao TDAH causam problemas à saúde mental dos familiares e no clima afetivo em casa (Hechtman, 1996).

Por outro lado, também há estudos avaliando os preditores para o estresse parental, que embora não investiguem variáveis moderadoras, analisam outras possíveis causas para o mesmo (Anastopoulos, Guevremont, Shelton & Dupaul, 1992). Os poucos estudos que se dedicam a investigar estas variáveis não estão fundamentados no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar (Michell, 2006). Além disso, são realizados estudos para corroborar a hipótese de que se a saúde mental da mãe está afetada, isso ocasiona prejuízos ao funcionamento parental da mesma (Kashdan e cols., 2004).

Nessa perspectiva, há também pesquisas que indicam que são os pais com estresse e transtornos psiquiátricos, principalmente mães, os responsáveis pelo transtorno dos filhos (Bonnin, 2004). Os mesmos demonstram que o TDAH pode ser decorrente de problemas associados à saúde mental parental, especialmente os que acometem as mães durante o processo gestacional.

Constata-se, ainda, que são relativamente poucos os estudos que se dedicam à compreensão da adaptação familiar ao TDAH dos filhos, estando a literatura nessa área mais voltada a compreensão do problema em si, ao impacto gerado aos portadores deste e às diferentes modalidades de tratamento para o mesmo.

Limitações dos Estudos sobre Adaptação Psicossocial em Famílias de Crianças com TDAH

A partir do exposto é possível identificar que a maioria dos estudos que abordam a adaptação psicossocial em famílias de crianças com TDAH não utiliza modelos teóricos adaptados para as mesmas, mesmo quando se fundamentam em modelos de estresse e *coping* (Mitchell, 2006). Identificou-se, ainda, que o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar é um dos que mais se aplicam à compreensão do impacto que os transtornos exercem sobre as famílias, porque compreende esse impacto a partir de um contexto multifatorial (Han, 2002). Porém, são poucos os estudos que utilizam as versões mais atualizadas deste modelo teórico na compreensão de famílias de crianças com TDAH (Jones & Passey, 2004; Rashap, 1998).

Identificou-se, ainda, que as poucas pesquisas que aplicam o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar apresentam algumas limitações. O estudo desenvolvido por Rashap (1998), por exemplo, utiliza um instrumento que foi utilizado somente em seu estudo, característica que se repete em vários dos estudos encontrados. Na pesquisa realizada por Holderness (1998) as variáveis *coping* e apoio social, fundamentais no processo de adaptação familiar, foram ignoradas. Já o estudo desenvolvido por Jones & Passey (2004) investigou o TDAH juntamente a outros transtornos do desenvolvimento e problemas de comportamento, não identificando especificidades do impacto que o mesmo exerce sobre as famílias. Este estudo contou, ainda, com um número pouco expressivo de participantes, sobretudo para um delineamento quantitativo. Além disso, não controlou duas variáveis importantes na compreensão do TDAH, que foram o subtipo de TDAH e o sexo das crianças. O controle dessas variáveis é fundamental porque, conforme já foi mencionado, a manifestação dos sintomas do TDAH difere entre meninos e meninas, bem como de acordo com o subtipo de TDAH, o que possivelmente gera nas famílias um impacto diferenciado. Estas variáveis, aliás, não foram controladas em muitos dos estudos encontrados. Além disso, alguns dos estudos não utilizaram grupos-controle constituídos de pais de crianças com desenvolvimento típico, dificultando a identificação das especificidades da adaptação familiar ao TDAH.

Outro estudo que aplicou o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar foi desenvolvido por Tsagarakis (1999) e investigou somente o impacto de problemas comportamentais infantis nas mães. Embora este estudo auxilie na compreensão do TDAH, pelos inúmeros problemas em nível comportamental envolvidos no mesmo, o impacto deste diagnóstico nas famílias não pode ser compreendido somente a partir desta característica do transtorno, fazendo deste um estudo bastante limitado (Bullard, 1997). Além disso, o próprio Modelo de Estresse e Adaptação Familiar não considera algumas características específicas do TDAH, o que aponta para a necessidade de que sejam desenvolvidos outros modelos que indiquem as especificidades da adaptação materna a este transtorno (Jones & Passey, 2004).

Identificou-se, ainda, que na literatura internacional há uma escassez de estudos que investigam as famílias das crianças com TDAH. A importância de explorar esse campo localiza-se na intensa convivência das famílias com a criança, sendo fundamental a atenção à saúde mental familiar. Além disso, esse campo deve ser explorado, pois a maioria dos modelos psicoterápicos direcionados a crianças com TDAH envolve a intensiva participação dos pais (Bellé & Caminha, 2005). Essa é importante, pois os sintomas comuns ao transtorno exigem dos pais um controle comportamental contínuo junto à criança, durante e após a psicoterapia. Nesse sentido, para que estes pais consigam colaborar efetivamente com o tratamento dos filhos, é necessário que cuidem de sua própria saúde mental (Barkley, 2002; Knapp & Rhode, 2002).

Especificamente com relação às mães, duas razões são apontadas para que se ampliem os estudos voltados a elas: 1) em muitas famílias ainda são as mães as grandes responsáveis pelos cuidados com a criança com TDAH (Barkley, 2002; Wagner, Pedrebon, Mosmann & Verza, 2005); e, 2) a ansiedade materna leva a diminuição do calor parental e do envolvimento positivo com o filho (Kashdan e cols., 2004). Em outras palavras, quando problemas de adaptação afetam as mães de crianças com TDAH, esses afetam também a criança.

Se em estudos internacionais percebe-se ser essa uma questão pouco investigada, no Brasil, famílias de crianças com TDAH praticamente não foram estudadas. Em uma pesquisa

aprofundada nos diversos sistemas de busca na *Internet*, incluindo procura por artigos nas principais revistas brasileiras e por teses e dissertações, nada foi encontrado sobre o impacto que o TDAH exerce junto às famílias. Com relação à temática do TDAH, os artigos encontrados estão mais relacionados ao tratamento do mesmo, sobretudo o medicamentoso. São também encontrados artigos relacionando TDAH e escola. Já as teses localizadas voltam-se mais a questões de ensino-aprendizagem e a levantamentos epidemiológicos referentes ao TDAH. Há também alguns estudos no Brasil que investigam a adaptação materna aos filhos com outros problemas ou doenças, mas estes geralmente utilizam escalas gerais, pouco qualificadas para revelar o impacto dos transtornos nas famílias (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte & Martinez, 2004).

Além da escassez de estudos dedicados à adaptação familiar ao TDAH na área da psicologia, uso de modelos teóricos e instrumentos deficitários, problemas amostrais e pouco controle sobre variáveis importantes, percebe-se uma carência na literatura de estudos acerca do papel do apoio social e estratégias de *coping* na adaptação psicossocial de mães aos filhos com TDAH (Rashap, 1998). Isso porque, são poucos os estudos que avaliam os moderadores de estresse. Além disso, ainda não há um consenso na literatura quanto ao papel da severidade dos sintomas de TDAH na adaptação familiar a este transtorno. Enquanto alguns estudos defendem que a mesma é um preditor significativo para o estresse, outros demonstram exatamente o contrário, indicando que *coping* e apoio social podem predizer melhor o processo de adaptação familiar ao TDAH, considerando que, na presença destas e outras variáveis moderadoras, esta pode ser muito positiva (Holderness, 1998).

Conclusão

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade envolve diversos problemas não somente para aqueles que apresentam esta psicopatologia, mas também para os que convivem com eles. As famílias de crianças com TDAH, pela intensa convivência com as mesmas, são diretamente afetadas pelos problemas comuns a este transtorno. Por tal razão, o TDAH vem sendo considerado pela literatura um evento estressor para as famílias, especialmente para as mães, impondo uma necessidade de adaptação psicossocial familiar.

No presente artigo foram apresentados estudos sobre a Adaptação Psicossocial ao TDAH, especialmente os fundamentados no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar. Esses têm demonstrado que, além do TDAH, fatores como estratégias de *coping*, apoio social e familiar, entre outros, também influenciam na adaptação das famílias ao transtorno dos filhos. No entanto, apesar de importantes para a compreensão mais ampla do TDAH, tais estudos ainda são escassos nacional e internacionalmente, e apresentam algumas limitações, tais como: uso de instrumentos deficitários, problemas amostrais e pouco controle sobre determinadas variáveis. Além disso, ainda há muitos estudos baseados em modelos teóricos restritos e que defendem que o TDAH, *per se*, causa estresse e transtornos psiquiátricos. Portanto, é fundamental que o impacto do TDAH nas famílias seja compreendido de forma mais abrangente.

A partir do exposto, sugere-se que novos estudos sobre a adaptação familiar aos filhos com TDAH sejam conduzidos, sobretudo no Brasil, onde esta questão tem sido pouco investigada. Isso porque quando problemas de adaptação afetam aos familiares de crianças com TDAH, a criança também é afetada. Além disso, uma exploração mais intensiva deste campo em nosso país pode contribuir no avanço de programas terapêuticos que contemplem crianças com TDAH e seus pais, corroborando na melhoria da qualidade de vida familiar.

Artigo 2: Estresse e Adaptação Psicossocial em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Resumo:

O presente estudo investigou o estresse parental em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) ($n=30$), mães de crianças com TDAH e co-morbidade com o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) ($n=30$), e de crianças com desenvolvimento típico ($n=30$). Além disso, foram investigadas possíveis correlações do estresse parental, com as estratégias de *coping*, apoio social e severidade do TDAH. As mães foram avaliadas a partir de vários instrumentos, entre os quais destaca-se: 1) *Questionário de Suporte Social (SSQ)*; 3) *Inventário de Coping Parental – Área da Saúde - CHIP*; 4) *Questionário de Estresse Parental para Pais de Criança com Transtorno de Desenvolvimento*; 5) *MTA SNAP-IV Escala de pontuação para pais e professores*; Os resultados indicaram que as mães das crianças com TDAH combinado e TDAH + TOD apresentaram mais estresse parental do que mães de crianças com desenvolvimento típico. Além disso, o suporte social percebido e satisfação, o *coping* auto-estima e o *coping* médico atuaram como moderadores do estresse parental. Os principais preditores do estresse parental foram a hiperatividade da criança e o suporte social percebido. Estes e outros resultados serão discutidos a partir do Modelo de Estresse e Adaptação Familiar.

Palavras-chave: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; estresse; apoio social, estratégias de *coping*, adaptação familiar.

Stress and psychosocial adaptation in mothers of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Abstract:

The present study has investigated the parental stress in mothers of children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) ($n=30$), in mothers of children with co morbidity with the Oppositional Defiant Disorder (ODD) ($n=30$), and in mothers of children with typical development ($n=30$). In addition, possible correlations of parental stress with coping strategies, social support and ADHD severity have been investigated. The mothers have been evaluated using the following instruments: 1) Demographic and Stressors Identification Forms; 2) Social Support Questionnaire (SSQ); 3) Parental Coping Inventory – Health Area – CHIP; 4) Questionnaire of Parental Stress for Parents of Children with Development Disorder; 5) MTA SNAP-IV Teachers and Parents Rating Scale; 6) Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Questionnaire for Adults (ASQRS); and Self-Report Questionnaire (SRQ). The results indicated if mothers of children with ADHD and ADHD + ODD presented more parental stress than mothers of children with typical development. In addition, the social support (perceived and satisfaction), *coping* self-esteem and *coping* medical moderated the parental stress effect. The predicts of the parental stress were the hyperactivity of children and the perceived social support. The results will be discussed using the Stress Model and Family Adaptation.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Stress, Social Support, *Coping* and Family Adaptation

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) abrange dificuldades quanto aos intervalos de atenção, controle de impulsos e nível de atividade (APA, 2002; Trott, 2006). Em função disso, crianças com este transtorno costumam ser impacientes, desatentas e impulsivas (Campbell, 2004). O TDAH pode ser subdividido em três subtipos: 1) com predominância de sintomas de desatenção; 2) com predominância de sintomas de hiperatividade e; 3) combinado, no qual predominam sintomas de desatenção e hiperatividade. Além disso, este pode associar-se à diferentes co-morbidades, tais como: transtornos de comportamento disruptivo (Transtorno Opositor Desafiador e de Conduta), depressão, ansiedade e problemas de aprendizagem (Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczyk, 2000).

As pesquisas sobre a etiologia do TDAH não apresentam conclusões definitivas, mas sugerem que este resulte de uma disfunção no córtex pré-frontal e em suas conexões com o córtex parietal e com a rede subcortical (Szobot, Eizirik, Cunha, Langleben & Rohde, 2001). Estas áreas são responsáveis pelo controle de emoções e motivações, inibição de respostas, manutenção da atenção e planejamento (Barkley, 2002). A literatura indica, ainda, que esta disfunção pode estar associada a uma predisposição genética para o transtorno (Roman, Rohde & Hutz, 2002).

Aproximadamente 80 % das crianças continuarão com o TDAH na adolescência e 65% na fase adulta, podendo desenvolver transtornos psiquiátricos, acadêmicos e sociais (Rohde e cols., 2000). Este prognóstico pode variar conforme o subtipo de TDAH. Crianças com o subtipo combinado, por exemplo, manifestam com intensidade semelhante os sintomas de hiperatividade/ impulsividade e desatenção. Neste caso, seus comportamentos hiperativo/impulsivos levam à rejeição pelos pares e, somados a desatenção, a

comprometimentos no desempenho escolar (Andrade, 2003). Entretanto, ainda que este subtipo de TDAH seja um dos mais freqüentes, raramente os estudos sobre interações familiares no contexto do TDAH deixam clara a diferenciação entre este ou outros subtipos desta condição em seus delineamentos metodológicos (Jones & Passey, 2004).

Além disso, a ocorrência de co-morbidades como, por exemplo, com o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) predis põem estes indivíduos a maior desadaptação psicossocial. O TOD é um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil com figuras de autoridade (APA, 2002). Nestes casos, há indícios de um risco aumentado para o envolvimento de adolescentes com TDAH com grupos desviantes e para o uso de substâncias psicoativas (Marshal, Molina & Pelham, 2003).

Interações Familiares de Crianças com TDAH

Crianças com TDAH tendem a ser menos obedientes, a demandar mais assistência e a iniciar mais interações com as mães do que crianças com desenvolvimento típico, especialmente quando há co-morbidade com o TOD (Edward, Barkley, Laneri, Fletcher & Metevia, 2001; Johnston, 1996). Já as mães costumam ser mais severas e menos afetivas do que mães de crianças sem o transtorno (Battle & Lacey, 1972). Nesse sentido, pesquisas indicam uma influência significativa do TDAH nos conflitos entre mãe e criança (Hechtman, 1996).

Assim como as mães, pais de crianças com TDAH tendem a ser mais críticos com os filhos do que pais de crianças com desenvolvimento típico. No entanto, as crianças possivelmente são mais obedientes ao pai do que à mãe por diferentes razões: 1) os pais impõem punição imediata para a criança, e no TDAH essa estratégia tem relativa eficácia, 2) a força física do pai pode intimidar a criança (Barkley, 2002); 3) as mães ainda assumem mais responsabilidade pelos cuidados diretos da criança (Wagner, Predebon, Mosmann & Verza, 2005), experimentando maior sobrecarga. Em função disso, os pais costumam alegar que a mãe

“exagera” ao relatar os sintomas do filho. Além disso, o TDAH tem sido considerado, em algumas escolas, como um problema de falta de disciplina pela mãe. Assim, há sinais de que o TDAH seja um evento estressante para as mães, exigindo delas uma adaptação psicossocial (Barkley, 2002).

Adaptação psicossocial familiar aos filhos com TDAH

No contato com um evento estressor, a família passa por uma crise, diante da qual procura restabelecer o equilíbrio familiar. Então, ocorre a adaptação psicossocial, que resulta das estratégias utilizadas na interação entre família e ambiente, frente a um evento estressor, podendo ser mensurada pelos níveis de estresse familiar (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

O Modelo de Estresse e Adaptação Familiar é utilizado na compreensão da resposta das famílias ao transtorno ou doença física dos filhos. O modelo ABCX pioneiro foi o de Reuben Hill (1949, 1958), adaptado por McCubbin e Patterson (1983) através do Modelo ABCX Duplo, que adicionou duas variáveis ao modelo: o fator temporal (adaptação antes e após a crise) e as estratégias de *coping*. Neste modelo, o estressor (aA) soma-se a um acúmulo de estressores e forças, aos recursos familiares (bB) e ao significado atribuído para a situação de crise (cC). A adaptação após a crise (xX) é o fator resultante da interação entre estes aspectos (Saloviita, Itälina & Leinonen, 2003).

Em 1987, McCubbin e McCubbin acrescentaram dimensões ao Modelo de Estresse e Adaptação Familiar, tais como: 1) Regeneratividade familiar (capacidade da família de restaurar o equilíbrio frente a crise) (R); 2) Tipos de família (por exemplo, equilibrada, vulnerável, etc.) (T); 3) Esquema familiar - visão de mundo e senso de racionalidade da família (CCC). Além disso, os autores atribuíram mais destaque às estratégias de *coping* e resolução de problemas

(PSC), bem como ao apoio social (BBB) do que no modelo anterior, por sua importância neste referencial teórico (McCubbin, 1995; Lescke & Juricka, 1998).

O apoio social apresenta as seguintes dimensões: 1) integração social; 2) provisão de intimidade; 3) disponibilidade para ser cuidado; 4) reafirmação da capacidade frente a acontecimentos; 5) disponibilidade para ajuda informacional, emocional e material (Brandt & Weinert, 1981). Um estudo que investigou o estresse em pais de crianças com TDAH demonstrou uma correlação negativa entre apoio social informal e o estresse parental (Walker, 2005). No entanto, há evidências de que as características disruptivas da criança com TDAH podem levar seus pais a um isolamento social (Brewer, 1997; Lange, e cols., 2005).

Já o *Coping* pode ser definido como um conjunto de esforços de controle em resposta ao estresse, para minimizar seu efeito (Lazarus & Folkman, 1984). No Modelo de Estresse e Adaptação Familiar, *coping* é uma tentativa da família de mobilizar recursos para melhor manejar uma situação (McCubbin, 1995). Um estudo que investigou *coping* e sofrimento parental demonstrou que estratégias de *coping* foram associadas a níveis altos de qualidade de vida pelos pais de filhos com TDAH (Podolski & Nigg, 2001). Por outro lado, um estudo indicou uma tendência de mães de crianças com TDAH de utilizar estratégias de *coping* deficitárias e indiretas (Bailey, Barton & Vignola, 1999). Porém, são poucos estudos que avaliam apoio social e *coping* como moderadores do estresse entre familiares de crianças com TDAH.

Além disso, há poucos estudos sobre o TDAH fundamentados no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar. Um destes estudos examinou fatores de risco e resistência na adaptação materna ao TDAH (Rashap, 1998). Participaram do estudo 107 mães, entre 27 e 54 anos, que foram avaliadas através de um *questionário confidencial*. Os resultados demonstraram que eventos estressantes, estratégias de *coping* de fuga e conflitos familiares foram positivamente correlacionados à depressão nas mães. Já o apoio social, satisfação conjugal, e coesão familiar foram inversamente correlacionados à depressão e ansiedade materna.

Outro estudo fundamentado neste modelo teórico foi desenvolvido por Jones e Passey (2004), que teve como objetivo investigar o estresse parental em famílias de crianças com transtornos de desenvolvimento (dentre os quais o TDAH) e problemas de comportamento. Foram entrevistados 48 cuidadores através dos seguintes instrumentos: *Inventários de Dificuldades Comportamentais*, *Questionário de Estresse e Suporte Familiar*, *Escala de Suporte Familiar*, *Inventário de Saúde de Coping para Pais*, *Escala de Locus de Controle Parental*. Os resultados indicaram que os preditores mais significativos do estresse foram estilo *coping* e *locus* de controle interno, que corresponde à capacidade das famílias de considerar que suas vidas não eram controladas pela criança. O apoio social reduziu o estresse financeiro. Já os problemas de comportamento não representaram um preditor significativo da adaptação.

Foi também encontrado um estudo baseado neste modelo, mas que não investigou as variáveis *coping* e apoio social. A proposta foi descrever a adaptação familiar ao TDAH e explorar as características das famílias de crianças com o transtorno. Participaram da pesquisa 25 pré-adolescentes com TDAH e seus pais, sendo que 18 já haviam participado de uma avaliação relativa a adaptação ao TDAH realizada cinco anos antes. Os resultados indicam uma adaptação positiva nas famílias de crianças com TDAH, predita pela coesão familiar e capacidade de solução de problemas (Holderness, 1998).

Outro estudo examinou em que medida os problemas de comportamento, recursos, e estratégias de *coping* predizem o estresse parental, e o quanto recursos e *coping* moderam a relação entre os problemas de comportamento e o estresse em 80 mães de crianças com características de população clínica. Foram comparadas mães de crianças com comportamento internalizado ($n=16$), externalizado ($n=18$), e normais ($n=17$) em relação ao estresse. Os resultados indicam que o apoio social moderou a relação entre problemas de comportamento e estresse parental. O *coping* moderou a relação entre comportamentos internalizados e estresse parental. As mães de crianças com comportamento externalizado apresentaram mais estresse do que as de crianças com comportamento internalizado (Tsagarakis, 1999).

Outros estudos sobre adaptação a crianças com TDAH, não estão fundamentados no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar (ex.:Michell, 2006), tratando esta questão de uma forma reducionista. Por exemplo, ora demonstram que as dificuldades impostas pela criança causam estresse e problemas de adaptação aos pais (Biederman e cols., 1995; Fischer, 1990) ou, ao contrário, demonstrando que são os pais com estresse e ambientes familiares inadequados, os responsáveis pelo TDAH dos filhos (Khamis, 2006). Com isso, desconsideram os moderadores do impacto deste transtorno e a interação entre os mesmos.

Além de serem poucos os estudos internacionais sobre famílias de crianças com TDAH, baseados no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar, estes apresentam limitações como: 1) Uso de Instrumentos pouco publicados e imprecisos psicometricamente (Rashap, 1998); 2) ausência de investigação das variáveis *coping* e apoio social (Holderness, 1998); 3) Investigação do TDAH juntamente a outros transtornos, em um grupo único, não identificando as especificidades do mesmo (Jones & Passey, 2004); e, 4) ausência de maior rigor na escolha dos grupos-controle. No Brasil, os estudos sobre este tema são ainda mais escassos.

A importância de explorar esse campo está na intensa convivência das famílias com a criança, sendo fundamental a atenção à saúde mental familiar. Com relação às mães, duas razões são apontadas para que se ampliem os estudos voltados a elas: 1) são as mães as maiores responsáveis pelo cuidado com a criança (Barkley, 2002); e, 2) a ansiedade materna leva a diminuição do envolvimento com o filho (Kashdan e cols., 2004). Além disso, são necessários outros estudos sobre o papel da severidade do TDAH na adaptação familiar, pois não há um consenso sobre isso na literatura (Holderness, 1998; Jones & Passey, 2004).

Assim, o objetivo deste estudo é investigar estresse parental em mães de crianças com TDAH combinado, de crianças com TDAH + Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e de crianças com desenvolvimento típico. Além disso, serão examinadas possíveis associações do estresse parental com estratégias de *coping*, apoio social e severidade do TDAH.

Hipóteses

- 1) Mães dos grupos clínicos (TDAH combinado e TDAH + TOD) apresentam mais estresse parental do que mães de crianças do grupo não clínico (desenvolvimento típico).
- 2) Mães de crianças com TDAH + TOD apresentam mais estresse parental do que as mães de crianças com TDAH combinado.
- 3) Quanto maior for o escore de apoio social e *coping* menor será o estresse parental, independente do subgrupo clínico.
- 4) Quanto maior for a severidade dos sintomas de TDAH maior o estresse parental, independente do subgrupo clínico

MÉTODO

Delineamento

Foi utilizado um delineamento de grupos contrastantes (Naschmias & Naschmias, 1996), para comparar os grupos clínicos e o grupo não clínico quanto ao estresse parental. Para investigar a relação entre a) *coping*; b) apoio social; e, c) severidade do TDAH, com o estresse parental, o delineamento foi correlacional (Naschmias & Naschmias, 1996).

Participantes

Participaram do estudo 90 mães entre 25 e 48 anos ($m=36,81$; $dp=6,37$), divididas em três grupos: 1) Mães de crianças com TDAH do tipo combinado ($n=30$); 2) Mães de crianças com TDAH + TOD ($n=30$) e; 3) Mães de crianças com desenvolvimento típico ($n=30$). Não foi encontrada uma diferença significativa entre os três grupos de mães quanto as variáveis sociodemográficas ($p<0,05$). Quanto ao estado civil, a maioria das mães era casada ou com

companheiro (65,6%). Com relação à escolaridade, 13,3% das mães cursaram entre 1ª e 4ª série, 36,7% entre 5ª e 8ª série, 38,9% entre 1º e 3º ano do segundo grau e 11,1% universitário. Além disso, a maioria das mães exercia ocupação (73,3%): grupos clínicos (66,7%) e grupo não clínico (86,7%).

Nos três grupos, a idade dos filhos variou entre 8 e 11 anos ($m=9,63$; $dp=1,03$), sendo que todos eram do sexo masculino. Sobre a ocorrência de atendimentos clínicos, 58,9% das crianças com TDAH combinado e 49,1% das com TDAH + TOD recebiam algum tipo de tratamento, tais como: psicológico, psiquiátrico, pedagógico e psicopedagógico. Quanto ao uso de medicação para o TDAH (metilfenidato), os resultados foram de 38,9% para crianças com TDAH combinado e 50% para TDAH + TOD. O tempo de diagnóstico das crianças (em meses) não diferiu significativamente ($p<0,05$) entre o grupo TDAH combinado ($m=35,07$) e TDAH +TOD ($m= 32,5$).

Foram recrutadas mães de crianças diagnosticadas com TDAH em programas de referência para o transtorno de Porto Alegre e região metropolitana e escolas da rede pública e municipal. Já as mães de crianças com desenvolvimento típico foram recrutadas somente em escolas da rede pública e municipal, também de Porto Alegre e região metropolitana. Foram selecionadas mães cujos filhos tivessem freqüentado atendimento médico ambulatorial nos últimos 40 dias, sem, contudo tratar-se de doença crônica (ex.: asma, diabetes, etc.).

Foram excluídas da amostra mães que passaram por eventos estressores significativos nos últimos seis meses, tais como: 1) doença física da mãe; 2) desemprego dos pais; 3) mudança de residência da família; 4) morte de um ente querido; 5) ou doença grave/crônica do filho ou de outro membro da família nuclear. Além disso, nos três grupos avaliados, foram excluídas mães que preenchessem os critérios diagnósticos para o TDAH e para outros distúrbios psiquiátricos, e que tivessem outros filhos com TDAH. Os critérios sintomatológicos para o TDAH materno foram identificados através da *Adult Self-Report Scale* (Adler, Kessler e Spencer, 2003) e os possíveis distúrbios psiquiátricos através do *Self-Report Questionnaire* (Harding e cols., 1980).

Materiais e Instrumentos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Este protocolo teve como objetivo informar as participantes sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Foram desenvolvidos dois termos de consentimento, um para os grupos clínicos e um para o grupo não clínico.

Ficha sobre Dados Sociodemográficos, Dados sobre a Criança com TDAH e Identificação de Estressores (Gomes, 2001): O objetivo desta ficha é coletar dados sobre a família, tais como: idade, escolaridade e profissão dos pais, características da criança e identificação de estressores. Junto às mães de crianças com TDAH foram obtidas, ainda, informações sobre o diagnóstico do filho, tempo de diagnóstico e tipo de encaminhamento recebido.

Questionário de Suporte Social - SSQ (Sarason, Levine, Basham & Saranson, 1983): Este questionário tem 27 questões, administradas aos pais em duas etapas. Na primeira, deve ser indicado o número de fontes de apoio social percebido (SSQ-N). Na segunda, o respondente informa sobre sua satisfação com esse apoio (SSQ-S), através de uma escala de seis pontos, que varia de ‘muito satisfeito’ a ‘muito insatisfeito’. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,97 para o SSQ-N e de 0,94 para o SSQ-S. Já fidedignidade teste-reteste foi de 0,90 para o SSQ-N e de 0,83 para o SSQ-S. A adaptação para o português indicou uma fidedignidade teste-reteste aceitável e um alto nível de consistência interna (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002).

Inventário de Coping Parental- área da saúde - CHIP (McCubbin, 1987): Este inventário avalia estilos de *coping* e utilidade de certas estratégias. O instrumento possui uma escala de quatro pontos que vai de ‘ não ajuda’ (0), até ajuda extremamente (3). Seus 45 itens são divididos em três subescalas: 1) Família (integração familiar, cooperação e definições otimistas); 2) Auto-estima (auto-eficácia, estabilidade psicológica e apoio social); 3) Médico (entendimento médico da situação e comunicação com outros pais e profissionais). A consistência destas três escalas é

satisfatória (McCubbin, 1987). Para utilização neste estudo, o inventário foi traduzido para o português, através de dois tradutores bilíngües. A comparação das duas versões permitiu o exame da acurácia da versão em português.

Questionário de Estresse para Pais de crianças com Transtorno de Desenvolvimento (Friedrich, Greenberg, & Crnic, 1993): Este instrumento avalia o estresse e os recursos dos pais de crianças com transtornos do desenvolvimento, e foi adaptado para o Brasil por Freitas e cols., (2005). Este possui 32 itens e quatro fatores: 1) Sobrecarga Emocional (preocupação com o futuro da criança e da família, tensão em função da criança e ressentimento na família); 2) Restrições Comportamentais (limitações da criança na execução de tarefas e preocupação dos pais); 3) Pessimismo (interpretação familiar do problema da criança e dificuldades na convivência com a mesma); e, 4) Incapacidades da Criança (incapacidades associadas ao transtorno da criança). Estes fatores explicam 38,5% da variância com alfa de 0,85. A versão brasileira apresentou índices de confiabilidade e validade satisfatórios (Freitas e cols., 2005).

MTA (SNAP)-IV (Escala de Pontuação para Pais e Professores) (Swanson, 1992): Este instrumento contém 26 itens que avaliam Desatenção (9 itens), Hiperatividade/impulsividade (9 itens) e Oposicionismo (8 itens). Os itens são distribuídos em uma escala de quatro pontos que vai de ‘nenhum pouco’ (0), até ‘demais’ (3). A consistência interna da SNAP-IV varia de boa a excelente (Stevens, Quittner & Abikoff, 1998). Foi obtido um coeficiente *alpha* de *Crombach* de 0,74 para a escala completa (26 itens) em diferentes amostras (Correa-Filho e cols., 2005).

Self-Report Questionnaire (SRQ) (Harding e cols., 1980): Este é um questionário de 20 questões que identificam distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária, validado no Brasil por Mari e Willians (1986). Este estudo de validação demonstrou índices de validade e confiabilidade satisfatórios (Mari & Willians, 1986). Neste estudo, o SRQ foi utilizado como critério de exclusão de participantes.

Adult Self-Report Scale (ASRS, versão, 1.1) (Adler, Kessler e Spencer, 2003): Esta é uma escala desenvolvida por Adler, Kessler e Spencer (2003), utilizada para fins de critérios de exclusão, identificando possíveis sintomas de TDAH das mães. Esta contempla os sintomas do DSM-IV-TR (APA, 2002) no contexto da vida adulta, e foi adaptada para o português por Mattos e cols. (2006). A versão em Português apresenta 18 itens, distribuídos em uma escala que vai de nunca (0) até muito frequentemente (4).

Procedimentos

Foram identificados programas de referência no atendimento do TDAH e escolas da rede pública e municipal, na cidade de Porto Alegre e região metropolitana, para as quais foram encaminhadas crianças com diagnóstico de TDAH. Após a obtenção de autorização destas instituições para a realização do estudo, foi efetuado um contato telefônico com as mães para a apresentação do estudo e agendamento das entrevistas.

As mães do grupo com desenvolvimento típico foram selecionadas com auxílio da direção das escolas, que indicou crianças que faltaram aula nos últimos 40 dias, em função de atendimento médico ambulatorial (mediante a apresentação de atestado). Já as mães de crianças dos grupos clínicos foram selecionadas de duas maneiras: 1) Por indicação da equipe técnica dos programas de referência no atendimento do TDAH; e, 2) Por indicação da direção das escolas de crianças diagnosticadas em programas de referência no atendimento deste transtorno.

A administração dos instrumentos foi realizada individualmente com as mães, no Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisa em Transtornos do Desenvolvimento (NIEPED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e no Centro Clínico Bem-Estar, localizado em São Leopoldo / RS. Os instrumentos foram aplicados por estudantes e pós-graduandos em psicologia. A seqüência de administração dos instrumentos foi balanceada, para controlar o efeito de um procedimento sobre outro.

Análise dos Dados

Os dados da ficha sociodemográfica foram analisados através de estatística descritiva. A comparação entre os grupos se deu através do Teste *One-Way* ANOVA com pós-teste de TUKEY. Já as possíveis correlações entre Estresse parental e, a) *Coping*; b) Apoio Social e c) Severidade do TDAH, foram examinadas através do teste de Correlação de *Pearson*. Uma análise de regressão linear múltipla foi conduzida para identificar os preditores do estresse parental.

RESULTADOS

Diferenças entre os Grupos quanto ao Estresse Parental

Os resultados do *Questionário de Estresse para Pais de crianças com Transtorno de Desenvolvimento* revelaram que as mães dos grupos clínicos apresentaram mais estresse parental do que o grupo não clínico em todas as dimensões de estresse, conforme a Tabela 1: 1) Sobrecarga Emocional ($F= 23,96$; $df= 2,87$; $p<0,01$); 2) Restrições Comportamentais ($F= 50,64$; $df= 2,87$; $p<0,01$); 3) Pessimismo ($F= 42,50$; $df= 2,87$; $p<0,01$); e, 4) Incapacidades da Criança ($F= 37,7$; $df= 2,87$; $p<0,01$). No entanto, não houve diferença entre os dois grupos clínicos em nenhuma destas dimensões ($p>0,05$).

Uma análise das médias de estresse, a partir do Teste ANOVA seguido do pós-teste de Tukey indicou que, dentre as dimensões deste questionário, a Sobrecarga Emocional foi a que apresentou a média mais alta entre as mães dos grupos clínicos: TDAH combinado ($m= 3,57$; $dp=2,00$) e TDAH + TOD ($m=3,57$; $dp=2,12$). Isso significa que estas mães tendem a

se preocupar com o futuro da criança e da família, a sentir tensão em momentos de lazer, a apresentar cansaço frente às demandas da criança e a experimentar ressentimento na família.

Tabela 1 Comparação do Estresse Parental entre os Grupos

Dimensões de Estresse	Grupos	Médias	<i>Dp</i>	<i>F</i> <i>df1; df2</i>	<i>P</i>	<i>ES</i>
Sobrecarga Emocional	TÍPICO (<i>n</i> =30)	3,27	0,68			
	TDAH COMB (<i>n</i> =30)	3,57	2,00	23,96 2; 87	,000	0,993
	TDAH OPS (<i>n</i> =30)	3,57	2,12			
Restrições Comportamentais	TÍPICO (<i>n</i> =30)	0,30	1,55			
	TDAH COMB (<i>n</i> =30)	0,77	1,64	50,64 2; 87	,000	0,913
	TDAH OPS (<i>n</i> =30)	0,74	2,34			
Pessimismo	TÍPICO (<i>n</i> =30)	0,10	0,75			
	TDAH COMB (<i>n</i> =30)	0,48	1,79	42,50 2; 87	,000	0,816
	TDAH OPS (<i>n</i> =30)	0,57	2,04			
Incapacidades da Criança	TÍPICO (<i>n</i> =30)	0,12	0,98			
	TDAH COMB (<i>n</i> =30)	0,42	1,57	37,78 2; 97	,000	0,839
	TDAH OPS (<i>n</i> =30)	0,41	1,67			

Diferenças entre Grupos quanto ao Apoio Social e Estratégias de *Coping*

Os resultados do *Questionário de Suporte Social* indicaram que houve diferença significativa entre as mães dos dois grupos clínicos e as mães de crianças com desenvolvimento típico quanto ao Apoio Social Percebido ($F = 4,586$; $df = 2,87$; $p < 0,05$). No entanto, os grupos clínicos não diferiram entre si nesta dimensão ($p > 0,05$). O mesmo ocorreu com o Apoio Social Satisfação, que diferiu entre os dois grupos de mães de crianças com TDAH se comparados ao grupo de mães com desenvolvimento típico ($F = 10,68$; $df = 2,87$; $p < 0,01$), mas estes não diferiram entre si ($p > 0,05$). Isso significa que as mães dos grupos clínicos mencionam menos fontes de apoio social e menos satisfação com as mesmas: 1) Apoio Percebido: grupo de mães com TDAH ($m = 1,90$; $dp = 0,98$) e TDAH + TOD ($m = 2,44$; $dp = 0,90$); 2) Apoio Satisfação: grupo de mães com TDAH ($m = 2,72$; $dp = 1,20$) e TDAH + TOD ($m = 1,90$; $dp = 0,98$).

Com relação ao Inventário de *Coping Parental*, os resultados indicaram que a única dimensão que distinguiu os grupos foi a de *Coping Médico*, sendo que a diferença ocorreu apenas entre as mães dos dois grupos clínicos ($F = 3,825$; $p < 0,05$). O grupo de mães de filhos com TDAH combinado apresentou escore mais alto nesta subescala ($m = 18,73$; $dp = 7,50$) do que o grupo de mães de filhos com TDAH e co-morbidade com o TOD ($m = 14,43$; $dp = 6,0497$). Estes resultados indicam que o grupo de mães de crianças com TDAH combinado, se comparado às mães de filhos com TDAH + TOD, utiliza mais e percebe como mais útil a assistência e o entendimento médico ou profissional da situação e a comunicação com outros pais e profissionais sobre o problema da criança.

Correlações entre o Estresse Parental com Estratégias de Coping, Apoio Social e Severidade do TDAH

A Tabela 2 apresenta uma análise dos três grupos de mães através do teste correlação de *Pearson*. Os resultados indicam que quanto maior é o escore de estratégias de *Coping*

Auto-Estima das mães, menor seu o estresse relacionado à Sobrecarga Emocional ($r=-0,279$; $p<0,01$), Restrições Comportamentais ($r=-0,208$; $p<0,05$) e Pessimismo ($r= -0,316$; $p<0,01$). Isso significa que os cuidados das mães consigo, a busca de lazer e realização pessoal, bem como a autoconfiança e independência, atenuam o estresse materno.

Além disso, quanto maior o *Coping* Médico menor o Pessimismo das mães ($r=-0,294$; $p<0,01$). Isto é, quanto maior o entendimento do quadro clínico da criança menor o pessimismo em relação aos filhos com TDAH. Por outro lado, não houve correlação significativa do *Coping* Familiar com nenhuma das dimensões de estresse parental ($p>0,05$).

Constatou-se, ainda, que quanto maior o Apoio Social Percebido, menor o estresse parental relacionado à Sobrecarga Emocional ($r=-0,548$; $p<0,01$), Restrições Comportamentais ($r=-0,477$; $p<0,01$), Pessimismo ($r=-0,380$; $p<0,01$) e Incapacidades da Criança ($r=-0,362$; $p<0,01$). Resultados semelhantes foram observados com relação ao Apoio Social Satisfação, que foi inversamente correlacionado ao estresse parental relativo à Sobrecarga Emocional ($r=-0,517$; $p<0,01$), Restrições Comportamentais ($r=-0,413$; $p<0,01$), Pessimismo ($r=-0,455$; $p<0,01$) e Incapacidades da Criança ($r=-0,412$; $p<0,01$). Isso significa que quanto maior o número de fontes de apoio social e satisfação com as mesmas, menor o estresse relacionado ao futuro da criança e seu funcionamento comportamental.

Os resultados indicaram, também, que quanto maior a severidade dos sintomas de hiperatividade/impulsividade, maior o estresse parental em todas as dimensões de estresse: Sobrecarga Emocional ($r=0,730$; $p<0,01$); Restrições Comportamentais ($r= 0,759$; $p<0,01$); Pessimismo ($r= 0,761$; $p<0,01$) e Incapacidades da Criança ($r= 0,725$; $p<0,01$). O mesmo ocorreu com os sintomas de desatenção e do Transtorno Opositor Desafiador ($p<0,01$).

Uma análise foi conduzida com os grupos de mães das crianças com TDAH + TOD, a fim de identificar se a correlação dos sintomas opostos com o estresse se manteria sem a presença dos demais grupos. Esta análise demonstrou que somente se manteve a correlação dos sintomas do TOD com o estresse Sobrecarga Emocional ($r=0,48$, $p<0,05$).

Tabela 2 Correlação do Estresse Parental com Apoio Social, *Coping* e Severidade do TDAH

Subescalas	Sobrecarga Emocional	Restrições Comportamentais	Pessimismo	Incapacidades da Criança
<i>Coping</i> Familiar	- 0,190	- 0,053	- 0,199	0,27
<i>Coping</i> Auto-Estima	- 0,279 **	- 0,208*	- 0,316**	- 0,084
<i>Coping</i> Médica	- 0,154	-0,029	-0,294**	0,036
Apoio Percebido	- 0,548**	- 0,477**	- 0,380**	- 0,362**
Apoio Satisfação	- 0,517**	- 0,413**	- 0,455**	- 0,412**
Sintomas de Hiperatividade	0,730**	0,759**	0,761**	0,725**
Sintomas de Desatenção	0,709**	0,743**	0,777**	0,697**
Sintomas do TOD	0,521**	0,558**	0,621**	0,483**

** Correlação é significativa com significância de 0,01 (2-tailed)

* Correlação é significativa com significância de 0,05 (2 tailed)

Preditores do Estresse Sobrecarga Emocional nos Grupos de Mães de Crianças com TDAH Combinado e TDAH + Opositor

Em função de não terem ocorrido diferenças significativas nos grupos clínicos, as análises de regressão linear múltipla, que serão apresentadas a seguir, foram realizadas com os dois grupos conjuntamente. Estas tiveram como referência o estresse Sobrecarga Emocional, por ter sido a dimensão do estresse que apresentou média mais alta.

A primeira análise de regressão linear múltipla foi conduzida a fim de verificar possíveis influências de algumas variáveis sociodemográficas e da história clínica sobre os resultados do estudo. Para tanto, foi considerada a relação entre o estresse Sobrecarga emocional, *Coping* e Apoio Social (como variáveis preditas), com escolaridade, idade, estado civil, tratamento e uso de medicação pela criança (como preditores). Os resultados desta análise demonstraram que a escolaridade exerceu influência sobre o *Coping* Familiar ($p < 0,01$), sendo que quanto maior o nível de escolaridade maior o escore nesta subescala de

coping. Além disso, o *Coping* Auto-Estima foi influenciado pela condição conjugal. Neste caso, ter um companheiro reduziu a auto-estima materna ($p < 0,05$). No entanto, os resultados encontrados não perderam a significância em função disso.

Outra análise de regressão linear múltipla foi conduzida no intuito de investigar possíveis variáveis preditoras do estresse relacionado à Sobrecarga Emocional (Tabela 3). Os resultados indicaram que as variáveis que mais predisseram o estresse relacionado a Sobrecarga Emocional foram a Hiperatividade da criança ($p < 0,05$) e o Apoio Social percebido pelas mães ($p < 0,01$). Além disso, ocorreu uma influência marginal da Hiperatividade no Apoio Social Percebido ($p = 0,05$), que por sua vez exerceu influência sobre o estresse relacionado à Sobrecarga Emocional ($p < 0,01$).

Tabela 3 Variáveis que Influenciam no Estresse Sobrecarga Emocional

Variáveis Predictoras	Coeficientes	Sig.	95% de Intervalo de Confiança	
	estandardizados		para B	
	Beta		Mínimo	Máximo
SIN_DESATENÇÃO	,168	,146	-,021	,136
SIN_HIPERATIVIDA DE	,250	,042	,004	,193
SIN_OPOSITOR	,006	,954	-,085	,090
COP_FAMILIAR	-,116	,387	-,062	,025
COP_AUTO-ESTIMA	-,208	,150	-,085	,013
COP_MEDICO	,108	,375	-,040	,104
SUP_PERCEBIDO	-,556	,000	-1,720	-,572
SUP_SATISFAÇÃO	-,136	,344	-,857	,304

a Variável Dependente: Sobrecarga Emocional

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo são consistentes com a literatura que indica que mães de crianças com TDAH experienciam mais estresse parental do que mães de crianças com desenvolvimento típico (Biederman e cols., 1995; Fischer, 1990). A dimensão do estresse materno que apresentou maior média foi a Sobrecarga Emocional, relacionada ao cansaço e à tensão em função da criança, preocupação com seu futuro e ressentimento na família. O cansaço e a tensão podem ocorrer porque crianças com TDAH são menos obedientes, exigindo das mães mais ordens e reprovações do que crianças com desenvolvimento típico (Edward, Barkley, Laneri, Fletcher & Metevia, 2001). Já a preocupação com o futuro dos filhos pode estar relacionada às queixas frequentes recebidas pela mãe quanto ao comportamento da criança, bem como ao diagnóstico da mesma. O ressentimento na família, por sua vez, pode associar-se à responsabilização da mãe, pelos familiares, quanto a falta de controle sobre o seu filho (Barkley, 2002).

Ao contrário do hipotetizado, não houve diferença significativa entre os grupos clínicos quanto ao estresse parental. Isso pode ter ocorrido por diferentes razões: 1) Mais crianças com TOD utilizavam medicação, o que pode ter reduzido o impacto deste transtorno sobre as mães; 2) O oposicionismo pode causar mais prejuízos na adolescência do que na faixa etária avaliada, em função do risco para o uso de substâncias e relações com grupos desviantes nesta fase da vida (Marshal, Molina & Pelham, 2003); e, 3) O número de participantes pode ter sido insuficiente para demonstrar uma diferença entre os grupos.

Os resultados demonstraram, ainda, que as mães dos grupos clínicos apresentam menos apoio social percebido e estão menos satisfeitas com o apoio social do que as mães do grupo não clínico. Os achados são consistentes com a literatura que demonstra que mães de crianças com TDAH, devido às características da criança, recebem menos apoio social do que mães de crianças com desenvolvimento típico (Brewer, 1997; Lange e cols., 2005). Em relação à insatisfação com o apoio social, esta, entre outros fatores, pode associar-se ao fato dos familiares e amigos opinarem de maneira intrusiva sobre o modo como a mãe deveria agir com a criança,

constituindo, simultaneamente, uma fonte de apoio e conflito (Barkley, 2002). Por outro lado, as mães de crianças com TDAH podem ser mais resistentes à busca pelo apoio social, por considerarem que somente elas estão aptas para o cuidado com os filhos (Barkley, 2002), tal como ocorre com outros transtornos do desenvolvimento (Schmidt & Bosa, 2003).

Ainda assim, conforme prevê a literatura, o apoio social (percebido e satisfação) atuou como moderador do estresse materno (Jones & Passey, 2004; Rashap, 1998; Walker, 2005). Em especial o Apoio Social Percebido emergiu como um preditor significativo da redução do estresse. Este resultado também é consistente com o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar, que demonstra que o apoio social (BBB) é um recurso que ajuda a atenuar o estresse familiar, moderando o impacto de um evento estressor na adaptação após uma crise (X) (McCubbin, 1995). Um estudo conduzido por Cherubini (2005) também demonstrou uma associação entre o apoio social percebido e a adaptação familiar aos transtornos de desenvolvimento.

Além disso, os grupos clínicos não diferiram do grupo não clínico em nenhuma dimensão de *coping*. Em parte, este resultado contraria os estudos anteriores que demonstram que as mães de crianças com TDAH apresentam estratégias de *coping* deficitárias e indiretas (Bailey, Barton e Vignola, 1999). Os resultados indicaram, ainda, que o grupo de mães de crianças com TDAH combinado apresentou maior *Coping* Médico do que as mães de filhos com TDAH + TOD. Isso significa que as mães do grupo TDAH + TOD perceberam como menos útil a ajuda profissional e de outros pais, bem como a busca de informações sobre o problema da criança. Isso pode ter ocorrido porque crianças com TDAH + TOD são mais disruptivas, o que agrava este quadro diagnóstico, podendo reduzir a esperança quanto aos tratamentos (Rohde & Mattos, 2003).

Ainda com relação às estratégias de *coping*, os resultados indicam que quanto maior é o *Coping* Auto-Estima das mães, menor o estresse parental relativo à Sobrecarga Emocional, Restrições Comportamentais e Pessimismo. Esse resultado é coerente com a literatura que associa as estratégias de *coping* a altos índices de qualidade de vida e à redução do estresse entre pais de crianças com TDAH e outros transtornos (Jones & Passey, 2004; Podolski & Nigg,

2001). De fato, o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar prevê que as diferentes estratégias de *coping* (PSC) utilizadas pelos indivíduos da família (exemplo, sair com amigos, manter-se em forma, etc.) podem auxiliar no aumento da auto-estima e, conseqüentemente, no manejo dos estressores (McCubbin, 1995). Em função disso, destaca-se a importância de que as mães invistam em si mesmas, procurem atividades que propiciem realizações, tornando-se mais confiantes, apesar das dificuldades enfrentadas.

No presente estudo, a auto-estima foi influenciada pela condição conjugal materna, porém numa direção contrária as nossas expectativas. Isto é, ter um companheiro influenciou negativamente na auto-estima. Especula-se que aspectos intra e extra-familiares possam ter contribuído para este resultado. Os intra-familiares podem envolver dificuldades nas relações conjugais, decorrentes de problemas de comunicação entre o casal, bem como dissonâncias na compreensão da condição da criança. Nesse sentido, um estudo conduzido por Sifuentes (2007) demonstrou que uma das principais fontes de conflito entre o casal foram as incongruências quanto a percepção dos pais sobre as capacidades ou limitações do filho com transtornos do desenvolvimento. Outro aspecto intra-familiar que não foi controlado, mas que pode ter contribuído para o estresse materno, é a presença dos sintomas do TDAH nos próprios pais (maridos), o que não é incomum nesta condição clínica (Barkley, 2002).

Em relação aos aspectos extra-familiares, este estudo demonstrou que o *Coping* Familiar apresentou uma correlação positiva com a escolaridade. Possivelmente este aspecto, entre outros, dificultou a compreensão do cônjuge/familiares acerca dos fatores envolvidos no diagnóstico e funcionamento da criança, gerando conflitos conjugais. Nesse sentido, um estudo demonstrou que fatores socioculturais influenciam em diferentes aspectos das relações conjugais, tais como conflitos, intimidade e trocas afetivas (Braz, Dessen & Silva, 2005).

O *Coping* Médico, por sua vez, moderou o estresse relacionado ao Pessimismo das mães. Isso pode ter ocorrido porque a melhor compreensão acerca do TDAH, através das informações e cuidados advindos de profissionais e de outros pais, podem auxiliar as mães a aprenderem mais

sobre os filhos, contribuindo para a sua esperança no tratamento e no futuro da criança (Knapp & Rhode, 2002). A informação adequada reduz crenças distorcidas sobre o funcionamento e desenvolvimento da criança, assim como ajuda a desfazer rótulos sobre os filhos (exemplo: preguiçoso, burro) (Knapp & Rhode, 2002). Estes aspectos, por sua vez, podem influenciar a questão do pessimismo, uma vez que os pais passam a ser mais confiantes acerca das potencialidades do filho. Na área da psicologia da saúde, Bradford (1997) afirma que a qualidade do sistema de saúde e a comunicação entre a família e profissionais são aspectos que interatuam na adaptação familiar em condições de problemas crônicos de saúde. A única dimensão de *coping* que não exerceu influência no estresse parental foi o *Coping* Familiar, contrariando nossas expectativas, uma vez que uma premissa básica do Modelo de Estresse e Adaptação Familiar é a importância dos fatores familiares enquanto moderadores do estresse (McCubbin, 1995).

A intensidade dos sintomas de desatenção, hiperatividade e oposicionismo da criança foi correlacionada positivamente a todas as subescalas de estresse, convergindo com outros estudos cujos resultados demonstraram que o TDAH aumenta o estresse parental (Biederman e cols., 1995; Fischer, 1990). A hiperatividade da criança, em especial, emergiu como um preditor significativo do estresse Sobrecarga Emocional nos grupos clínicos. Os sintomas de hiperatividade/impulsividade envolvem a inquietação em situações inapropriadas, a dificuldade de manter-se em silêncio, bem como a emissão de respostas precipitadas pela criança. Estes sintomas repercutem em problemas de comportamento externalizado, que podem influenciar no surgimento do estresse materno (Tsagarakis, 1999). Isso pode ocorrer por diferentes razões: 1) a agitação do filho pode levá-lo a expor-se a riscos, aumentando a tensão materna; 2) a inadequação comportamental da criança pode levar às mães a serem cobradas quanto ao controle dos filhos, aumentando a sobrecarga; e, 3) tentativas de controle comportamental do filho, sem efeito, podem levar as mães a um senso de impotência (Barkley, 2002).

O estudo demonstrou, ainda, que a hiperatividade influencia na redução do Apoio Percebido pela família, contribuindo direta e indiretamente para o surgimento do estresse parental (Brewer, 1997). Este resultado deve ser especialmente destacado neste trabalho, uma vez que tanto a hiperatividade, quanto o apoio social, emergiram como preditores significativos do estresse parental. Conforme Bradford (1997), a força de um evento estressor de uma criança com transtornos do desenvolvimento pode afetar o senso de auto-eficácia parental e representar um risco de isolamento social das famílias, influenciando no estresse. Segundo o autor, fatores específicos a uma dada condição da criança precisam ser levados em conta na identificação de fatores de risco para a adaptação familiar ao transtorno dos filhos. Neste caso, os tratamentos direcionados à redução dos sintomas de hiperatividade da criança podem contribuir para reduzir o risco das famílias de serem isoladas socialmente e de desenvolverem estresse parental (Rohde & Mattos, 2003). Com base nestas e outras relações entre as variáveis investigadas propôs-se, neste estudo, um diagrama com as principais inter-relações implicadas na adaptação familiar ao TDAH (Figura 1).

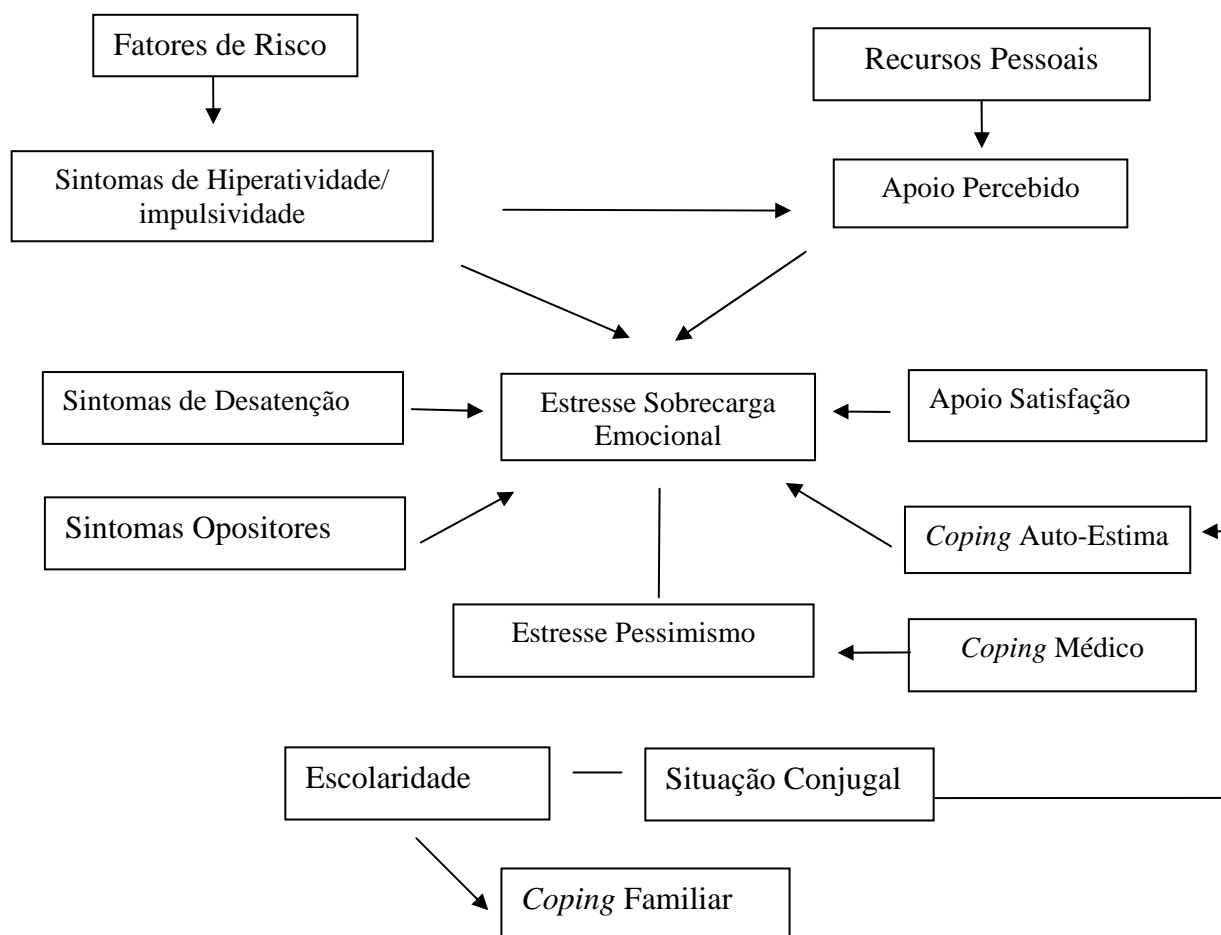


Figura 1: Modelo de Adaptação Familiar a Crianças com TDAH

Destaca-se, no entanto, a presença de algumas limitações na pesquisa realizada. Uma delas é a de que os entrevistadores das mães não estavam “cegos” para o diagnóstico da criança, em função dos procedimentos de coleta de dados, o que pode ter influenciado nos resultados do estudo. Além disso, embora os instrumentos utilizados tenham sido submetidos a um cuidadoso processo de tradução e retradução para o português, nem todos foram validados. Estas e outras limitações apontam para a necessidade de outros estudos que investiguem o processo de adaptação das famílias aos filhos com TDAH.

Conclusão

Os resultados do presente estudo indicam que as mães de criança com TDAH apresentam maior risco para o estresse do que mães de crianças com desenvolvimento típico. Além da questão do comprometimento da saúde mental das mães, a redução do envolvimento positivo com o filho está entre as possíveis conseqüências deste risco (Kashdan e cols., 2004). A literatura é farta de evidências demonstrando a relação entre envolvimento positivo materno e desenvolvimento infantil (Alfaya & Schermann, 2005; Frizzo & Piccinini, 2005; Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005). No entanto, este risco pode ser moderado por recursos pessoais dos pais, tais como: 1) busca de ajuda profissional (médica, psicológica, etc.) para a redução dos sintomas da hiperatividade da criança e para família; 2) busca de apoio social; 3) auto-estima; 4) qualidade das relações conjugais; e, 5) fatores sociodemográficos, em especial a escolaridade.

Os resultados deste estudo têm implicações imediatas para as intervenções com famílias de crianças com TDAH, ao chamar atenção para a importância de desenvolver terapêuticas na área de TDAH, que incluam medidas direcionadas às necessidades dos pais e das crianças. Foi identificada, em especial, a necessidade de se focalizar as expectativas e sentimentos decorrentes da experiência de ter um filho com TDAH, bem como estratégias para a manutenção da auto-estima materna. A importância do incremento de um senso de auto-eficácia parental propiciado, entre outros fatores, pela maior compreensão acerca da condição clínica e do desenvolvimento da criança, também merece ser destacada. Finalmente, a construção de uma rede de apoio, incluindo a atenção às relações familiares parece ser fundamental neste processo de adaptação familiar, no contexto de TDAH. Estudos futuros poderão ser desenvolvidos no sentido de avaliar a efetividade destes programas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise conjunta dos dois artigos possibilita algumas considerações sobre: a) a utilidade do modelo na compreensão das evidências empíricas resultantes deste estudo; b) as limitações metodológicas desta pesquisa; e, c) sugestões e implicações desta análise para futuros estudos.

A utilidade do Modelo de Estresse e Adaptação Familiar no contexto do TDAH

O modelo inclui dimensões que se mostraram importantes preditores do estresse no estudo realizado (apoio social, estratégias de *coping* e o significado que a família atribui ao estressor). Chama-se a atenção para a importância do Apoio Social Percebido neste processo, constituindo-se como o mais importante preditor da redução de estresse parental. Este constructo é composto de dimensões que contemplam desde o apoio efetivamente recebido pela família, até a disponibilidade para receber ajuda. No Modelo de Estresse e Adaptação Familiar este constructo é considerado um dos principais recursos individuais e familiares na redução do estresse (McCubbin, 1995).

Além disso, as estratégias de *coping*, especialmente as relativas ao *Coping* Auto-Estima e Médico, revelaram-se recursos que auxiliaram no manejo do estresse. Conforme o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar, *coping* pode envolver um conjunto de ações para reduzir a intensidade das demandas familiares, como, por exemplo, a contratação de um profissional da saúde que atenda as necessidades de um familiar com doença crônica. Além disso, pode envolver estratégias de manejo das tensões que contribuam para a manutenção da auto-estima, tais como: exercícios físicos, atividades de lazer ou passeios com a família. Adicionalmente, as estratégias de *coping* incluem mudanças do significado atribuído para a situação de crise para torná-la passível de ser manejada.

Já o *Coping* Familiar não foi associado, neste estudo, ao estresse parental, contrariando uma premissa básica do modelo, que enfatiza a relevância de aspectos familiares na adaptação a situações de crise, tais como: Regeneratividade familiar (R) - capacidade da família de restaurar o equilíbrio frente a crise, Tipos de família (T) - por exemplo, equilibrada, vulnerável, etc., e, Esquema familiar - visão de mundo e senso de coerência da família (CCC) (McCubbin, 1995).

Por outro lado, este modelo, apesar de ser um dos mais citados em estudos sobre Transtornos do Desenvolvimento, mostrou-se inespecífico para explicar a forte influência das características específicas da criança com TDAH no estresse parental. Uma das possíveis explicações é a de que o modelo foi inicialmente desenvolvido para explicar a adaptação familiar a eventos de vida estressantes em geral (exemplo, crise econômica de 1929) e posteriormente ampliado para o contexto de transtornos do desenvolvimento (Hill, 1949; McCubbin & Patterson, 1983). Entretanto, este aspecto necessitaria ser melhor contemplado no modelo, uma vez que, particularmente os sintomas de hiperatividade, explicaram grande parte do estresse parental. Em função disto, recorreu-se ao modelo de adaptação familiar a doenças crônicas de Bradford (1997), ainda que menos utilizado na compreensão dos Transtornos de Desenvolvimento. Este modelo enfatiza a relação entre desafios específicos impostos pelas características de determinadas condições clínicas e adaptação familiar.

Finalmente, fatores sociodemográficos, em especial a escolaridade dos pais, influenciaram em diferentes aspectos das relações familiares, tais como: divisão de cuidados da criança, apoio mútuo, envolvimento parental (representados pela dimensão *Coping* Familiar). Entretanto, nenhum dos modelos teóricos encontrados enfatiza a importância dos fatores sociodemográficos. Da mesma forma, as especificidades dos Transtornos de Desenvolvimento também não são detalhadamente destacadas. Isso aponta para a necessidade de expansão destas dimensões através da proposta de um meta-modelo de adaptação familiar, na área de TDAH, que integre estes moderadores do estresse parental sem desconsiderar a relevância das características específicas a este transtorno.

Limitações metodológicas do estudo

É importante considerar que este estudo apresenta algumas limitações. Em relação à amostra, o número de participantes, em função dos diferentes critérios de inclusão adotados, pode ter sido insuficiente para identificar algumas das relações propostas entre os aspectos investigados (exemplo, as diferenças entre os grupos clínicos quanto ao estresse parental). Ainda assim, os estudos internacionais sobre a mesma temática têm trabalhado com amostras menores ou semelhantes à utilizada neste estudo (Jones & Passey, 2004; Tsagarakis, 1999). Outra limitação amostral está no fato de tratar-se de uma amostra de conveniência, também em função dos critérios de inclusão, ocasionando alguns vieses.

Outro aspecto foi a ausência de controle com relação a algumas variáveis sociodemográficas, tais como: idade das mães, escolaridade, profissão, bem como de aspectos clínicos como uso de medicação e tempo de diagnóstico da criança. O maior uso de medicação por crianças com TDAH + TOD, por exemplo, pode ter influenciado na redução dos sintomas de TDAH neste grupo e, conseqüentemente, no estresse parental. Esta pode ser uma das explicações para a não ocorrência de diferença significativa entre os grupos clínicos, ainda que evidências empíricas indiquem que os sintomas opostos intensificam o estresse (Edward e cols., 2001).

Sobre o tempo de diagnóstico, o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar (McCubbin, 1995) chama a atenção para a influência do fator temporal (antes e após a crise) no impacto do evento estressor na adaptação familiar, apontando para a necessidade de controlar este aspecto. No entanto, uma análise de regressão múltipla demonstrou que estas variáveis não tiveram efeito direto sobre a maioria dos resultados deste estudo.

Um quarto aspecto refere-se a necessidade de controle de outras co-morbidades associadas ao TDAH, além do oposicionismo da criança (ex. depressão, ansiedade), uma vez que o estudo não utilizou nenhum instrumento para avaliar estes aspectos. Todavia, a utilização de tais instrumentos sobrecarregaria as participantes do estudo, suscitando problemas éticos.

Além disso, os entrevistadores destas mães não estavam “cegos” para o diagnóstico da criança, em função dos procedimentos de coleta de dados, o que pode ter influenciado nos resultados do estudo. Ainda com relação aos procedimentos, os locais de seleção das participantes deveriam ter sido padronizados. Isso porque, enquanto algumas mães foram selecionadas através de escolas da rede pública e municipal, outras foram selecionadas a partir de hospitais e programas de saúde. Porém, algumas medidas foram tomadas para reduzir esta interferência, tais como: 1) O diagnóstico da criança foi realizado em programas de referência para o atendimento do TDAH; e, 2) As crianças com desenvolvimento típico haviam passado por atendimento médico ambulatorial em um período de até 40 dias anteriores a participação do estudo.

Quanto aos instrumentos utilizados, todos foram submetidos a um cuidadoso processo de tradução e retradução para o português, porém nem todos foram validados. Esta limitação pode ter influenciado na falha em encontrar-se uma associação entre *Coping* Familiar e o estresse parental, apesar da relevância teórica desta relação. É fundamental a necessidade de aprimorar aspectos psicométricos dos instrumentos nesta área, especialmente no Brasil, onde há poucas escalas qualificadas para revelar o impacto que as condições clínicas dos filhos exercem sobre as famílias (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte & Martinez, 2004).

Finalmente, este estudo abordou somente *coping* e apoio social como variáveis que interagem com o estresse materno, desconsiderando outras variáveis do Modelo de Estresse Familiar. No entanto, há necessidade de investigar o papel de outros fatores associados a este modelo teórico na adaptação materna ao TDAH (por exemplo, tipos de família, resolução de problemas, etc.). Além disso, apesar do estudo estar embasado em um modelo familiar, somente as mães foram avaliadas, apontando para a necessidade de incluir pais e irmãos, pois, assim como as mães, estes convivem intensamente com a criança com TDAH (Barkley, 2002).

Diretrizes para novas pesquisas

A partir da análise das limitações identificadas no presente estudo, sugere-se a realização de novas investigações nesta área utilizando um número maior de participantes, assim como um maior rigor quanto aos procedimentos e escolha de instrumentos utilizados. Fundamentalmente, seria necessária uma investigação mais detalhada acerca de outras variáveis do Modelo de Estresse e Adaptação Familiar, em especial quanto aos aspectos familiares e sua interação com o estresse materno.

Por outro lado, são necessários estudos que se dediquem ao processo de validação de instrumentos direcionados a investigar o processo de adaptação das famílias no contexto dos Transtornos do Desenvolvimento. Isso permitiria que os estudos conduzidos nesta área tivessem mais rigor metodológico, sendo assim mais coerentes com a realidade brasileira (Dessen & Silva Neto, 2000).

Destaca-se, também, a importância de que os resultados deste estudo contribuam para o desenvolvimento de programas de intervenção para famílias de crianças com TDAH. Sugere-se que o foco de tais programas seja a atenção à saúde mental familiar, além de estratégias restritas ao manejo comportamental da criança. Isso porque o estresse familiar predispõe a uma menor sensibilidade parental às necessidades da criança, reduzindo a adesão dos pais aos programas terapêuticos. As crianças, por sua vez, tendem a responder às atitudes parentais inadequadas com um aumento dos comportamentos disruptivos (Danforth, Barkley & Stokes, 1991). Assim, é possível pensar que os programas terapêuticos para o TDAH propostos até o momento, por não incluírem estratégias de manejo do estresse parental, tendem a não alcançar a efetividade desejada, nem na redução dos sintomas da criança, e nem na modificação do comportamento dos pais com relação a elas (McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek, & Friedman, 2004).

Em função do exposto, sugere-se que estes programas adotem estratégias que auxiliem na melhora da auto-estima materna e no agenciamento de novas fontes de apoio social. Além

disso, é necessário que estes abordem informações médicas sobre o problema da criança, a fim de incrementar a compreensão sobre o TDAH, melhorando a expectativa parental quanto ao futuro dos filhos. Estas informações podem ser compartilhadas, inclusive, com membros da rede de apoio social, a fim de melhorar a sua qualidade. Finalmente, sugere-se que estes programas sejam avaliados quanto a sua eficácia no processo de adaptação familiar ao TDAH.

REFERÊNCIAS

- Adler, L.A., Kessler, R.C., Spencer, T. (2003). *Self-report scale (ASRS , versão, 1.1)*. Nova York: Organização Mundial da Saúde.
- Alfaya, C. & Schermann, L. (2005). Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. *Estudos de Psicologia de Natal*, 10, 2, 279-285.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR™: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D.C., Shelton, T.L. & Dupaul, G.J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 5, 503-20.
- Andrade, E. (2003). Quadro Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Em: L. A. Rohde & P. Mattos (orgs.). *Princípios e Práticas em TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Avery, C.S. (2001). Well-being of parents raising children with learning and behavior disorders. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 61 (12-A): 4961.
- Bailey, J., Barton, B. & Vignola, A. (1999). Coping with children with ADHD: coping styles of mothers with children with ADHD or challenging behaviors. *Early Child Development and Care*, 148, 35-50.
- Barkley, R.A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Battle, E. S & Lacey, B. (1972). A context for hyperactivity in children, over time. *Child Development*, 43, 757-773.

- Bellé, A. & Caminha, R.. (2005). Grupos de terapia cognitivo-comportamental em crianças com TDAH: estudando um modelo clínico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1, 2, 103-113.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., Ablon, S., Warburton, R., Reed, E., & Davis, S.G. (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 34, 11, 1495-1503.
- Bonin, A.C.B. (2004). Maternal depression and child development. *Pediatrics & Child Health*, 9, 8, 575-583.
- Bradford, R. (1997). *Children, families and chronic disease: psychological models and methods of care*. London: Routledge.
- Brandt, P.A. & Weinert, C. (1981). The PRQ: a social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Braz, P., Dessen, M. & Silva, N. (2005). Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18, 2, 151-161
- Brewer, M.J. (1997). *Stress in parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and the relation to family functioning and social support*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Los Angeles, EUA.
- Bullard, J.A. (1997). Parent perceptions of the effect of ADHD child behavior on the family: The impact and coping strategies. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (12-B): 7755.
- Campbell, D.K. (2004). Update on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Opinion in Pediatrics*, 16 (2): 217-226.
- Cherubini, Z. (2005). Estresse e autoconceito em pais e mães de crianças com a Síndrome do X-frágil. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

- Danforth, J.S., Barkley, R.A., & Stokes, T.F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-727.
- Dessen, M. & Silva Neto, N. (2000). Questões de família e desenvolvimento e a prática de pesquisa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 3, III-V.
- Domingos, N. & Risso, K.R. (2000). O transtorno de déficit de atenção e a hiperatividade infantil. Em E.F.M. Silvaes (org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*.(63-83). Campinas: Papyrus.
- Edward, G., Barkley, R.A., Laneri, M., Fletcher, K. Metevia, L. (2001). Parent—adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD: the role of parental maladjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 557-572.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 4, 337-346.
- Flaherty, E. M. & Glidden, L. M. (2000). Positive adjustment in parents rearing children with Down Syndrome. *Early Education and Development*, 11, 407–22.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter,C., DeLongis, A.& Gruen, R.J. (1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Freitas, P.M., Rothe-Neves, R., Teodoro, M., Carvalho, R., Barreto, G., Alves, A. & Haase, V. (2005). *Questionário de Estresse para Pais de Crianças com Transtornos do Desenvolvimento (QE-PTD)*. Manuscrito não publicado.
- 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.
- Frizzo, G.; Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10, 1, p. 47-55.

- Gomes, V. (2001). *Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com e sem transtornos globais do desenvolvimento*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Han, Hae-Ra. (2003). Korean mothers' psychosocial adjustment to their children's cancer. *Journal of advanced nursing*, 44, 499-506.
- Harding, T.; Arango, M.; Baltazar, J.; Climent, C.; Ibrahim, H.; Ignacio, L.; Murthy, R. & Wig, N. (1980). Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Hechtman, L. (1996). Families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 350-360.
- Hill, R. (1949). *Families under stress*. Harper & Row: New York.
- Hill, R. (1958). Social stresses on the family. *Social Case Work*, 49, 139-50.
- Holderness, S.L. (1998). Parenting perspectives on family adaptation to ADHD: Effects of family style, coping, and stress on child outcomes five years later. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59 (2-A): 0628.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 85-104.
- Jones, J. & Passey, J. (2004). Family adaptation, coping and resources: parents of children with development disabilities and behavior problems. *Journal of Development Disabilities*, 11, 31-46.
- Kadesjö, C. (2003). Attention-deficit-hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder in 3-to-7-year-old children. *Developmental Medicine & Child Neurobiology*, 45, 693-699.

- Kashdan, T., Jacob, R., Pelham, W., Lang, A., Hoza, B., Blumenthal, J., Gnagy, E. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 169-181.
- Khamis, V. (2006). Family Environment and Parenting as Predictors of Attention-Deficit and Hyperactivity Among Palestinian Children. *Journal of Social Service Research*, 32, 4, 99 – 116.
- Knapp, P. & Rohde, L. A. (2002). *Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B. Barton, V. Marshall, D., Mulligan, A., Lawlor, M., Belton, M., Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer-Verlag: Berlin.
- Lecke, J.S. & Juricka, M.K. (1998). Impact of family demands and family strengths and capabilities on family well-being and adaptation after critical injury. *American Journal Critical Care*, 7, 383-392.
- Mari, J. & Willians, P.A. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brit. J. Psychiatry*, 148, 23-26.
- Marshall, M.P., Molina, B.S.G. & Pelham, W.F.Jr. (2002). Childhood ADHD and adolescent substance use: an examination of deviant peer-group affiliation as a risk factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 4, 293-302.
- Matsukura, T. Marturano, E. & Oishi, J. (2002). O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 5, 675-681.
- Mattos, P.; Segenreich, D.; Saboya, E.; Louzã, M.; Dias, G.; Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do

- transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista de. Psiquiatria. Clínica*, 33, 4, 188-194.
- McCubbin, M.A. (1987). CHIP: Coping Health Inventory for Parents. Em: H.I McCubbin & A.I. Thompson (Orgs.). *Family assessment inventories for research and practice* (pp 173-192). University of Wisconsin: Madison, WI.
- McCubbin, M.A. (1995). The typology of adjustment and adaptation: a family stress model. *Guidance & Counseling*, 10, 4, 31-37.
- McCubbin, H.I. & Patterson, J.M. (1983). The family stress process: the Double ABCX Model of adjustment and adaptation. Em: H.I. McCubbin, M. B. Sussman & J. M. Patterson (Orgs). *Social stress and the family: advances and developments in family stress theory and research* (pp. 7–37). Haworth Press: New York.
- McKee, T., Harvey, E., Danforth, J., Ulaszek, W., & Friedman, J. (2004). The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and Oppositional behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 1, 158-168.
- Mitchell, M.(2006). *Parents' stress and coping with their children's Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Tese de Doutorado. Department of Public and Community Health, University of Maryland. Maryland, USA. Disponível em: <http://www.hdl.handle.net>.
- Naschmias, C. & Naschmias, D. (1996). *Research methods in the social science*. London: Arnold.
- Padovani, F., Linhares, M., Carvalho, A., Duarte, G. & Martinez, F. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 4, 251-254.
- Podolski, C.L. & Nigg, J.T. (2001). Parent stress e coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 4, 503-513.

- Possa, Spanemberg & Guardiola (2005). Possa, M. , Spanemberg, L. & Guardiola, A.(2005). Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. *Archives of Neuro-Psychiatry*, 63, 2b, 479-483.
- Quay, H.C. & Hogan, A.E. (Orgs). (1999). *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York: Kluwe Academic/Plenun.
- Rashap, J.L. (1998). The psychological adjustment of mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Dissertations Abstract International: Section B: the science and engineering*, 59, 3-B, 1378.
- Rohde, L.A., Barbosa G., Tramontina S. & Polanczyk G. (2000). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 7-11.
- Rhode, L.A. & Mattos, P. (2003). *Princípios e práticas em TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Artes Médicas: Porto Alegre.
- Roman, T., Rohde, L.A. & Hutz, H.M. (2002). Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 196-201.
- Saloviita, T; Itälina, M. & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: a Double ABCX Model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 300-312.
- Sarason, I.G, Levine, H.M, Basham, R.B & Saranson, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality Social Psychology*, 44, 1,127-39.
- Savoia, M. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26, 2, 57-67.
- Schmidt, C. & Bosa, C. (2003). A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura. *Interação em Psicologia*, 7, 2, 111-120.
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. & Muller, M. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10, 1, 61-68.

- Sifuentes, M. (2007). *Características da coparentalidade de pais de crianças com autismo*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Stevens, J.; Quittner, A & Abikoff, H. (1998). Factors influencing elementary school teachers' rating ADHD and ODD behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 406–414.
- Swanson, J. M. (1992). School-based assessments and interventions for ADD students. Irvine, CA: K.C. Publications.
- Szobot, C.M, Eizirik, M., Cunha, R.D., Langleben, D., Rohde, L.A. (2001). Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 32-35.
- Taylor, E. (1994). Syndromes of attention deficit and overactivity. Em M. Rutter, E. Taylor, E. Hersov (Orgs.). *Child and adolescent psychiatry – modern approaches*. (285-302). Oxford: Blackwell Science.
- Trott, G. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the course of life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 1, 21-25.
- Tsagarakis, C. (1999). *Stress, resources, and coping in parents of children with externalizing and internalizing behaviours*. Ottawa: National Library of Canada.
- Wagner, A., Predebon, J. Mosmann, C. & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, 2, 181-186.
- Walker, L. S., Van Slyke, D. A. & Newbrough, J. R. (1992). Family resources and stress: a comparison of families of children with cystic fibrosis, diabetes and mental retardation. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 327–43.
- Walker, A. P. (2005). *Parenting stress: a comparison of mothers and fathers of disabled and non-disabled children*. Ann Arbor, Mich: UMI.

Webster, A., Feiler, A., Webster, V. & Lovell, C. (2004). Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *Journal of Earlier Childhood Research*, 2, 25-49.

ANEXO A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Declaro, pelo presente consentimento, que fui informado de forma detalhada sobre os objetivos e os procedimentos deste estudo direcionado a investigar a adaptação psicossocial em mães de crianças com TDAH. Para tanto, responderei algumas perguntas de entrevistas e questões de questionários que tratam sobre o comportamento do meu filho e o modo como lido com isso.

Estou ciente de que obterei as respostas para qualquer dúvida que venha a ter quanto aos procedimentos ou outras questões relacionadas a esta pesquisa. Em qualquer momento, terei a liberdade de retirar o meu consentimento, ou deixar de participar do estudo.

Estou informado de que não serei identificado e de que será mantida a confidencialidade das informações registradas relacionadas a minha privacidade. Assim, declaro que concordo em participar deste estudo.

A pesquisadora responsável por esta pesquisa é a psicóloga Andressa Henke Bellé, que poderá ser contatada pelo fone (51) 98154091, estando a coordenação do projeto a cargo da profa Cleonice Bosa (51) 33165449.

Data: / / .

Nome e assinatura do participante: _____

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Declaro, pelo presente consentimento, que fui informado de forma detalhada sobre os objetivos e os procedimentos deste estudo direcionado a investigar a adaptação psicossocial em mães de crianças com desenvolvimento típico. Para tanto, responderei algumas perguntas de entrevistas e questões de questionários que tratam sobre o comportamento do meu filho e o modo como lido com isso.

Estou ciente de que obterei as respostas para qualquer dúvida que venha a ter quanto aos procedimentos ou outras questões relacionadas a esta pesquisa. Em qualquer momento, terei a liberdade de retirar o meu consentimento, ou deixar de participar do estudo.

Estou informado de que não serei identificado e de que será mantida a confidencialidade das informações registradas relacionadas a minha privacidade. Assim, declaro que concordo em participar deste estudo.

A pesquisadora responsável por esta pesquisa é a psicóloga Andressa Henke Bellé, que poderá ser contatada pelo fone (51) 98154091, estando a coordenação do projeto a cargo da profa Cleonice Bosa (51) 33165449.

Data: / / .

Nome e assinatura do participante: _____

ANEXO C

Ficha sobre Dados Demográficos e Identificação de Estressores

(Adaptados de Gomes, 2001).

1) Dados da mãe

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Estado civil: () casada ou com companheiro () solteira () viúva

Escolaridade:

() 1ª a 4ª série

() 5ª a 8ª série

() 1º a 3º ano do segundo grau

() universitário

Profissão: _____ Exerce: () sim () não Jornada de trabalho: _____ horas

Religião: _____

2) Dados do pai

Falecido () Sim () Não Quanto tempo faleceu: _____

Primeiro casamento do pai: () Sim () Não

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade:

() 1ª a 4ª série

() 5ª a 8ª série

() 1º a 3º ano do segundo grau

() universitário

Profissão: _____ Exerce: () sim () não Jornada de trabalho: _____ horas

Religião: _____

3) Dados da criança

Nome: _____ Idade: _____

Qual o diagnóstico de seu filho? _____ Quando foi feito? _____

Que tipo de atendimentos teu filho frequenta: () psiquiatra () psicólogo () pedagoga () psicopedagoga () outros.

Há quanto tempo vocês vêm recebendo estes atendimentos _____

Você sente que tem apoio? () Sim () Não

Em caso afirmativo de onde/quem? _____ De que forma? _____

Agora eu gostaria de conhecer um pouco mais de seu filho:

O seu filho faz uso de alguma medicação contínua? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual (is)? _____ Há quanto tempo? _____

Seu filho ou você são chamados pela direção da escola com frequência?

() Sim () Não

Como qualifica o relacionamento do seu filho com você?

() Muito bom

- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

Sobre o comportamento de seu filho, assinale como este se manifesta

- Agitação Raramente Ocasionalmente Frequentemente
- Desatenção Raramente Ocasionalmente Frequentemente
- Impulsividade Raramente Ocasionalmente Frequentemente
- Agressividade Raramente Ocasionalmente Frequentemente

4) Identificação de Estressores

Responda se sua família 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, hospitalização
- outro acontecimento que o preocupou. Qual?_____.

5) Alguém mais na família tem o diagnóstico de TDAH? Sim Não

ANEXO D

Questionário de Suporte Social (SSQ)

(Sarason, Levine, Basham & Saranson, 1983)

1. Com quem você realmente pode contar para ouvi-lo (a) quando você precisa conversar?

() Ninguém _____ _____ _____
 _____ _____ _____
 _____ _____ _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

2. Com que você realmente pode contar para ajudá-lo (a) se uma pessoa que você pensou que era um bom (boa) amigo (a) insultou você e disse que não queria ver você novamente?

() Ninguém _____ _____ _____
 _____ _____ _____
 _____ _____ _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

3. Você acha que é parte importante na vida de quais pessoas?

() Ninguém _____ _____ _____
 _____ _____ _____
 _____ _____ _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

4. Quem você acha que poderia ajudar se você fosse casado (a) e tivesse acabado de se separar?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

5. Com quem você realmente poderia contar para ajudá-lo (a) a sair de uma crise, mesmo que para isso esta pessoa tivesse que deixar seus próprios afazeres para ajudar você?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

6. Com quem você pode conversar francamente sem se preocupar com o que diz?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

7. Quem ajuda você a sentir que você verdadeiramente tem algo positivo que pode ajudar os outros?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- muito satisfeito
- razoavelmente satisfeito
- um pouco satisfeito
- um pouco insatisfeito
- razoavelmente insatisfeito
- muito insatisfeito

8. Com quem você realmente pode contar para distraí-lo (a) de suas preocupações quando você se sente estressado (a)?

- Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- muito satisfeito
- razoavelmente satisfeito
- um pouco satisfeito
- um pouco insatisfeito
- razoavelmente insatisfeito
- muito insatisfeito

9. Com quem você realmente pode contar quando você precisa de ajuda?

- Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- muito satisfeito
- razoavelmente satisfeito
- um pouco satisfeito
- um pouco insatisfeito
- razoavelmente insatisfeito
- muito insatisfeito

10. Com que você poderia realmente contar para ajudar caso você fosse despedido (a) do emprego ou fosse expulso (a) da escola?

- Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- muito satisfeito
- razoavelmente satisfeito
- um pouco satisfeito
- um pouco insatisfeito
- razoavelmente insatisfeito

() muito insatisfeito

11. Com quem você pode ser totalmente você mesmo?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

12. Quem você acha que realmente aprecia você como pessoa?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

13. Com quem você pode contar para dar sugestões úteis que ajudam você a não cometer erros?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

14. Com quem você pode contar para ouvir seus sentimentos mais íntimos de forma aberta sem criticar você?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

15. Quem vai confrontar e abraçar você quando você precisa disso?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

16. Quem você acha que ajudaria se um bom amigo seu tivesse sofrido um acidente de carro e estivesse hospitalizado em estado grave?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

17. Com quem você realmente pode contar para ajudá-lo(a) a ficar mais relaxado(a) quando você está sob pressão ou tenso(a)?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

18. Quem você acha que poderia ajudar se morresse um parente seu, muito próximo?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

19. Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor e de pior?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

20. Com quem você pode contar para preocupar-se com você independentemente do que esteja acontecendo com você?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

21. Com quem você realmente pode contar para ouvir você, quando você está muito bravo(a) com alguém?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito

- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

22. Com quem você pode contar para lhe dizer, delicadamente, que você precisa melhorar em alguma coisa?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

23. Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo(a) quando você está deprimido(a)?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

24. Quem você sente que gosta de você verdadeiramente e profundamente?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

25. Com quem você realmente pode contar para consolá-lo(a) quando está muito contrariado(a)?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

26. Com quem você pode realmente contar para apoiá-lo(a) em decisões importantes que você toma?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

27. Com quem você realmente pode contar para ajudá-lo(a) a se sentir melhor quando você está muito irritado(a) e pronto(a) para ficar bravo(a) com qualquer coisa?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito (a)?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

Instruções para o preenchimento do Questionário de Suporte Social:

- 1) Em cada questão você deverá responder as duas partes;**
- 2) Nenhuma questão deve ficar sem resposta;**

- 3) Na primeira parte de cada questão você deverá colocar as iniciais do nome ou o nome de cada pessoa com quem pode contar naquela situação.
- 4) Se você não possuir nenhuma pessoa para ajudá-la na situação que a pergunta descrev, marque a opção: () Ninguém.
- 5) Pode-se repetir a mesma pessoa nas diferentes perguntas.
- 6) Na segunda parte da questão você deverá marcar a opção que mais se aproxima do quanto você está satisfeito com o apoio das pessoas que você descreveu na primeira parte. Marque o grau da sua satisfação, mesmo se você respondeu “ninguém”.
- 7) Marcar apenas uma opção na parte “em que grau você fica satisfeito.

ANEXO EInventário de *Coping* Parental - área da saúde – CHIP

(McCubbin, 1987)

1. Acreditar que meu(s) filho(s) vai (vão) melhorar. ()
2. Investir em meu(s) filho(s). ()
3. Realizar atividades com meu(s) filho(s). ()
4. Acreditar que as coisas sempre vão dar certo. ()
5. Dizer a mim mesmo(a) que eu tenho muitas coisas pelas quais agradecer. ()
6. Construir um relacionamento mais íntimo com meu(minha) esposo(a). ()
7. Conversar sobre sentimentos pessoais e preocupações com meu esposo (a). ()
8. Realizar atividades com meus familiares. ()
9. Acreditar em Deus. ()
10. Cuidar bem do acompanhamento médico em casa. ()
11. Acreditar que meu filho(a) está tendo o melhor atendimento médico possível. ()
12. Tentar manter a estabilidade familiar. ()
13. Realizar atividades juntos, como uma família (envolvendo todos os membros da família). ()
14. Confiar em meu(minha) esposo(a) (ou ex-esposo(a)) para ajudar a apoiar a mim e a meu(s) filho(s). ()
15. Mostrar que eu sou forte. ()
16. Obter ajuda de outros membros da família com as tarefas domésticas. ()
17. Ter meu(minha) filho(a) com a condição médica atendido na clínica/hospital regularmente. ()
18. Acreditar que o centro médico/hospital tem em mente o melhor para minha família. ()
19. Encorajar o(s) filho(s) sob condições médicas a ser mais independente. ()
20. Envolvimento em atividades sociais (festas, etc.) com amigos. ()
21. Conseguir afastar-se das atividades domésticas para um descanso. ()
22. Sair sozinho. ()
23. Comer. ()
24. Dormir. ()
25. Permitir-me ficar com raiva. ()
26. Comprar presentes para mim e/ou para outros membros da família. ()
27. Concentrar-se em *hobbies* (arte, música, corrida, etc.). ()
28. Trabalhar fora. ()
29. Tornar-se mais auto-confiante e independente. ()
30. Manter-me em forma e bem arrumado. ()
31. Conversar com alguém (que não seja psicólogo ou médico) sobre como eu me sinto. ()
32. Manter relacionamentos e amizades que me ajudem a sentir-me importante e querido. ()
33. Divertir os amigos em nossa casa. ()
34. Investir tempo e energia em meu trabalho. ()
35. Sair regularmente com meu esposo(a). ()
36. Construir relacionamentos íntimos com as pessoas. ()
37. Desenvolver-me como pessoa. ()
38. Conversar com outros pais no mesmo tipo de situação e aprender sobre suas experiências. ()
39. Conversar com a equipe médica (enfermeiras, assistente social, etc.) quando visitamos o centro médico. ()
40. Ler sobre com outras pessoas na mesma situação lidam com as coisas. ()

41. Ler mais sobre o problema médico que me preocupa. ()
42. Explicar nossa situação familiar para amigos e vizinhos para que eles entendam. ()
43. Ter certeza de que os tratamentos médicos prescritos para a(s) criança(s) são realizados em casa diariamente. ()
44. Conversar com outros indivíduos/pais na mesma situação que eu. ()
45. Conversar com o médico sobre minhas preocupações a respeito de meu(s) filho(s). ()

Instruções para o preenchimento do Inventário de *Coping Parental* área da saúde – CHIP:

1) Utilize as seguintes categorias de resposta para as escalas acima.

Para cada estratégia que você utilizou para lidar com problemas relativos ao seu filho, lembre o quão útil ela foi. Escreva UM número ao lado da alternativa escolhida.

3. Extremamente útil

2. Moderadamente útil

1. Minimamente útil

0. Não útil

2) Para cada estratégia que você não utilizou, lembre o motivo, escolhendo uma das opções: “Escolhi não utilizar” ou “Não foi possível”.

3) Nenhuma questão deverá ficar sem resposta.

ANEXO F

Questionário de Estresse para Pais
(Friedrich, Greenberg, & Crnic, 1993)

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
32. Eu estou sempre preocupado. () V () F

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.**

ANEXO G

MTA SNAP-IV
Escala de pontuação para pais e professores

(Swanson, 1992)

Nome: _____ Sexo: ____ Idade: ____ Escolaridade: _____ Etnia: _____
Avaliado por: _____ Especificidade da Classe: _____ Tamanho da Classe: _____

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreva essa criança

	Nem um pouco	Um pouco	Bastante	Demais um pouco
1. Falha em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por falta de cuidado em trabalhos escolares e tarefas	_____	_____	_____	_____
2. Tem dificuldade de manter atenção em tarefas ou em brincadeiras	_____	_____	_____	_____
3. Parece não escutar quando lhe falam diretamente	_____	_____	_____	_____
4. Não segue instruções e falha em terminar lições-de-casa, tarefas ou obrigações	_____	_____	_____	_____
5. Tem dificuldade de organizar tarefas e atividades	_____	_____	_____	_____
6. Evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental	_____	_____	_____	_____
7. Perde coisas necessárias para suas atividades (brinquedos, livros, lápis, material escolar)	_____	_____	_____	_____
8. É distraído por estímulos alheios	_____	_____	_____	_____
9. É esquecido nas atividades diárias	_____	_____	_____	_____
10. É irrequieto com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira	_____	_____	_____	_____
11. Abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado	_____	_____	_____	_____
12. Corre ou escala em demasia em situações nas quais isso é inapropriado	_____	_____	_____	_____
13. Tem dificuldade de brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer	_____	_____	_____	_____
14. Está “a mil” ou freqüentemente age como se estivesse “a todo vapor”.	_____	_____	_____	_____
15. Fala em demasia.	_____	_____	_____	_____
16. Dá respostas precipitadas antes que as perguntas sejam completadas	_____	_____	_____	_____
17. Tem dificuldade de aguardar sua vez	_____	_____	_____	_____
18. Interrompe ou se intromete com os outros (p. ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)	_____	_____	_____	_____

19. Descontrola-se	_____	_____	_____	_____
20. Discute com os adultos	_____	_____	_____	_____
21. Ativamente desafia ou se recusa a seguir os pedidos dos adultos ou as regras	_____	_____	_____	_____
22. Faz coisas que incomodam os outros de propósito.	_____	_____	_____	_____
23. Culpa os outros por seus próprios erros ou má conduta	_____	_____	_____	_____
24. É sensível ou facilmente incomodado pelos outros	_____	_____	_____	_____
25. É raivoso ou ressentido	_____	_____	_____	_____
26. É malvado ou vingativo.	_____	_____	_____	_____

Instruções para o preenchimento da MTA SNAP-IV (Escala de pontuação para pais e professores):

- 1. Responda com relação aos comportamentos de seu filho sobre o qual estamos falando.**
- 2. Nenhuma questão deverá ficar sem resposta**
- 3. Em cada questão você deverá responder em que frequência o seu filho apresenta o comportamento descrito (Nem um pouco, Um pouco, Bastante ou Demais).**
- 4. Marque um X na opção que mais se aproxima do quanto seu filho apresenta o comportamento mencionado na questão.**

ANEXO H

SRQ

Nome: _____ Idade: _____

O(A) SR(A). PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça frequentes?.	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?.	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não	
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	

A - Total de sim |__||__|

Instruções para o preenchimento do SRQ:

- 1) **Responda com relação ao seu próprio comportamento.**
- 2) **Nenhuma alternativa deverá ficar sem resposta.**
- 3) **Marque 1) sim, se a alternativa descrita acontece com você e 2) não, se a alternativa descrita não ocorre com você.**

ANEXO I

ASRS

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Nome:	Data: / /				
<p>Responda a todas as perguntas abaixo.</p> <p>Marque um X no espaço que melhor descreve você nos últimos 6 meses (só marque 1 resposta em cada linha).</p>	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente
1) Com que freqüência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes?					
2) Com que freqüência você tem dificuldade de fazer um trabalho que exige organização?					
3) Com que freqüência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?					
4) Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que freqüência você evita ou adia o início?					
5) Com que freqüência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?					
6) Com que freqüência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse “com um motor ligado?”.					
Parte A					
7) Com que freqüência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?					

8) Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?					
9) Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?					
10) Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?					
11) Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?					
12) Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou outras situações quando deveria ficar sentado?					
13. Com que frequência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?					
14. Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxa quando tem tempo livre para você?					
15. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?					
16. Quando você está conversando com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?					
17. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações em que cada um tem a sua vez?					
18. Com que frequência você interrompe os outro quando eles estão ocupados?					

Instruções para o preenchimento da ASRS:

- 1) Responda com relação ao seu próprio comportamento.**
- 2) Nenhuma alternativa deverá ficar sem resposta.**
- 3) Assinale com um X com que frequência você apresenta o comportamento descrito: Nunca, Raramente, Algumas vezes, Frequentemente ou Muito Frequentemente.**