

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

SER MÃE DE UMA CRIANÇA/ADOLESCENTE COM  
PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE  
ATENÇÃO

ADÉLIA CRISTINA TEIXEIRA PINTO MARQUES

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica  
(Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica)

Coimbra, 2013



# Ser Mãe de uma Criança/Adolescente com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

ADÉLIA CRISTINA TEIXEIRA PINTO MARQUES

Dissertação Apresentada ao ISMT para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia  
Clínica (Ramos de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica).

Orientador (a): Professora Doutora Carolina Henriques, Professora Adjunta na Escola  
Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria.

Coimbra, setembro de 2013

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho.

Primeiramente, à Professora Doutora Carolina Henriques pela sua orientação, pela mais valia das suas sugestões e exigências, bem como pela dedicação e disponibilidade demonstrada. Agradeço ainda as suas palavras de apoio e incentivo.

À professora Doutora Margarida Pocinho pela sua preciosa cooperação e disponibilidade.

Ao Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra, em especial ao Dr. Boavida Fernandes e à Dra Susana Nogueira, assim como a todas as mães com filhos Com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, que anuíram participar neste estudo.

A todos os meus colegas por terem tornado esta longa caminhada, num agradável caminho a percorrer.

"Não eduques as crianças nas várias disciplinas recorrendo à força, mas como se fosse um jogo, para que também possas observar melhor qual a disposição natural de cada um. "Platão"

## RESUMO

Educar um filho é um grande desafio de responsabilidade e exige grandes adaptações e transformações na vida dos pais, sendo que os comportamentos parentais são influenciados por múltiplas causas, nomeadamente as variáveis sociodemográficas. Esta pesquisa visa determinar o nível de *stress* parental, conhecer o nível de satisfação parental e avaliar o nível de preocupações parentais em mães de crianças/adolescentes diagnosticados com PHDA (Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção). Para além destes objetivos pretende-se também determinar as características sociodemográficas das mães de filhos com PHDA, verificar a relação existente entre o nível de preocupações parentais e algumas características sociodemográficas das mães com filhos com PHDA e determinar a relação existente entre o nível de *stress* parental e o nível de satisfação parental em mães de filhos com PHDA.

A amostra é constituída por 30 mães de crianças/adolescentes diagnosticados com Perturbação de Hiperatividade e Deficit de Atenção. Para a colheita de dados foi aplicado um questionário sociodemográfico e as escalas de “Satisfação Parental”, “*Stress* Parental” e “Preocupações Parentais”.

Os resultados revelaram que estas mães se sentem satisfeitas parentalmente e que vivenciam preocupações e stress parentais idênticos às restantes mães de crianças com filhos de desenvolvimento típico. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente diferentes significativas entre os níveis de satisfação parental e algumas características sociodemográficas. No entanto, o estudo revelou que existe uma moderada correlação estatisticamente significativa negativa entre os níveis de *stress* parental e os níveis de satisfação parental.

**Palavra-chave:** Transtorno do Déficit de Atenção, Hiperatividade, Parentalidade, Stress.

## ABSTRACT

Educating a child is a big challenge of responsibility and requires major adaptations and transformations in the lives of parents, while parental behaviors are influenced by multiple causes, including sociodemographic variables. This research aims to determine the level of parental *stress*, knowing the level of parental satisfaction and evaluate the levels of parental *stress*, in mothers of children / adolescents diagnosed with ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Beyond these objectives, we also intend to determine the sociodemographic characteristics of the mothers of children with ADHD, study the relationship between the level of parental *stress* and sociodemographic characteristics of mothers with children with ADHD and determine the relationship between the level of parental *stress* and the level of parental satisfaction in mothers of children with ADHD.

The sample consists of 30 mothers of 30 children / adolescents diagnosed with Hyperactivity Disorder and Attention Deficit. For data collection, one demographic questionnaire was applied, as well as scales of “Parental Satisfaction”, “Parental *Stress*” and “Parental Concern”.

The results revealed that this mothers are feeling pleased, when concerning parenthood, and that they experiment identical concerns and stress to mothers of children with typical development. There were not verified statistically significant differences between the levels of parental satisfaction and some sociodemographic issues.

Even so, this study revealed a statistically significant negative correlation between the levels of parental *stress* and the levels of parental satisfaction.

**Keywords:** Attention deficit disorder, Hyperactivity, Parenting, Parental concerns, *Stress*.

# ÍNDICE

<b>Parte I – Introdução</b>	9
1 Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA)	10
1.1 Comorbilidade: Problemas Psiquiátricos e de Desenvolvimento Associados à PHDA	12
1.2. A Parentalidade	14
1.3. Desafio à Parentalidade: Pais de crianças/ jovens com PHDA	19
2. Mães de crianças/jovens com PHDA: Estudos Empíricos	20
<b>Parte II- Estudo Empirico</b>	25
1. Materiais e Métodos	25
1.1. Tipo de Estudo	25
1.2. Objetivos de Investigação	25
1.3. Questões de Investigação	26
1.4. Hipóteses	26
1.5. População e Amostra	27
1.6. Instrumentos de Colheita de Dados	28
1.7. Procedimentos Formais e Éticos	31
1.8. Tratamento Estatístico	32
2. Resultados	32
2.1. Análise Descritiva	32
2.2. Análise Inferencial	40
3. Discussão dos Resultados	43
<b>Conclusão</b>	47
<b>Bibliografia</b>	49
<b>Anexos</b>	
Anexo I: Consentimento Informado e Questionários	
Anexo II: Pedido de Autorização ao Hospital Pediátrico De Coimbra	
Anexo III Pedido de Autorização ao Autor das Escalas	

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Teste da Normalidade (Kolmogorov-Smirnov)	32
Tabela 2: Caracterização da amostra face ao género	32
Tabela 3: Caracterização da amostra face à idade	33
Tabela 4: Caracterização da amostra face ao número de anos de diagnóstico com PHDA	33
Tabela 5: Caracterização da amostra face à idade dos pais	33
Tabela 6: Distribuição da amostra face ao estado civil, grau de escolaridade e situação profissional dos pais	34
Tabela 7: Distribuição da amostra face a outras perturbações, Tipo de gravidez e de parto e Idade gestacional	34
Tabela 8: Distribuição da amostra face à Frequência em creche, ano, reprovações, problemas e manifestação de comportamentos das crianças	35
Tabela 9: Distribuição da amostra face à Frequência, aproveitamento escolar, acompanhamento, Medicação (qual e há quanto tempo), Familiar com PHDA	36
Tabela 10: Questões mais valorizadas pela positiva	37
Tabela 11: Questões mais valorizadas pela negativa	37
Tabela 12: Questões mais valorizadas pela positiva	37
Tabela 13: Questões mais valorizadas pela negativa	38
Tabela 14: Questões mais valorizadas pela positiva	38
Tabela 15: Questões mais valorizadas pela negativa	38
Tabela 16: Grau de satisfação em ser mãe	39
Tabela 11: Caracterização da amostra face ao nível de Preocupações Parentais	39
Tabela 12: Caracterização da amostra face ao nível de <i>Stress</i> Parental	40
Tabela 13: Caracterização da amostra face ao nível de Satisfação parental	40
Tabela 4: Resultados relativos à aplicação do Teste de Correlação de Pearson entre o nível satisfação parental e a idade das mães com PHDA	41
Tabela 21: Resultados estatísticos da aplicação do Teste Anova entre o nível de satisfação parental e o estado civil, das mães com filhos com PHDA	41
Tabela 22: Resultados estatísticos da aplicação do Teste Anova entre o nível de satisfação parental e a escolaridade das mães com filhos com PHDA	42
Tabela 23: Resultados estatísticos da aplicação do teste Anova entre o nível de satisfação parental e a situação profissional, das mães com filhos com PHDA	42



Tabela 24: Resultados estatísticos da aplicação do Teste de Correlação de Pearson 43  
entre o nível de stress parental e o nível de satisfação parental em mães de filhos com  
PHDA

## LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychiatric Association

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

DSM-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria

Md - Mediana

Mo – Moda

PC - Perturbação do Comportamento

PHDA - Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

PO- Perturbação de Oposição

EPP – Escala de Preocupações Parentais

EsatP – Escala Satisfação Parental

ESP – Escala *Stress* Parental

$\sigma$  - Desvio Padrão

$\bar{X}$  - Média

X<sub>máx.</sub> - Valor Máximo

X<sub>min.</sub> - Valor Mínimo

## PARTE I - INTRODUÇÃO

A Perturbação de Hiperatividade e Deficit de Atenção (PHDA), vulgarmente chamada de hiperatividade é o segundo distúrbio de desenvolvimento mais frequente entre crianças em idade escolar, depois da Dislexia. Em Portugal estima-se que esta perturbação afete 7% das crianças (Antunes, 2009).

A PHDA é o termo utilizado no Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR, 2002) para designar a criança hiperativa ou com instabilidade psicomotora. De acordo com o DSM-IV-TR (2002, p. 85), a PHDA caracteriza-se por um “padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento”.

As crianças diagnosticadas com PHDA apresentam uma maior propensão para desenvolver comportamentos de risco, por exemplo o abuso de substâncias e comportamentos delinquentes, em comparação com crianças sem esta perturbação (King, Lacono & Mgue, 2004). Aliado a isto, muitos desses jovens enfrentam conflitos com a família, pois perante a hipercinésia e desatenção, sintomas subjacentes à PHDA, os pais sentem-se cansados e incapazes de compreender o comportamento dos filhos. Os estudos realizados, quanto ao grau de dificuldade dos pais no que se refere ao *stress* parental, mostram que os pais das crianças com PHDA apresentam níveis mais elevados de *stress*, em comparação com os pais de crianças sem esta perturbação (Johnston & Mash, 2001). Embora existam muitos estudos sobre as abordagens terapêuticas e os aspetos etiológicos da PHDA, existe muito poucos que investiguem o impacto deste transtorno sobre as mães em termos de *stress*, preocupação e satisfação parental destas mães (Jones & Passey, 2004).

Desta forma, foi realizado um estudo descritivo, correlacional e transversal, tendo como objetivos: Determinar as características sociodemográficas das mães de filhos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA); Avaliar o nível de preocupações parentais em mães de filhos com PHDA; Determinar o nível de *stress* parental das mães com filhos com PHDA; Conhecer o nível de satisfação parental das mães com filhos com PHDA; Verificar a relação existente entre o nível de satisfação parental e algumas características sociodemográficas das mães com filhos com PHDA e Determinar a relação existente entre o nível de *stress* parental e o nível de satisfação parental em mães de filhos com PHDA. A

amostra foi constituída por 30 mães com filhos entre os 5 e os 16 anos diagnosticados com PHDA abordados pelo investigador e que se dispuseram a fazer parte do estudo, com idade igual ou superior a 18 anos.

Esta dissertação está organizada em duas partes, numa primeira parte, temos o enquadramento teórico, onde se realça alguns aspetos centrais da temática em estudo, na parte que diz respeito à metodologia, começamos por uma breve apresentação das metodologias e métodos utilizados ao longo do trabalho, seguindo-se pela descrição do tipo de estudo, principais objetivos e questões da investigação, descrição da população e amostra e apresentação e descrição dos instrumentos utilizados. Finalizamos este trabalho com a apresentação e discussão dos resultados obtidos, terminando o mesmo com uma breve conclusão.

### **1. Perturbação de Hiperatividade e Deficit de Atenção (PHDA)**

A Perturbação de Hiperatividade e Deficit de Atenção (PHDA) é uma patologia do foro psiquiátrico que tem início na infância. Afeta 3 a 7% de crianças em idade escolar (American Psychiatric Association – APA, 2000/2002) e em 30 a 50% dos casos a sintomatologia perdura até à idade adulta (Bugalho, Correa & Viana Batista, 2006).

Falardeau (1997) define hiperatividade como uma diminuição ou ausência de controlo no indivíduo que dela sofre. O hiperativo é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a sua necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000/2002), o diagnóstico de PHDA é atribuído a crianças que manifestem um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade inadequados ao seu nível de desenvolvimento e em que os sintomas tenham surgido antes dos 7 anos de idade. Os problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer em pelo menos dois contextos em que a criança está inserida (por exemplo, em casa e na escola) e deve verificar-se um défice clinicamente significativo do funcionamento social e académico.

A PHDA manifesta-se na maior parte das vezes muito cedo na vida do portador, porém só mais tarde aquando do início da vida escolar é que os sintomas se revelam de forma mais perceptível. Estes destacam o portador do padrão de desenvolvimento esperado para a sua idade, afetando-o em diversos aspetos da sua existência.

As crianças com PHDA apresentam problemas de comportamento em três áreas de funcionamento básico. São elas a atenção, a impulsividade e o excesso de atividade motora. Estas características constituem as chamadas dimensões essenciais da PHDA (Lopes, 2004) e manifestam-se num grau que se torna excessivo e inapropriado para a idade e nível de desenvolvimento, abarcando uma variedade de situações que colocam à prova a capacidade de estar atento, de retrain movimentos, de inibir impulsos e regular o comportamento, relativamente a regras, ao tempo e ao futuro. De acordo com Barkley (2002), estes problemas de comportamento, resultam, de um “deficit primário na inibição do comportamento”, que para este autor, é o símbolo da PHDA (Barkley, 2006, p.77)

O diagnóstico deve ser feito por um profissional (psiquiatra, neurologista ou psicólogo), que conheça os sintomas, o curso da evolução da perturbação e os padrões normais de desenvolvimento humano. A avaliação diagnóstica deve envolver os pais, os membros da família que convivem com a criança e a escola.

Como critérios de diagnóstico, podemos orientar-nos pelo DSM-IV-TR, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, bem como pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Estes sintomas devem ser incompatíveis com o que se espera para a idade do portador, com a fase de desenvolvimento e com a situação clínica geral.

De acordo com o DSM-IV, vários critérios devem ser cumpridos para que um indivíduo se qualifique como portador de PHDA. Para além de apresentar um quadro de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade, estes sintomas devem:

- Persistir há pelo menos seis meses;
- Terem surgido antes dos sete anos;
- Estarem presentes em mais de um contexto (casa, escola, etc.);
- Serem claramente mal adaptativos e inconsistentes com o nível de desenvolvimento;
- Não resultarem de uma patologia perversiva do desenvolvimento, ou consequência de outra perturbação.

Um dos meios mais eficazes para reduzir os sintomas de PHDA é a medicação quando usada em conjunto com um plano de tratamento, por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental.

Acredita-se que o PHDA advém dos baixos níveis de certos transmissores químicos cerebrais, que regulam o controlo motor, a atenção, a organização, o planeamento e as tomadas de decisão. Estes transmissores podem ser aumentados através da medicação, resultando em significativas melhoras ao nível escolar e comportamental (Parker, 2003).

Existem cada vez mais certezas de alterações nas regiões do cérebro ligadas ao controlo e à regulação da atenção em crianças com PHDA. Foram realizados estudos em animais e humanos, tendo sido apurado que os sintomas da hiperatividade podem ser alterados recorrendo à utilização de químicos ao nível dos neurotransmissores. Estes são responsáveis nos humanos e nos animais pelo comportamento, pelas emoções e pela cognição (Parker, 2003). Qualquer variação nos seus níveis químicos tem repercussões negativas, ao nível do nosso comportamento e das nossas emoções. No caso concreto da dopamina e a noradrenalina, esta encontra-se diminuída nos indivíduos com a perturbação da PHDA. Segundo alguns autores (Barkley, 2002; Lopes, 2004; DuPaul & Stoner, 2007; Barkley, 2006), a diminuição destas substâncias, em áreas do cérebro responsáveis pela organização do pensamento, ocasiona um funcionamento do mesmo deficitário. Os estudos ainda não revelam o modo preciso como estes químicos afetam o “aparecimento” e evolução dos sintomas nestas crianças, mas são considerados uma base explicativa para a causa da PHDA (Parker, 2003).

Outra linha de estudos incidiu sobre a medição da atividade cerebral em crianças com PHDA, comparativamente a crianças sem PHDA. Estes estudos revelaram, a existência de atividade cerebral mais baixa na área frontal do cérebro, visível ao nível da atividade elétrica e do fluxo sanguíneo. Verificou-se que crianças com PHDA apresentavam redução desta atividade quando solicitadas a realizar determinadas tarefas mentais e que essa diminuição poderia ser regulada para padrões próximos da normalidade, com a administração de medicamentos estimulantes (Buschsbaum & Wender, 1973, cit in Barkley, 2002).

As diferenças encontradas em determinadas áreas do cérebro de crianças com PHDA, nomeadamente ao nível da sua composição química, do seu desenvolvimento e da sua ativação, constituem um desafio para a investigação, no sentido de se perceber porque razão tal acontece. Em resposta a esta questão surgem novas linhas de investigação que apontam possíveis causas, decorrentes dos chamados fatores genéticos/hereditariedade e de fatores ambientais.

### **1.1. Comorbilidade: Problemas Psiquiátricos e de Desenvolvimento Associados à PHDA**

É comum verificar-se, nas crianças diagnosticadas com PHDA, a coexistência de um outro distúrbio de cariz psiquiátrico (APA, 2000/2002). Kadesjö e Gillberg (2001) afirmam

que o diagnóstico único de PHDA é muito raro e que mais de 80% dos casos apresentam comorbidade.

O termo comorbidade é formado pelo prefixo latino “cum”, que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbilidade, originada de “morbus”, que designa estado patológico ou doença. Deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças e não de sintomas. Comorbidades são outras patologias que incidem sobre o mesmo paciente ao mesmo tempo. Pode desenvolver-se a partir do transtorno básico, a PHDA, ou paralelamente a esta, podendo o paciente ter uma, duas ou mais co-morbidades com graus variados de intensidade (Stehling, 2011).

Os problemas mais frequentemente associados à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção são a Perturbação de Oposição (PO) (Kadesjö & Gillberg, 2001) e a Perturbação do Comportamento (PC), sendo que a PHDA aumenta para dez vezes a probabilidade de aparecimento de Perturbação de Oposição ou Perturbação do Comportamento (Angold, Costello, & Erkanli, 1999, cit. por Barkley, 2002).

Quando chegam à adolescência, 50% das crianças, também se enquadram noutro diagnóstico do DSM-IV (Phelan, 2005).

Entre as comorbidades mais frequentes na infância, e que podem apresentar quadros clínicos sobreponíveis aos de PHDA, estão os comportamentos de oposição e outras perturbações de comportamento, perturbações de ansiedade e de humor, bem como dificuldades de aprendizagem (Cordinhã & Boavida, 2008).

Em 10 a 40% dos casos pode existir um diagnóstico duplo de PHDA e Perturbação da Ansiedade, mas os estudos longitudinais realizados demonstram que o facto de a criança ter PHDA não constitui um fator de risco para o desenvolvimento de uma patologia de natureza ansiosa (Barkley, 2002). A associação entre a PHDA e a Perturbação Depressiva é igualmente importante, variando entre os 15% e os 75% (Cuffe et al., 2001, cit. por Barkley, 2002).

Para além dos distúrbios do foro psiquiátrico acima mencionados, verifica-se igualmente a existência de problemas associados ao desenvolvimento. De facto, as crianças com PHDA apresentam frequentemente dificuldades na coordenação motora (Kadesjö & Gillberg, 2001), Perturbação da Aprendizagem (Barkley, 1990, cit. por Gillberg et al., 2004) ou dificuldades relacionadas com o desempenho académico e um nível de inteligência inferior ao das crianças sem a perturbação (Barkley, 2002).

Finalmente, é de salientar que os sintomas característicos da PHDA afetam as interações das crianças com as figuras parentais (Johnston & Mash, 2001) e com os irmãos (Mash & Johnston, 1983). A PHDA reflete-se também no relacionamento das crianças com os pares, na medida em que elas tendem a ser menos apreciadas, mais rejeitadas e a ter poucos amigos (Barkley, 2002).

## **1.2. A Parentalidade**

O conceito de parentalidade passa pelo conjunto de ações iniciadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos filhos, com o intuito de promover o desenvolvimento da forma mais completa possível, utilizando para isso os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade (Cruz, 2005).

A parentalidade ideal é concebida como um conjunto de atos reguladores, pretendendo ajudar as crianças a adaptar-se ao ambiente e explorar com sucesso as oportunidades (Saegert & Winkel, 1990). Envolve um conjunto de adaptações emocionais e intelectuais habilitando os adultos para serem pais, isto é, conhecer as necessidades dos seus filhos nas esferas sociais, intelectuais, emocionais e físicas. Esta definição de parentalidade é usada no contexto de:

- Reconhecimento da existência de diversas configurações familiares e valores interligados a família;
- Desenvolvimento no direito das crianças em beneficiar de uma educação em família, independentemente das condições sociais dos adultos incluídos na família;
- A continuação da vida familiar como modelo e ponto de referência, apesar das mudanças fundamentais na família (Appleton, 1997).

São diversas as definições que podemos encontrar na literatura para definir parentalidade como o conjunto de atividades, que os indivíduos que assumem um papel parental e as funções parentais a ele inerentes empreendem, para responder às necessidades dos filhos, de modo a promoverem o seu desenvolvimento harmonioso (Cruz, 2005; Hoghughi, 2004; Ramey, 2002).

O papel atribuído ao homem sofreu uma mudança devido à parentalidade, nos anos 80 este deixou de ser patriarcal e começou a ter um papel mais ativo na vida familiar, aproximando-o dos filhos. O homem começou a envolver-se mais ativamente na educação



dos filhos, dividindo as obrigações e funções parentais. Isto fez com que a mulher pudesse assumir papéis mais ativos na sociedade (Bayle & Martinet, 2008).

A parentalidade é uma transição para a nova função de pais, e estes têm que ajustar-se e acordar a criação de regras, a respeito da parentalidade e de novas regras familiares. O problema pode surgir se o desenvolvimento da parentalidade acontece de uma forma demasiado lenta ou se os pais não se mostram preparados para este novo papel (Relvas & Alarcão, 2007).

A literatura não reflete uma opinião consensual no que respeita ao peso relativo assumido pelos fatores genéticos e ambientais, mais concretamente pelos pais, no crescimento da criança (Maccoby, 2000). No entanto, é irrefutável a influência da ação parental nos filhos, que pode constituir-se como potenciadora de um desenvolvimento e adaptação harmoniosos, ou pelo contrário como desencadeadores de perturbações (Maccoby, 2000).

Para Cowen, Powell e Cowen (1998), a parentalidade pode ser percecionada como uma dimensão global onde se incluem os estilos parentais e as práticas educativas.

Darling e Steinberg (1993) definem o estilo parental como um conjunto de atitudes que são direcionadas e comunicadas à criança, por comunicação digital e/ou analógica, através das quais resulta a criação de um clima emocional onde os comportamentos parentais são expressos.

As práticas educativas são comportamentos específicos dirigidos para objetivos, através dos quais os progenitores cumprem os seus deveres parentais. As práticas educativas incluem a socialização dos filhos, o ambiente familiar proporcionado pelos progenitores, e os comportamentos que os pais têm perante as atitudes da criança (Hoff et al., 2002).

Os estilos parentais podem ser inferidos a partir das práticas educativas (Pereira, 2009). As práticas educativas exercidas com mais frequência pelos progenitores são aquelas que se encontram mais relacionadas com o estilo parental adotado (Darling & Steinberg, 1993; Lila, 2009).

Darling e Steinberg (1993), com base na investigação na área da parentalidade, resumiram as três características dos pais importantes nas relações entre pais e filhos, que determinam os processos pelos quais os estilos educativos parentais influenciam o desenvolvimento da criança: os valores e objetivos parentais, as práticas educativas parentais utilizadas pelos pais para educar os filhos, e o estilo educativo parental, ou clima emocional em que a socialização ocorre.

Os objetivos parentais representam o que os pais querem para os seus filhos, traduzidos num conjunto de objetivos hierarquizados para os quais os pais dirigem os seus esforços, que incluem desde a sobrevivência básica até ao respeito pelos valores culturalmente valorizados na cultura de pertença (Ceballos & Rodrigo, 2008; Harkness & Super, 2002; Sigel & McGillicuddy-De Lisi, 2002). As práticas e os estilos educativos parentais são grandemente influenciados pelos valores e objetivos que os pais têm em relação aos seus filhos (Darling & Steinberg, 1993). Acrescente-se que o estudo dos processos afetivos parentais revelou-se essencial no domínio da parentalidade, tendo em consideração que existe uma interligação entre os processos cognitivos e os processos afetivos parentais.

As práticas educativas parentais, muitas vezes designadas de estratégias educativas ou de socialização, englobam as estratégias e técnicas que os pais utilizam para orientar o comportamento dos seus filhos. Portanto, estas são usadas em certas situações com objetivos estabelecidos, tendo como função transmitir à criança como é que os pais pretendem que ela se comporte (Darling & Steinberg, 1993; Rodrigo, Janssens, & Ceballos, 1999).

Por seu lado, os estilos educativos parentais compreendem um conjunto de atitudes parentais em relação à criança, incluindo os comportamentos correspondentes às práticas educativas em particular, mas também a atitude afetiva, isto é, a dimensão emocional presente na relação, no contexto da qual são preferencialmente utilizadas determinadas práticas educativas (Darling & Steinberg, 1993).

Em síntese, o estilo educativo parental compreende as atitudes dos pais para com as crianças e o clima emocional em que essas atitudes são comunicadas aos seus filhos (Harkness & Super, 2002; Sigel & McGillicuddy-De Lisi, 2002), devendo ser entendido mais como um contexto em que ocorre a socialização, em vez de uma prática de socialização em si (Darling & Steinberg, 1993). Nesta perspetiva, o estilo educativo é uma característica parental que modera a eficácia de determinadas práticas educativas utilizadas (Darling & Steinberg, 1993; Dishion & McMahon, 1998; Maccoby & Martin, 1983).

A avaliação dos estilos educativos parentais contempla três componentes, que podem ser enfatizados de modo diferenciado, dependendo da orientação teórica dos autores: a relação emocional entre os pais e a criança, as práticas e os comportamentos dos pais, e os sistemas de crenças dos pais (Darling & Steinberg, 1993).

Os autores Arrindel e Van der Ende (1984) identificaram três dimensões de práticas parentais educativas: Rejeição, Suporte Emocional e Tentativa de Controlo.

As práticas parentais são influenciadas por uma série de fatores que se encontram dinamicamente relacionados. Belsky (1984) considera que o funcionamento parental, no qual os progenitores expressam as suas práticas educativas, é modelado por múltiplos fatores, como a personalidade dos pais, as características individuais da criança e o contexto sociocultural (relações com a família alargada; suporte social; qualidade da relação conjugal; *stress*; situação financeira), onde decorrem as interações entre pais e filhos.

Alguns autores realçam que as práticas educativas são simultaneamente influenciadas pelo género dos progenitores e pelo género das crianças. E as mesmas reações parentais podem afetar de forma diferente rapazes e raparigas (Leaper, 2002).

Em síntese, uma parentalidade competente ou eficaz caracteriza-se pela utilização de um estilo educativo parental autorizado adaptado às necessidades e reações de uma determinada criança, uma vez que os pais autorizados colocam uma grande ênfase em reconhecer as necessidades e as capacidades desenvolvimentais dos seus filhos, em ouvi-los e em reconhecer a bidirecionalidade da parentalidade (Baumrind, 1991).

Os estudos sobre preocupações parentais reforçam a importância de avaliar as preocupações dos pais, para além da avaliação dos sintomas apresentados pelas crianças, sem, no entanto explorar de uma forma sistemática o conceito de preocupação parental ou mesmo formas de o avaliar (Leal & Maroco, 2010). A maior parte dos estudos incide sobre problemáticas específicas e, conseqüentemente, sobre a avaliação de preocupações associadas a estas.

Mesibov, Shroeder e Wesson (1993) foram dos poucos autores a estudar as preocupações parentais no desenvolvimento normal. Estes autores americanos iniciaram em 1973 um estudo longitudinal, numa clínica pediátrica, onde desenvolveram um serviço multidisciplinar de atendimento telefónico para poderem dar respostas às preocupações dos pais. Estas preocupações foram definidas a partir da queixa dos pais na sua relação com os filhos, era elaborada uma série de categorias de preocupação e somada a sua frequência em termos de chamadas telefónicas recebidas (Leal & Maroco, 2010).

Brazelton (1995) diz que os pais ao sentirem-se ansiosos em relação à criança sentem necessidades de encontrar respostas para fazer face às dificuldades sentidas.

Na maioria dos estudos a definição de preocupação parental está associada ao sintoma percebido pela criança (Cramer, 1991; Brazelton, 1995). Esta análise poderá resolver as dificuldades sentidas pelos pais resultantes de problemáticas específicas das crianças.

Contudo “a normalidade ou saúde, está ligada à maturidade e não à inexistência dos sintomas” (Winnicott, 1993, p.147).

Uma criança pode ter vários sintomas considerados gritantes mas que são próprios de um desenvolvimento saudável, enquanto outra criança onde estes mesmos sintomas estejam ausentes pode estar gravemente perturbada (Winnicott, 1979, 1993, 1995). Os sintomas considerados normativos do desenvolvimento podem, ao ser reforçados por certos comportamentos e atitudes parentais, tornar-se preocupantes psicologicamente.

Para Schetcher e Combrinck-Graham (1991) o padrão de comportamento normal pode ser identificado como patológico quando não se ajusta ao padrão parental enquanto um comportamento perturbado ajustado ao padrão familiar ou quando os pais a ele se acomodam pode ser considerado normal.

Segundo Crnic e Greenberg (1990) os acontecimentos resultantes das irritações quotidianas, o modelo teórico centrados nos acontecimentos menores, sugerem que as potenciais frustrações e irritações diárias associadas à função parental e ao comportamento normal da criança, são a principal fonte de *stress*. Algumas dessas situações podem ser específicas a determinada situação, podendo não perturbar a figura parental. Mas quando um indivíduo está inserido num contexto onde existem necessidades e exigências específicas e continuadas, o efeito cumulativo que decorre deste *stress* pode ter um impacto negativo nas interações pais-filhos.

No outro modelo teórico referente às relações pais-filhos são considerados aspetos gerais que se relacionam com o sofrimento experimentado pelos pais em contexto familiar e as dificuldades das crianças, por oposição normais às situações geradoras de *stress* (Crnic & Low, 2002). Então o *stress* decorre de acontecimentos difíceis de gerir, onde os recursos físicos e psicológicos que os pais têm à sua disposição são limitados. Esta situação pode potenciar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional, se for experienciada com frequência e com grande intensidade (Abidin & Santos, 2003).

A satisfação parental é um conceito difícil de conceptualizar, esta dificuldade na conceptualização pode levar a compromissos na validade dos resultados (Sabatelli & Waldron, 1995). Mercer (1986) define satisfação parental como a perceção de prazer e gratificação relacionadas com o papel de mãe/pai.

Para Sabatelli e Waldron (1995) esta pode ser utilizada para caracterizar a atitude dos pais em relação às responsabilidades inerentes à parentalidade. A satisfação parental é diferente de satisfação familiar e está diretamente relacionada com os altos níveis de

satisfação com a vida, altos níveis de satisfação marital, baixos níveis de violência familiar e com a maior eficácia dos papéis parentais, tal como ao melhor ajustamento de famílias de pais divorciados (Leite & Mchenry, 2002).

Para Goetting (1986) vários fatores influenciam a satisfação parental, o género do progenitor e da criança, tais como, estado civil, habilitações literárias, estrutura familiar, idade, número de filhos, vínculo laboral.

Várias investigações têm-se mostrado conscientes, casamentos harmoniosos tendem a estar associados a relações pais-filhos calorosas e a uma parentalidade sensível e positiva (Meyer, 1988; Nugent, 1991; Burman, John & Margolin, 1997), as relações conjugais menos positivas estão frequentemente associadas a estilos parentais menos eficazes e mais autoritários (Jouriles, Pfiffne & O'Leary, 1988; DeBrock & Vermulst, 1991; Dielman, Barton & Cattell, 1997).

Uma explicação possível para estes dados poderá ser que os casais satisfeitos com a sua relação e que estão de acordo quanto aos estilos parentais, mais provavelmente darão suporte, reconhecendo e aprovando os esforços de cada um. Esta relação positiva entre os pais e satisfação mútua com o funcionamento familiar, pode ser uma das bases da satisfação parental.

### **1.3. Desafio à Parentalidade: Pais de crianças/jovens com PHDA**

A Perturbação de Hiperatividade e Deficit de Atenção traz dificuldades tanto para os que apresentam essa condição, como para os seus familiares.

As interações entre crianças com PHDA e os seus familiares, normalmente, são conflituosas, isto porque, na interação com os seus familiares, estas crianças/jovens tendem a ser menos obedientes e a exigir mais assistência do que as crianças/jovens com desenvolvimento típico (Barkley, Eduard, Fletcher, Laneri & Metevia, 2001).

As mães de crianças/jovens com PHDA são mais críticas e menos afetivas do que as mães de crianças sem transtorno (Battle & Lacei, 1972). No entanto, criança e mãe contribuem para os conflitos (Hechtman, 1996).

Geralmente estas crianças/jovens são mais obedientes ao pai do que à mãe, isto pode dever-se ao facto das mães acarretarem mais responsabilidade na interação com a criança/jovens, sendo que a sobrecarga as afeta mais psicologicamente do que aos pais. Os pais impõem punição mais imediata ao comportamento da criança/jovem e na população com

esta perturbação isto funciona melhor do que as conversas com a mãe, ou também porque a força física do pai pode intimidar a criança (Barkley, 2002).

Os pais geralmente apresentam menos problemas de interação com as crianças e “acusam” a mãe de exagerar no relato dos sintomas da criança/jovem. Na escola, muitas vezes, estas crianças/jovens são vistas como um problema de falta de disciplina pela mãe, a qual é cobrada frequentemente. Então, há indícios que a PHDA seja uma causa stressante, essencialmente para as mães, impondo a necessidade de adaptação psicossocial (Barkley, 2002).

A literatura indica que as mães destas crianças/jovens experienciam mais *stress* parental, do que as mães de crianças com desenvolvimento típico (Biederman & Cols, 1995; Fischer, 1990). A dimensão de *stress* materno que apresenta maior média é a sobrecarga emocional, relacionada com o cansaço e a tensão em função da criança/jovem, preocupações com o seu futuro e ressentimento na família. O cansaço e a tensão podem surgir visto que estas crianças são menos obedientes, o que exige das mães mais ordens e reprovações do que crianças com desenvolvimento típico (Barkley, Edward, Fletcher, Laneri & Metevia, 2001).

No que diz respeito à preocupação com o futuro dos filhos, esta pode estar relacionada com as queixas recebidas frequentemente pela mãe quanto ao comportamento da criança/jovem, bem como o diagnóstico da mesma. O ressentimento na família, por sua vez, pode associar-se à responsabilização da mãe, pelos familiares, da falta de controlo desta sobre o seu filho (Barley, 2002).

A literatura é consistente no que diz respeito ao apoio social destas mães, devido às características destas crianças/jovens, estas mães recebem menos apoio social do que as mães de crianças com desenvolvimento típico (Brew, 1997; Lange e cols., 2005). Este facto pode dever-se ao facto dos familiares e amigos opinarem de maneira intrusiva sobre o modo como a mãe deveria agir com a criança/jovem, o que constitui, simultaneamente, uma fonte de apoio e conflito (Barkley, 2002). Também, estas mães podem ser mais resistentes à busca pelo apoio social, por considerarem que só elas estão aptas para o cuidado dos filhos (Barkley, 2002).

## **2. Mães de crianças/jovens com PHDA: Estudos Empíricos**

No estudo realizado por Bellé, Andreazza, Ruschel e Bosa (2009) intitulado por “*Stress e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade*” (THDA), participaram no estudo 90 mães entre os 25 e 48 anos, da

cidade de Porto Alegre, a idade dos filhos variou entre os 8 e 11 anos e procurou investigar o *stress* parental em mães de crianças com THDA (n=30), de crianças com PHDA com comorbilidade com o Transtorno Oposição Desafiador - TOD (n=30) e com desenvolvimento típico (n=30). Além disso, também foram investigadas as correlações do *stress* parental, com as estratégias de *coping*, apoio social e severidade do THDA. Através do Questionário para Pais de Crianças Com Transtorno de Desenvolvimento, verificou-se diferenças entre os grupos quanto ao *Stress* Parental. Os resultados revelaram que as mães dos grupos clínicos apresentaram mais *stress* parental do que o grupo não clínico em todas as dimensões de *stress* (na Sobrecarga Emocional, nas Restrições Comportamentais, no Pessimismo e nas Incapacidades da Criança). No entanto, não houve diferença entre os dois grupos clínicos em nenhuma destas dimensões. Os resultados indicaram, também, que quanto maior a severidade dos sintomas de hiperatividade/impulsividade, maior o *stress* parental em todas as dimensões de *stress*: Sobrecarga Emocional; Restrições Comportamentais; Pessimismo; e Incapacidades da Criança. O mesmo ocorreu com os sintomas de desatenção e do TOD.

No estudo desenvolvido por Yousefi et al. (2011) sob o título “Parenting *stress* and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children”, o método utilizado foi o comparativo casual e incluiu crianças dos 5 aos 12 anos. Foram selecionadas 50 pais de crianças com PHDA e 80 pais de crianças com desenvolvimento típico. Foi utilizada a escala de estilos parentais Diana Bum e a escala de índice de *stress* dos pais (PSI), com o objetivo de comparar o *stress* parental em mães com filhos com PHDA e mães de crianças com desenvolvimento típico. Os resultados mostraram que houve uma diferença significativa entre o *stress* das mães com filhos com PHDA e as mães de crianças com filhos de desenvolvimento típico. Também houve uma diferença significativa entre os estilos parentais entre as mães com filhos com PHDA e as mães de filhos com desenvolvimento típico.

Os resultados desta pesquisa revelam que o *stress* e os estilos parentais das mães das crianças com PHDA têm níveis muito mais elevados, sendo que estas mães usam muito mais a punição.

Este estudo mostra que quanto mais severo é este distúrbio de comportamento, ou seja quanto mais traços de hiperatividade mais *stress* têm estas mães. Pode verificar-se que este *stress* pode piorar os problemas das crianças e que os estilos parentais utilizados pelas mães destas crianças são mais autoritários do que nas mães de crianças com desenvolvimento típico. Devido a este estilo mais autoritário o relacionamento destas mães com os filhos com PHDA é mais negativo, pois os castigos e a punição aumentam os comportamentos

agressivos destas crianças. Também é possível concluir deste estudo que o comportamento destas crianças estimula tensões que afetam a cooperação entre os pais e a criança.

O estudo realizado por Kunrath, Wagner e Jou (2006) intitulado por “A educação dos filhos com Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade: o que fazer?”, trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa cujo objetivo é de conhecer as estratégias educativas utilizadas por pais de crianças com TDAH. Para tal constituíram-se dois momentos de investigação (utilizou-se a técnica de grupo focal, a fim de identificar as estratégias educativas que pais de filhos com TDAH utilizam com maior frequência e foram realizadas entrevistas individuais também com pais de filhos com TDAH, para que fosse possível aprofundar o conhecimento sobre a avaliação da eficácia das estratégias educativas utilizadas com as crianças com esse transtorno. Participaram no estudo sete pais. O grupo focal foi constituído por três mães e um pai. Já as entrevistas foram realizadas com duas mães e um pai. Todos eles tinham um ou mais filhos em idade escolar com o diagnóstico de TDAH, feito por psicólogo, neurologista ou psiquiatra. Os filhos tinham entre 6 e 12 anos de idade. A escolha dos participantes foi feita por conveniência, através de indicação, por profissionais da área da saúde, psiquiatras, neurologistas e psicólogos. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo, a partir dos eixos temáticos previamente estabelecidos e assim definidos: descrição da parentalidade, dificuldades educativas das crianças com TDAH, estratégias educativas utilizadas e eficácia de tais estratégias.

Os resultados mostraram que os pais recorrem à estratégia da ameaça ou chantagem como uma troca com os filhos, outra estratégia usada é o castigo ou a negociação. Os pais empregam a estratégia da tomada de consciência como uma maneira dos filhos se darem conta das suas ações e alguns pais referem ainda que batem nos filhos, para que eles façam o solicitado. Essa estratégia pode ser considerada a mais explícita das estratégias de força coercitivas.

Da análise realizada, é possível concluir que surgiram mais categorias identificadas como de força coercitiva do que como estratégias indutivas. Os próprios pais justificam esta escolha quando apontam que as primeiras têm resultados mais imediatos que as segundas, apesar de não serem resultados duradouros. Também é possível concluir, que há necessidade que esses pais recebam orientação e apoio para darem conta das demandas que têm com essas crianças. Reforça-se a ideia, através deste estudo, da necessidade de um trabalho de rede que possa orientar e fortalecer essas famílias para as demandas do TDAH.



No estudo desenvolvido por Guilherme, Mattos, Serra-Pinheiro e Regalla (2007) sob o título “Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática”, o método utilizado foi a revisão sistemática de literatura por meio do PubMed entre os anos de 1996 e 2006, utilizando os termos “ADD”, “ADHD”, “*Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*”, “*Attention-Deficit*”, “*marital conflict*” e “*family*”. Foram analisados dezasseis estudos dentre 628 publicações iniciais e 55 artigos posteriormente incluídos pelas referências bibliográficas foram avaliados. O relacionamento conjugal aparece comprometido em grande parte da literatura, principalmente nos pais daquelas crianças que apresentam distúrbio desafiador e de oposição (DDO) ou distúrbio de conduta comórbidos. Contudo, resultados opostos também são encontrados em diversas pesquisas. Os resultados apontam que embora o relacionamento marital seja destacado na literatura como fator relevante para a compreensão dos problemas de ajustamento e do desenvolvimento infantil, o grau de dificuldade experimentado por pais de crianças portadoras de TDAH permanece incerto.

Apesar de diversos estudos documentarem uma associação significativa entre conflito marital e problemas de ajustamento infantil (Cumming e Davies, 2002 cit. por Guilherme et al., 2007), outras variáveis coexistentes e possíveis mediadores (como transtornos comórbidos) e características específicas de tais conflitos permanecem sendo importantes para a compreensão mais completa desta associação. Não parecem claramente estabelecidos os seguintes pontos: 1) Se os problemas conjugais podem ser considerados secundários à presença de TDAH na prole; 2) Se apenas casos de TDAH com comorbidade com transtornos disruptivos se associam a problemas conjugais; 3) Se conflitos conjugais preexistentes interferem na manifestação dos sintomas de TDAH que, por sua vez, retroalimenta os conflitos conjugais; 4) Se a presença de TDAH (transtorno com elevada participação genética) num dos cônjuges tem papel saliente no entendimento dos conflitos conjugais de modo independente da presença de TDAH na prole; 5) Se a presença de depressão ou ansiedade está relacionada ao impacto da presença de TDAH na prole.

Observa-se grande discordância de resultados nos estudos que avaliam a associação entre as relações familiares, conflitos conjugais e crianças portadoras de TDAH. Embora haja predomínio de resultados que sugerem a existência de dificuldades maiores nos relacionamentos familiares de crianças com TDAH, principalmente naquelas famílias em que as crianças também apresentam comorbidades com transtornos disruptivos, os estudos não apresentam concordância quanto a este aspeto.

Medeiros (2008) na sua tese de mestrado desenvolve um estudo intitulado “Ideias e Práticas parentais de Mães de crianças diagnosticadas com perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção”, tendo como objetivo conhecer as ideias e práticas parentais de mães de crianças com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.

A amostra é constituída por 30 mães de crianças diagnosticadas com PHDA pelo Centro de Desenvolvimento Infantil do Hospital de Faro E.P.E., local onde a amostra foi recolhida. Foram utilizados 2 questionários: o Questionário de ideias dos pais sobre educação e desenvolvimento dos seus filhos (QIED), adaptado do “*Cuestionario de ideas de los padres sobre educación y desarrollo de los niños*” (CIPm) de Nunes (2004) e que na sua versão original contém 64 perguntas que exploram 9 temas e o Questionário de práticas educativas dos pais (QPE) adaptado do “*Cuestionario de prácticas de crianza de los padres y su opinión sobre el programa del niño sano*” (CPC) de Nunes (2004). O CPC contém 91 perguntas, distribuídas por 12 temas; o QPE contém 46 questões distribuídas por 9 temas.

Os resultados demonstram que quase todas as mães da amostra gostariam de saber mais coisas sobre crianças (“como educá-los”, “como são e como se desenvolvem”) e quando têm alguma dúvida em relação à educação dos seus filhos as mães referem consultar o cônjuge, a própria mãe ou outros familiares.

Aquilo que lhes custa mais na educação dos filhos é a disciplina, o comportamento da criança, obediência, ensinar normas, questões escolares, adaptação e atenção que é preciso dar aos filhos, entre outros.

Em relação à idade em que as mães consideram que os seus filhos começam a falar, a idade média apontada para o início das primeiras palavras foi 0,9 anos (mínimo=0,33; máximo=2; DP=0,4). Em relação à idade em que a criança já fala suficientemente bem para ser entendida por estranhos obteve-se a média de 2,2 anos (mínimo=1; máximo=5; DP=1).

A valorização do papel do pai é existente, sendo que houve destaque para o desempenho de um papel de apoio e partilha nos cuidados prestados aos filhos.

Também se verificou que as mães atribuem à componente hereditária as causas e origens das diferenças individuais. Por conseguinte, a maioria das mães considerou que podia influenciar uma criança a ser menos chorão; a ser menos tímido; potenciar o desenvolvimento aos dois anos, para que mais tarde beneficiasse de sucesso escolar; bem como potenciar esse mesmo sucesso académico na idade correspondente; ajudar a ter menos ciúmes; e mesmo favorecer a sua inteligência.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### 1. Materiais e Métodos

Segundo Bunge (1974, p.55) o método científico é “um conjunto de procedimentos por intermédio dos quais se propõe os problemas científicos e se colocam à prova as hipóteses científicas” ou “o conjunto de processos que o espírito humano deve empregar na investigação e demonstração da verdade” (Cervo & Bervian, 1978, p.17).

Este capítulo é constituído por oito subcapítulos, onde se destaca no primeiro subcapítulo (1.1) a realização da descrição do tipo de estudo. Sequencialmente, apresentam-se os objetivos da investigação (1.2) e das questões de investigação que provêm dos objetivos apresentados (1.3). Posteriormente seguem-se as hipóteses (1.4), as considerações metodológicas sobre a população e a amostra em estudo (1.5) bem como a descrição dos instrumentos de colheita de dados (1.6). Finalmente, os últimos subcapítulos referem-se aos procedimentos formais e éticos (1.7) e à análise estatística (1.8).

#### 1.1. Tipo de Estudo

Dada a natureza do estudo que se pretende elaborar, a investigação utilizada visa a metodologia de investigação exploratória-descritiva, transversal e correlacional, inserida num paradigma quantitativo, em que haverá uma quantificação dos dados apurados *a posteriori* em valores numéricos.

#### 1.2 Objetivos de Investigação

Em ciências sociais a investigação exige uma definição clara, específica e concreta do que se pretende investigar, assim como um método de trabalho bem planeado e congruente, em que o investigador deve ser criativo e ter capacidade de se adaptar.

Os objetivos da investigação devem ser elucidativos da finalidade do estudo e é através destes que são especificados a população alvo e as variáveis chave (Fortin, 2009). Os objetivos deste trabalho são:

- Determinar as características sociodemográficas das mães de filhos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA);
- Avaliar o nível de preocupações parentais em mães de filhos com PHDA;

- Determinar o nível de *stress* parental das mães com filhos com PHDA;
- Conhecer o nível de satisfação parental das mães com filhos com PHDA;
- Verificar a relação existente entre o nível de satisfação parental e algumas características sociodemográficas das mães com filhos com PHDA;
- Determinar a relação existente entre o nível de *stress* parental e o nível de satisfação parental em mães de filhos com PHDA.

### **1.3. Questões de Investigação**

Depois de delineados os objetivos inerentes da investigação, de forma concisa, torna-se pertinente colocar as questões de investigação para existir uma maior especificação dos objetivos do investigador na recolha da informação. Para Fortin (2009, p.73.) “uma questão de investigação é um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.”

Este estudo tem como questões de investigação:

- Quais são as características sociodemográficas das mães de filhos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA);
- Qual é o nível de preocupações parentais em mães de filhos com PHDA;
- Qual é o nível de *stress* parental das mães com filhos com PHDA;
- Qual é o nível de satisfação parental das mães com filhos com PHDA;
- Qual é a relação existente entre o nível de satisfação parental e algumas características sociodemográficas das mães com filhos com PHDA;
- Qual é a relação existente entre o nível de *stress* parental e o nível de satisfação parental em mães de filhos com PHDA.

### **1.4. Hipóteses**

A hipótese pode ser entendida como um enunciado geral das relações entre variáveis (fenómenos, factos), formulados como solução provisória para um determinado problema. Nesta sequência, há a referir que as hipóteses abaixo formuladas são de carácter não direcional, bem como de estrutura complexa.

H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de satisfação parental e algumas características sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) das mães com filhos com PHDA.

H2 – Existe correlação estatisticamente significativa entre o nível de *stress* parental e o nível de satisfação parental em mães de filhos com PHDA.

### **1.5. População e Amostra**

Depois de definidas as variáveis ou fenómenos que se pretende investigar, é necessário fazer a seleção do tipo de população que vai ser alvo do estudo.

Fortin (2009) define população como “um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. (...) o elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida. O elemento é normalmente uma pessoa, mas também pode ser um grupo, uma cidade, uma organização, uma escola” (p. 311).

A amostra é uma parte da população que é escolhida de maneira a representar a população inteira, tendo como objetivo tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos, é essencial escolher com cuidado a amostra (Fortin, 2009, p.310).

Para alcançar os objetivos propostos, o presente estudo tem como população alvo mães/cuidadores de crianças diagnosticadas com PHDA. O tipo de amostra será não probabilístico por conveniência.

Critérios de inclusão no estudo:

- Mães com filhos entre os 5 e os 16 anos diagnosticados com PHDA abordados pelo investigador e que se disponham a fazer parte do estudo, com idade igual ou superior a 18 anos;
- Participar voluntariamente na investigação;

Critérios de exclusão do estudo:

- Mães sem filhos diagnosticados com PHDA;
- Recusa em participar do estudo.

## **1.6. Instrumentos de colheita de dados**

### **❖ Questionário Sociodemográfico**

Tendo como objetivo a caracterização do desenvolvimento da criança e do contexto familiar foi utilizado o Questionário Sociodemográfico composto por um conjunto de questões fechadas e semiabertas que visam avaliar as características sociodemográficas das mães de filhos com PHDA.

Este questionário procura fazer a caracterização sociodemográfica da família sendo composta pelas variáveis como idade; nível de escolaridade, situação profissional e profissão do pai e da mãe; situação conjugal atual dos pais; número de filhos, idades e género; composição do agregado familiar.

### **❖ Escala de Preocupações Parentais (Algarvio, Leal & Maroco, 2009)**

A Escala de Preocupações Parentais (EPP) foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a frequência e intensidade das preocupações dos pais (Algarvio, Leal e Maroco, 2009) e teve por base instrumentos similares utilizados por Mesibov, Schroeder e Wesson (1993).

Esta escala é constituída por 24 itens, organizadas em 5 subescalas:

I - “Problemas familiares e preocupações escolares” correspondem aos itens: 1, 2, 3, 4, 5 e 6;

II- “Desenvolvimento infantil” correspondem os itens: 1, 2, 3, 4, 5 e 6;

III - “Preparação” correspondem os itens: 1, 2 e 3;

IV - “Medos” correspondem os itens: 1, 2 e 3

V - “Comportamentos Negativos” correspondem os itens: 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

O preenchimento da escala apresenta 5 possibilidades de resposta em formato de escala de Likert: 1-preocupo-me muitíssimo, 2-bastante, 3-razoavelmente, 4-pouco e 5-nada.

O score de cada sub-escala obtém-se pelo cálculo da média aritmética simples dos itens que a constituem. O score total da escala é dado pela média de todos os itens.

A consistência interna da escala foi medida através do alfa de cronbach, tendo-se obtido resultado de 0,93 (Algarvio, Leal & Maroco).

### **❖ Escala de *Stress* Parental (Leal, Maroco & Mixão, 2007)**

A Escala de *Stresse* Parental, desenvolvida a partir de “Parental *Stress* Scale” (PSS) de J.O. Berry & W.H. Jones (1995) é uma escala constituída por 18 itens de Likert, que pretende

medir níveis de *stress* experimentados pelos pais. São abordados temas que incluem a proximidade com a criança, satisfação no seu papel enquanto pais, emoções positivas e negativas relacionadas com a parentalidade, e dificuldades associadas.

Os pais são levados a responder se concordam ou discordam de cada item com base na sua relação com o (s) seu (s) filho (s) atribuindo a cada item uma pontuação de 1 a 5. A opção de cada resposta varia entre o Discordo Totalmente e o concordo Totalmente, sendo: Discordo Totalmente (1), Discordo (2), Indeciso (3), Concordo (4) e Concordo Totalmente (5).

A escala pode ser aplicada tanto ao pai como à mãe, e, a pais de crianças com ou sem problemas de saúde. A escala demonstrou, também, ser capaz de fazer uma discriminação entre pais de crianças com um desenvolvimento adequado e entre pais de crianças com problemas comportamentais e de desenvolvimento (Berry & Jones, 1995).

Foram definidas quatro dimensões: Preocupações parentais, Satisfação, Falta de controlo e Medos e angústias. Ao fator I- “Preocupações parentais”- correspondem os itens 9, 10, 11, 12 e 13; ao Fator II – “Satisfação” correspondem os itens 2, 5, 6, 7, 8 e 18; ao Fator III – “Falta de controlo” – correspondem os itens 1, 14, 15, 16 e 17; ao Fator IV – “Medos e angústias” – correspondem os itens 3 e 4.

Para obter um score da escala os itens são pontuados de acordo com os níveis de *stress* ou sentimentos negativos, pelo que, os 7 itens formulados na positiva devem ser invertidos. Assim, os itens, 1, 2, 5, 6, 7, 8 e 17 devem ser invertidos aquando da sua pontuação. O somatório da escala pode variar entre 18 e 90, em que valores elevados indicam níveis de *stress* parental elevados. Os autores da escala original fazem apenas referência ao facto de scores elevados indicarem níveis de *stress* parental elevados, não apresentando uma linha de corte. Assim foi estabelecido três intervalos categorizados da seguinte forma: o intervalo de 18 a 42 corresponde à categoria de baixos níveis de *stress* parental, o intervalo de 43 a 66 à de níveis intermédios de *stress* parental e o intervalo de 67 a 90 à categoria de elevados níveis de *stress* parental.

A consistência interna da escala de *Stress* Parental constituída pelos 18 itens foi avaliada pelo alfa de cronbach e o valor obtido da amostra foi de 0,76, indicando uma consistência aceitável para os estudos de natureza exploratória (Leal, Maroco & Mixão, 2007).

### ❖ Escala de Satisfação Parental (Leal, Maroco & Martins, 2007)

A Escala de Satisfação Parental (Parent Satisfaction Scale (PSS)) (Halverson & Duke, 1991) com o objetivo de avaliar o grau de satisfação parental destes pais. Esta escala é originalmente constituída por 30 itens, as respostas são cotadas por uma escala tipo Likert que compreende sete possibilidades de resposta desde o discordo sempre (1) ao concordo sempre (7). Este instrumento procura avaliar o nível de satisfação dos pais, nomeadamente, no que diz respeito a três dimensões: “Prazer nos cuidados parentais,” esta subescala é constituída por 8 itens (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 28), avalia em particular as questões relacionadas como facto de se ser pai e do prazer que isso representa. Uma cotação alta implica maior satisfação dos pais com os cuidados parentais (1), “Carga dos cuidados parentais” (2), Esta subescala é constituída por 10 itens (10, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 30), uns cotados de forma positiva e outros de forma negativa. Esta subescala tenta avaliar de que forma é que o nascimento dos filhos altera as rotinas dos pais e o impacto que isso tem nas suas vidas, “Importância dos cuidados parentais” (3), Esta subescala é constituída por 9 itens (6, 11, 12, 14, 15, 16, 22, 23, 26), cotados de forma positiva, por isso quanto maior o resultado maior o grau de satisfação. Pretende avaliar a importância da paternidade na vida dos pais. Os itens 8, 13 e 29 não são cotados mas contribuem para o resultado final de satisfação parental. Numa primeira fase foi realizada a Análise Fatorial com extração de fatores pelo método das Componentes Principais, com os 30 itens originais. Existiam 10 itens que não saturavam em nenhum dos fatores e por isso foram eliminados da análise. Uma nova análise fatorial nos 20 itens finais, permitiu a obtenção de 3 fatores que apresentam um valor próprio superior a 1.

Para obter cotações de 0 a 100, sendo que 100 é o valor máximo, o resultado de cada dimensão será a soma dos itens que a constituem, dividido pelo valor máximo admissível para cada item, multiplicada por 100 e dividida pelo número total de itens (compute  $escala\_satisfação = \frac{\sum TT}{7} * 100 / 20$ .execute).

Os Alphas de Cronbach respeitantes aos 20 itens sobre o qual incidiu a análise fatorial final, apresentam valores de 0,87, indicadores de uma boa consistência interna.

Relativamente aos fatores finais considerados, apenas os fatores que correspondem às dimensões Prazeres da Parentalidade e Importância da Parentalidade apresentam uma boa consistência interna (0,90 e 0,82, respetivamente). O Fator Fardos da Parentalidade apresenta um valor de 0,405, o que revela uma fraca consistência interna, o que se pode dever ao reduzido número de itens na versão final da escala com 20 itens (Martins Maroco & Leal, 2007).



### **1.7. Procedimentos formais e éticos**

A investigação aplicada a seres humanos pode levantar questões de ordem moral e ética, por esta razão é importante tomar as providências necessárias para protegê-los quanto aos seus direitos (Fortin, 2003).

Foi remetido um pedido de autorização para a realização do estudo ao Hospital Pediátrico de Coimbra (Anexo I), onde são expostos os objetivos da investigação e dos instrumentos de recolha de dados, bem como assegurada a confidencialidade dos mesmos, tendo este pedido sido autorizado.

Nos questionários entregues aos participantes do estudo (Anexo II), foi também entregue um esclarecimento acerca dos objetivos do estudo, garantindo toda a confidencialidade e anonimato das informações recolhidas e um pedido de consentimento informado onde os participantes poderão consentir a utilização das informações recolhidas para análise única e exclusiva desta mesma investigação, com total garantia de confidencialidade e anonimato das respostas obtidas.

Em relação às Escalas, foi solicitada autorização para a utilização das mesmas (Anexo III), tendo esta sido autorizada. A recolha dos dados foi efetuada nos meses de Junho e Julho de 2013.

Neste estudo procurou-se respeitar os cinco princípios éticos: o direito à intimidade, o direito à autodeterminação, o direito à confidencialidade e anonimato, o direito a tratamento justo e leal, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo. No que diz respeito ao direito à intimidade, os indivíduos que participaram no estudo decidiram livremente em relação à quantidade de informação fornecida aquando da participação na investigação. No direito à autodeterminação, os indivíduos que colaboraram no estudo puderam decidir livremente sobre a sua participação no estudo ou o direito de se retirarem a qualquer momento sem prejuízo para os próprios. A identidade dos intervenientes do estudo de investigação deve ser confidencial e anónima. O direito do tratamento justo e leal, em que, os intervenientes receberam tratamento equitativo, antes, durante e após a sua participação no processo de investigação. Por fim, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo é um dos direitos que deve ser salvaguardado, os indivíduos que participam na investigação deverão ser protegidos contra inconvenientes suscetíveis de provocar danos de ordem física, psicológica, legal ou económica.

## 1.8. Tratamento Estatístico

O tratamento estatístico dos dados relativos a este estudo foi efetuado informaticamente através do Programa *Statistic Package for Social Science* (SPSS) na versão 19.0 para Windows 7, com o objetivo de caracterizar a nossa amostra.

Para sistematizar as informações recolhidas, foi utilizada a estatística descritiva, mais concretamente as frequências absolutas ( $n^\circ$ ), as frequências relativas (%), média ( $\bar{X}$ ), moda (Mo), mediana (Md), Desvio Padrão ( $\sigma$ ), Valor Mínimo ( $X_{\min.}$ ) e Valor Máximo ( $X_{\max.}$ ), tendo em conta os dados em análise.

Para analisar os resultados das hipóteses em análise recorreu-se ao teste da normalidade das variáveis dependentes (Escala Preocupações Parentais - EPP, Escala Stress Parental - ESP e Escala Satisfação Parental - ESatP), o que apresentaram uma distribuição normal ( $p > 0,05$ ), determinando o uso de testes estatísticos paramétricos (tabela 1). Como a amostra é inferior a 50, os valores de referência são os do teste de Shapiro-Wilk.

Tabela 1: Teste da Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<u>Escala EPP</u>	0,98	30	0,200	0,960	30	0,315
<u>Escala ESP</u>	0,093	30	0,200	0,983	30	0,890
<u>Escala ESatP</u>	0,154	30	0,069	0,939	30	0,087

## 2. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da análise estatística dos dados recolhidos, bem como uma análise dos mesmos.

### 2.1 Análise Descritiva

Neste subcapítulo, iniciaremos a apresentação e análise dos resultados do **questionário sociodemográfico**, e neste observamos que a amostra está equitativamente dividida quanto ao género, ou seja, 50% ( $n=15$ ) dos jovens são do género masculino e os restantes 50% ( $n=15$ ) são do género feminino (tabela 2).

Tabela 2: Caraterização da amostra face ao género

Sexo	$n^\circ$	%
Masculino	15	50,0
Feminino	15	50,0
<b>Total</b>	30	100,0

Verifica-se, pelos dados apresentados na tabela 3, que face ao número de jovens diagnosticados com PHDA, temos uma média de 10,43 anos ( $Mo=9,00$ ;  $\sigma=2,417$ ), com um valor mínimo ( $X_{min.}$ ) de 6 anos e um valor máximo ( $X_{max.}$ ) de 15 anos de idade.

**Tabela 3: Caraterização da amostra face à idade**

	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{max.}$ )	N
<b>Idade dos Jovens</b>	10,43	10,00	9,00	2,417	6,00	15,00	30

No que concerne ao número de anos de diagnóstico com PHDA, verifica-se que temos uma média de 4,153 anos ( $Mo=3,00$ ;  $\sigma=2,571$ ), com um valor mínimo ( $X_{min.}$ ) de 1 ano e um valor máximo ( $X_{max.}$ ) de 10 anos (tabela 4).

**Tabela 4: Caraterização da amostra face ao número de anos de diagnóstico com PHDA**

	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{max.}$ )	N
<b>Número de anos de diagnóstico com PHDA</b>	4,153	4,00	3,00	2,571	1,00	10,00	30

Relativamente à idade das mães das crianças, verificamos uma média de 35,83 anos ( $Mo=40,00$ ;  $\sigma=5,534$ ), com um valor mínimo ( $X_{min.}$ ) de 22 anos e um valor máximo ( $X_{max.}$ ) de 46 anos. Quanto à idade dos pais das crianças, verificamos uma média de 37,21 anos ( $Mo=36,00$ ;  $\sigma=6,422$ ), com um valor mínimo ( $X_{min.}$ ) de 22 anos e um valor máximo ( $X_{max.}$ ) de 49 anos (tabela 5).

**Tabela 5: Caraterização da amostra face à idade dos pais**

	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{max.}$ )	N
<b>Idade da mãe</b>	35,83	37,00	40,00	5,534	22	46	30
<b>Idade do pai</b>	37,21	38,00	36,00	6,422	22	49	30

Na tabela 6 podemos observar a distribuição do estado civil, o grau de escolaridade e a situação profissional dos pais das crianças. Relativamente à situação conjugal, nível de escolaridade e situação profissional dos pais, podemos verificar que 63,3% ( $n=19$ ) das mães dos inquiridos afirmaram ser casados ou no estado de união de facto, assim como 70% ( $n=21$ ) dos inquiridos do género masculino.

A maior parte dos pais dos inquiridos referiram ter o ensino secundário, cerca de 50% ( $n=15$ ) das mães e 36,7% ( $n=11$ ) dos pais. Em relação à situação profissional, 53,3% ( $n=16$ ) das mães estão empregadas, enquanto 83,3% ( $n=25$ ) dos pais também estão empregados.

**Tabela 6: Distribuição da amostra face ao estado civil, grau de escolaridade e situação profissional dos pais**

Estado Civil	Mãe		Pai	
	nº	%	nº	%
Solteiro	4	13,3	3	10,0
União de facto/Casado	19	63,3	21	70,0
Separado/Divorciado	7	23,4	5	16,7
Não respondeu	0	0,0	1	3,3
<b>Total</b>	30	100,0	30	100,0
Grau de Escolaridade	Mãe		Pai	
	nº	%	nº	%
Analfabeto	0	0,0	0	0
1º ciclo	2	6,7	2	6,6
2º ciclo	3	10,0	5	16,7
3º ciclo	7	23,3	9	30,0
Ensino Secundário	15	50,0	11	36,7
Ensino Superior	3	10,0	2	6,7
Não respondeu	0	0,0	1	3,3
<b>Total</b>	30	100,0	30	100,0
Situação Profissional	Mãe		Pai	
	nº	%	nº	%
Empregado/a	16	53,3	25	83,3
Doméstico/a	5	16,7	0	0,0
Desempregado/a	9	30,0	4	13,4
Não respondeu	0	0,0	1	3,3
<b>Total</b>	30	100,0	30	100,0

Na tabela 7, podemos observar que 80% (n=24) dos inquiridos não tiveram outra perturbação, para além da PHDA. Dos restantes 20% (n=6), a maior parte teve um comportamento de oposição, outro uma perturbação da linguagem e outro dislexia.

Quanto ao tipo de gravidez, 83,3% (n=25) destes foram normais, enquanto os restantes 16,7% (n=5) foram partos de risco. Cerca de 63,3% (n=19) dos partos foram do tipo eutócico e 36,7% (n=11) foram do tipo distócico.

Analisa-se que 46,7% (n=14) das crianças com PHDA têm uma idade gestacional entre 38 e 40 semanas, enquanto 40% (n=12) têm entre 33 e 37 semanas. Apenas se registaram 13,3% (n=4) de crianças com idade gestacional com mais de 40 semanas.

**Tabela 7: Distribuição da amostra face a outras perturbações, Tipo de gravidez e de parto e Idade gestacional**

Outra perturbação		
	nº	%
Sim	6	20,0
Não	24	80,0
<b>Total</b>	30	100,0
Se sim, qual?		
	nº	%
Comportamento de oposição	4	66,6
Perturbação da linguagem	1	16,7
Dislexia	1	16,7
<b>Total</b>	6	100,0
Tipo de Gravidez		
	nº	%
Normal	25	83,3
De risco	5	16,7
<b>Total</b>	30	100,0
Tipo de parto		
	nº	%
Eutócico	19	63,3
Distócico	11	36,7
<b>Total</b>	30	100,0
Idade gestacional		
	nº	%
De 33 a 37 semanas	12	40,0
De 38 a 40 semanas	14	46,7
Mais de 40 semanas	4	13,3
<b>Total</b>	30	100,0

Conclui-se através da tabela 8 que 80% das crianças (n=24) frequentaram uma creche, 13,3% (n=4) foram acompanhados por uma ama e apenas 6,7% (n=2) dos jovens não tiveram qualquer um destes acompanhamentos. Podemos também observar que 40% (n=12) das crianças estão no 1º ciclo e outros 40% (n=12) no 2º ciclo. Os restantes 20% (n=6) encontram-se a frequentar o 3º ciclo. Cerca de 63,3% (n=19) das crianças nunca reprovaram. Das restantes, 36,7% (n=11) já reprovaram, sendo que 80% uma vez e 20% duas vezes. Saliente-se que 50% (n=15) dos pais lidaram de forma normal os sentimentos, pelo facto de aos seus filhos ter sido diagnosticado PHDA. Cerca de 30% (n=9) reagiram mal com este prognóstico e 6,7% (n=2) mesmo muito mal. Os restantes 13,3% (n=4) reagiram bem ou muito bem. Verificamos ainda que 46,7% (n=14) das crianças têm um comportamento difícil e 23,3% (n=7) muito difícil. Para cerca de 16,7% (n=5) esse comportamento é normal. Apenas 13,3% (n=4) referiram que esse comportamento é pouco ou nada difícil.

**Tabela 8: Distribuição da amostra face à Frequência em creche, ano, reprovações, problemas e manifestação de comportamentos das crianças**

<b>Frequência em creche, ama ou jardim</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Creche	24	80,0
Ama	4	13,3
Nenhum	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Ano de frequência das crianças</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
1º ciclo	12	40,0
2º ciclo	12	40,0
3º ciclo	6	20,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Reprovações</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Sim	11	36,7
Não	19	63,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Problema de sentimentos com o PHDA</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Muito mal	2	6,7
Mal	9	30,0
Normal	15	50,0
Bem	3	10,0
Muito bem	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Problema de sentimentos com o PHDA</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Muito difícil	7	23,3
Difícil	14	46,7
Normal	5	16,7
Pouco difícil	3	10,0
Nada difícil	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 9, observamos que 53,3% (n=16) dos pais não são frequentemente chamados à escola. Cerca de 63,3% (n=19) das crianças tiveram um médio aproveitamento, enquanto 20% (n=6) teve um mau aproveitamento. O acompanhamento destas crianças/jovens tem sido feito em 46,7% (n=14), principalmente pelo psicólogo e pelo pedopsiquiatra, isoladamente ou em conjunto. Cerca de 53,3% (n=16) das crianças tomam a medicação de forma continuada. Em relação ao tipo de medicação, a maior parte toma o medicamento, que tem como

princípio ativo o metilfenidato, mais vulgarmente conhecidos como “concerta”, 56,3% (n=9), 37,5% (n=6) toma “ritalina” e apenas 6,2% (n=1) toma “rubifen”. Relativamente à longevidade da medicação, foi referido que 31,3% (n=5) faz medicação à cerca de 24 meses, igual percentagem para 36 meses, 25% (n=4) para 12 meses e apenas 12,4% (n=2) para 48 meses.

Cerca de 80% (n=24) das crianças não tem outro familiar com diagnóstico de PHDA. Dos restantes 20% (n=6) (familiares com PHDA), a maior parte diz respeito aos irmãos e aos avós, com 33,3% (n=2) cada.

**Tabela 9: Distribuição da amostra face à Frequência, aproveitamento na escola e acompanhamento, Medicação (qual e há quanto tempo), Familiar com PHDA**

	nº	%
<b>É frequentemente chamado à escola?</b>		
Sim	14	46,7
Não	16	53,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Aproveitamento escolar</b>		
	nº	%
Muito mau	0	0,0
Mau	6	20,0
Média	19	63,3
Bom	5	16,7
Muito bom	0	0,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Acompanhamento</b>		
	nº	%
Psicólogo	2	6,7
Pedopsiquiatra	3	10,0
Ambos	9	30,0
Médico família	4	13,3
Pediatra do desenvolvimento	7	23,3
Nenhum	5	16,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Medicação</b>		
	nº	%
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de Medicação</b>		
	nº	%
Ritalina	6	37,5
Concerta	9	56,3
Rubifen	1	6,2
<b>Duração da toma de medicação (meses)</b>		
	nº	%
12	4	25,0
24	5	31,3
36	5	31,3
48	2	12,4
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Familiar com diagnóstico de PHDA</b>		
	nº	%
Sim	6	20,0
Não	24	80,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>Qual o elemento da família com PHDA?</b>		
	nº	%
Mãe	1	16,7
Pai	1	16,7
Irmão/Irmãos	2	33,3
Avó/Avó	2	33,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

- **Preocupações Parentais (EPP)**

Na tabela 10, no que respeita à escala de Preocupações Parentais, verificamos que a questão “preocupa-me o meu filho controlar dificilmente os seus comportamentos” é a

opinião de 80% dos inquiridos, assim como “preocupa-me o meu filho fazer birras”, igualmente 80%.

**Tabela 10: Questões mais valorizadas pela positiva**

Questão	%	nº
3 – Preocupa-me o meu filho controlar dificilmente os seus comportamentos	80,0	24
12 – Preocupa-me o meu filho fazer birras	80,0	24
16 – Preocupa-me o meu filho ser mandão e exigente	76,6	23
4 – Preocupa-me o meu filho não me obedecer	73,3	22
13 – Preocupa-me a educadora/professora entender o meu filho	63,3	19

Por outro lado, na tabela 11 podemos observar as questões menos valorizadas, ou seja, a preocupação dos filhos terem medo do escuro (73,4%) e a preocupação em saber como preparar os filhos para a mudança de casa (70%).

**Tabela 11: Questões mais valorizadas pela negativa**

Questão	%	nº
1 – Preocupa-me o meu filho ter medo do escuro	73,4	22
8 – Preocupa-me saber como preparar o meu filho para mudar de casa	70,0	21
2 – Preocupa-me o meu filho ter pesadelos	66,7	20
24 – Preocupa-me o meu filho ter medo do papão ou de monstros	63,3	19
9 – Preocupa-me o meu filho entender o que é a Morte	53,3	16

### • Stress Parental (ESP)

Relativamente à escala de Stress Parental, na tabela 12, concluímos que 63,3% dos inquiridos referiram que “Se fizessem tudo de novo decidiam não ter filho(s), enquanto 56,7% afirmou que “Ter um filho significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida”.

**Tabela 12: Questões mais valorizadas pela positiva**

Questão	%	nº
13 – Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s)	63,3	19
15 – Ter um filho significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida	56,7	17
14 – Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai (mãe)	56,6	17
10 – Ter um filho tem sido um peso financeiro	40,0	12
9 – Ter um filho deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida	36,6	11

Por outro lado, observamos, através da tabela 13, as questões menos valorizadas, ou seja, 96,7% dos inquiridos estão contentes nos seus papéis de pais ou mães e que fazem tudo o que for preciso pelos seus filhos.

**Tabela 13: Questões mais valorizadas pela negativa**

Questão	%	nº
1 – Estou contente no meu papel de pai (mãe)	96,7	29
2 – Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s)	96,7	29
5 – Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s)	96,7	29
6 – Gosto de passar tempo com o(s) meu(s) filho(s)	96,7	29
16 – Sinto-me satisfeito(a) como pai (mãe)	96,7	29

- **Satisfação Parental (ESatP)**

Quanto à escala de Satisfação Parental, podemos observar, na tabela 14, que a questão “Sinto-me feliz como mãe/pai, de uma forma geral”, reúne a concordância de 90% dos inquiridos e que 86,7% afirmam “Divirto-me frequentemente com os meus filhos em casa”.

**Tabela 14: Questões mais valorizadas pela positiva**

Questão	%	nº
3 – Sinto-me feliz como mãe/pai, de uma forma geral	90,0	27
6 – Divirto-me frequentemente com o(s) meu(s) filho(s) em casa	86,7	26
10 – Ser capaz de providenciar um bom lar para o(s) meu(s) filho(s) tem sido a grande fonte de satisfação para mim	83,3	25
2 – Estar com o(s) meu(s) filho(s) é uma grande fonte de satisfação para mim	80,0	24
1 – Tenho um grande prazer em ser mãe/pai	76,7	23

Na tabela 15, verificamos as questões menos valorizadas, ou seja, 63,3% dos inquiridos mencionaram “Estar com os meus filhos é mais aborrecido do que eu esperaria”, enquanto para 40% “É difícil ficar preso em casa com os meus filhos”.

**Tabela 15: Questões mais valorizadas pela negativa**

Questão	%	nº
19 – Estar com o(s) meu(s) filho(s) é mais aborrecido do que eu esperaria	63,3	19
17 – É difícil ficar preso em casa com o(s) meu(s) filho(s)	40,0	12
7 – O(s) meu(s) filho(s) limita(m) a minha liberdade	33,4	10
12 – Tento estar com o(s) meu(s) filho(s) o mai que posso, porque é sempre um prazer para mim	16,7	5
14 – Fico contente só de pensar nos momentos que passo com o(s) meu(s) filho(s)	16,7	5

Na tabela 16, verificamos que 46,7% (n=14) das mães/pais estão satisfeitos em ser progenitores dos seus filhos, 26,7% (n=8) estão extremamente satisfeitos e 23,3% (n=7) muito satisfeitos. De salientar que não se registou nenhum(a) pai/mãe extremamente, bastante ou pouco insatisfeito(a).



**Tabela 16: Grau de satisfação em ser mãe**

Grau de Satisfação	nº	%
Extremamente insatisfeito	0	0,0
Bastante insatisfeito	0	0,0
Pouco insatisfeito	0	0,0
Satisfeito	14	46,7
Muito satisfeito	7	23,3
Extremamente satisfeito	8	26,7
Não poderia ser melhor	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

- Nível de Preocupações Parentais (EPP)**

No que se refere à escala das preocupações parentais, o valor médio da escala ( $X_{med}$ ) é de 2,77. Pela observação da tabela 17, verificamos uma média de 2,96 relativamente ao nível de preocupações parentais, um valor mínimo ( $X_{min}$ ) de 1,71 e um valor máximo ( $X_{max}$ ) de 4,25 poderá dizer-se que as mães de crianças com PHDA revelam um nível mais elevado de preocupações parentais.

**Tabela 17: Caracterização da amostra face ao nível de Preocupações Parentais**

Preocupações Parentais	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{max.}$ )	N
	2,96	2,88	2,21	0,689	1,71	4,25	30

- Nível de Stress Parental**

Relativamente ao nível de *stress* parental, e atendendo a que o valor mínimo ( $X_{min}$ ) para a escala é de 17 e o valor máximo ( $X_{max}$ ) de 85, com um valor médio ( $X_{med}$ ) de 51, poderá dizer-se, atendendo ao valor da média obtido que é de 62,40, que o nível de stress parental é elevado nestes pais. Face à subescala preocupações parentais, a média obtida é de 15,73 (desvio padrão=3,92) o que significa que o nível de preocupações parentais é moderado. Face à subescala satisfação parental, a média obtida para este estudo é de 21,4, realçando a elevada satisfação parental que os pais sentem no exercício das suas competências parentais. No que toca à subescala falta de controlo, pelos valores a média obtida ( $X=17,50$ ; desvio padrão=1,87) poderá dizer-se que o mesmo é moderado, já que ultrapassa o valor médio da subescala ( $X_{med}=15$ ). Relativamente aos medos e angústias percebidos pelos pais, o valor de média obtido ( $\bar{X}=3,77$ ; desvio padrão=1,87) indica-nos que os mesmos são diminutos (tabela 18).

Os autores da escala original apenas fazem referência ao facto de scores elevados indicarem níveis de *stress* parental elevados, não apresentando linha de corte. Os autores que validaram a escala utilizada estabeleceram três intervalos categorizados da seguinte forma: o

intervalo de 18 a 42 corresponde à categoria de baixos níveis de *stress* parental, o intervalo de 43 a 66 à de níveis intermédios de *stress* parental e o intervalo de 67 a 90 à categoria de elevados níveis de *stress* parental.

**Tabela 18: Caracterização da amostra face ao nível de *Stress* Parental**

	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{\min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max.}$ )	N
<b>Stress parental</b>	62,40	62,50	63,00	6,58	49,00	76,00	30
<b>Preocupações Parentais-Stress</b>	15,73	15,50	13,00	3,92	5,00	23,00	30
<b>Satisfação-stress</b>	21,40	21,00	21,00	1,63	19,00	25,00	30
<b>Falta/controlo Stress</b>	17,50	17,00	17,00	1,87	14,00	23,00	30
<b>Medo/angústias Stress</b>	3,77	3,50	2,00	1,87	2,00	8,00	30

### • Nível de Satisfação Parental

Face ao nível de satisfação parental, atendendo a que o valor máximo ( $X_{\max}$ ) para esta escala é de 140, e o valor mínimo ( $X_{\min}$ ) de 20, tendo como valor médio ( $X_{\text{med}}$ ) 80, a média obtida neste estudo ( $X=98,34$ ; desvio padrão=15,34) indica-nos que os pais destas crianças e jovens revelam um elevado nível de satisfação parental, já que se repararmos o valor mínimo obtido ( $X_{\min}$ ) foi de 70 (tabela 19).

**Tabela 19: Caracterização da amostra face ao nível de Satisfação parental**

	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{\min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max.}$ )	N
<b>Satisfação parental</b>	98,34	98,00	81,00	15,34	70,00	123,00	29

## 2.2 Análise Inferencial

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados obtidos em relação aos testes das hipóteses deste estudo.

**H1** – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o *nível de satisfação parental* e algumas características sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) das mães com filhos com PHDA.

**H1.1** – Existe correlação estatisticamente significativa entre o *nível de satisfação parental* e a *idade* das mães com filhos com PHDA.

Pela análise da tabela abaixo (20), verifica-se que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de satisfação parental e a idade das mães com filhos com PHDA, já que  $p \leq 0,05$  no entanto analisa-se pelo valor da correlação ( $p=0,029$ ), que quanto maior é a idade das mães (mães mais velhas), maior o nível de satisfação parental.

**Tabela 20: Resultados relativos à aplicação do Teste de Correlação de Pearson entre o nível satisfação parental e a idade das mães com PHDA**

Teste de Correlação de Pearson entre o nível de satisfação parental e a idade das mães com filhos com PHDA.			ESatp_indice
Idade da Mãe	Pearson Correlation		0,029
	Sig. (2-tailed)		0,878
	N		30

**H1.2** – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o *nível de satisfação parental* e o *estado civil*, das mães com filhos com PHDA.

Pela análise da tabela 21, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de satisfação parental e o estado civil das mães com filhos com PHDA ( $p \leq 0,773$ ), sendo que as mães casadas ou em união de facto apresentam um maior nível de satisfação parental já que o nível de satisfação parental é superior (média de ordens=71,72) em comparação às que são separadas/divorciadas (média de ordens=70,62) ou solteiras (média de ordens=68,21).

**Tabela 21: Resultados estatísticos da aplicação do Teste Anova entre o nível de satisfação parental e o estado civil, das mães com filhos com PHDA**

Teste Anova entre o nível de satisfação parental e o estado civil, das mães com filhos com PHDA				Valor Mínimo (X <sub>mín.</sub> )	Valor Máximo (X <sub>máx.</sub> )
	nº	Média de Ordens	Desvio Padrão ( $\sigma$ )		
Solteiro	4	68,2143	13,25	59,29	87,86
União de facto/Casado	19	71,7293	11,493	50,00	87,86
Separado/Divorciado	7	70,6190	9,25	57,86	85,00
Total	30	70,6190	10,96	50,00	87,86
F=0,258					
$p \leq 0,773$					

**H1.3** – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o *nível de satisfação parental* e a *escolaridade*, das mães com filhos com PHDA.

No que diz respeito à possível existência de relação estatisticamente significativa entre o nível de satisfação parental e a escolaridade das mães com PHDA, tendo em conta os resultados da tabela 22, observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de satisfação parental e a escolaridade das mães com filhos com PHDA ( $p \leq 0,239$ ). No entanto verificamos que as mães com o 2º ciclo são as que apresentam um maior nível de satisfação parental (média de ordens= 80,24), quando comparadas com as mães com o 1º ciclo (média de ordens=61,43), com as mães com o 3º ciclo (média de ordens=70,82), com as mães com o ensino secundário (média de ordens=68,43) e com as mães com formação superior (média de ordens=77,62).

**Tabela 22: Resultados estatísticos da aplicação do Teste Anova entre o nível de satisfação parental e a escolaridade das mães com filhos com PHDA**

Teste Anova entre o nível de satisfação parental e a escolaridade, das mães com filhos com PHDA	nº	Média de Ordens	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{\min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max.}$ )
1º ciclo	2	61,43	3,03	59,29	63,57
2º ciclo	3	80,24	8,28	71,43	87,86
3º ciclo	7	70,82	12,62	50,00	87,86
Ensino Secundário	15	68,43	10,14	57,86	85,00
Ensino Superior	3	77,62	11,74	64,29	86,43
Total	30	70,62	10,96	50,00	87,86
<b>F=1,477</b>					
<b>p≤0,239</b>					

**H1.4** – Existem diferenças estatisticamente significativas entre o *nível de satisfação parental* e a *situação profissional*, das mães com filhos com PHDA.

Na tabela 23, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de satisfação parental e a situação profissional das mães com filhos com PHDA ( $p \leq 0,745$ ), sendo que as mães desempregadas apresentam um nível de satisfação parental mais elevado (média de ordens=71,75) do que as mães empregadas (média de ordens=71,07) e do que as mães domésticas (média de ordens=67,14).

**Tabela 23: Resultados estatísticos da aplicação do teste Anova entre o nível de satisfação parental e a situação profissional, das mães com filhos com PHDA**

Teste Anova entre o nível de satisfação parental e a situação profissional, das mães com filhos com PHDA	nº	Média de Ordens	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{\min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max.}$ )
Empregada	16	71,07	10,26	57,86	86,43
Doméstica	5	67,14	10,34	57,86	81,43
Desempregada (a)	9	71,75	13,24	50,00	87,86
Total	30	70,62	10,96	50,00	87,86
<b>F=0,298</b>					
<b>p≤0,745</b>					

**H2** – Existe correlação estatisticamente significativa entre o *nível de stress parental* e o *nível de satisfação parental* em mães de filhos com PHDA.

Verifica-se pelos dados obtidos e expressos na tabela 24, que existe uma correlação moderada estatisticamente significativa entre o nível de stress parental e o nível de satisfação parental em mães de filhos com PHDA ( $p \leq 0,005$ ). Analisa-se que a correlação ( $p = -0,502$ ) é negativa, o que indica que quanto maior o nível de stress parental, menor o nível de satisfação parental, e quanto menor o nível de stress parental, maior o nível de satisfação parental das mães com filhos com PHDA.

**Tabela 24: Resultados estatísticos da aplicação do Teste de Correlação de Pearson entre o nível de stress parental e o nível de satisfação parental em mães de filhos com PHDA.**

Teste de Correlação de Pearson entre o nível de stress parental e o nível de satisfação parental em mães de filhos com PHDA.			ESatp_indice
ESP_TT	Pearson Correlation		-0,502
	Sig. (2-tailed)		0,005
	N		30

### 3. Discussão dos Resultados

Neste capítulo serão analisados os resultados obtidos na investigação, bem como resultados que corroborem ou contraponham estes resultados. Desta forma, iniciaremos analisando os resultados obtidos relativamente às características sociodemográficas. Após a apresentação dos nossos resultados podemos referir que em média nossas crianças/jovens têm uma idade compreendida entre os 6 e os 15 anos de idade, quanto à distribuição de acordo com o género esta é igual. Apesar de nossa amostra o género ter um carater expressivo igual forma, para Nefsky (2004) a PHDA afeta cerca de 3% a 7% dos alunos em idade escolar e está presente três vezes mais nos rapazes que nas raparigas, não havendo distinção entre grupos étnicos. Os alunos com PHDA apresentam determinadas características que as diferenciam claramente de outros grupos incapacidade de se organizarem, manterem a atenção e se inibirem de respostas impulsivas. Para Antunes (2009) a PHDA, afeta entre 5% a 7 % das crianças em idade escolar e em maior percentagem no sexo masculino.

Relativamente à idade das mães, estas revelaram ter uma idade compreendida entre os 22 e os 46 anos e os pais entre os 22 e os 49 anos, sendo que na sua maioria são casados ou em união de facto, possuem o ensino secundário completo e estão empregados.

Dos resultados apurados conclui-se que a maioria das crianças/adolescentes não têm outra perturbação associada e somente seis crianças/adolescentes têm uma perturbação associada, sendo que quatro têm uma perturbação oposição. Contrariamente ao nosso estudo para Antunes (2009) cerca de 60% das crianças/jovens, diagnosticadas com PHDA, têm problemas na leitura e na escrita, 40% perturbação de oposição e desafio, 20 % sofre de ansiedade e 10% de tiques. Kadesjö e Gillberg (2001) afirmam que o diagnóstico único de PHDA é muito raro e que mais de 80% dos casos apresentam comorbilidade. Os problemas mais frequentemente associados à PHDA são a Perturbação de Oposição (PO) e a Perturbação do Comportamento (PC), sendo que a PHDA aumenta para dez vezes a probabilidade de aparecimento de PO ou PC (Angold, Costello, & Erkanli, 1999, cit. por Barkley, 2002). Em 10 a 40% dos casos pode existir um diagnóstico duplo de PHDA e Perturbação da Ansiedade, mas os estudos longitudinais realizados demonstram que o facto da criança ter PHDA não constitui um fator de risco para o desenvolvimento de uma patologia de natureza ansiosa (Barkley, 2002).

Verificou-se na nossa investigação que os inquiridos apresentam uma média de 4 anos de diagnóstico com PHDA. As mães afirmam não ter sofrido uma gravidez de risco e a idade gestacional foi normal. Estas crianças, na sua maioria, frequentaram uma creche.

Das crianças inquiridas cerca de metade frequentam o 1.º ciclo ou o 2.º ciclo e apenas 20% o 3.º ciclo, sendo que a maioria (63,3%) nunca reprovou. Para Falardeau (1999) o hiperativo é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a sua necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo. Pelas dificuldades e entraves que este tipo de alunos apresenta, o professor é responsável por procurar e implementar metodologias pedagógicas que aumentem a motivação dos alunos, para que a aprendizagem associe a autoconfiança, a organização, a concentração, a atenção, o raciocínio e o senso de cooperação, desenvolva a socialização e aumente as interações do estudante com outras pessoas. De encontro aos resultados por nós obtidos enunciamos o estudo de Santos (2008), em que a maioria das mães aponta que o aproveitamento escolar das crianças é médio, existindo menos de um quarto com dificuldades. Não obstante, a literatura refere que é frequente a existência de dificuldades escolares nestas crianças (Barkley, 2002).

No que diz respeito aos pais e ao seu sentimento com o PHDA, 50% afirma lidar de forma normal com os seus sentimentos. Os desafios que a educação das crianças impõem são cada vez maiores e nem sempre os pais estão reparados para os enfrentar. As expectativas que a sociedade deposita na parentalidade são, muitas vezes, responsáveis pelo sentimento de culpa e pela ansiedade sentida pelos pais. Segundo Kunrath, Wagner e Jou (2006) e Yousefi et al. (2011) os pais tendem a ser responsabilizados pelo comportamento dos filhos enquanto crianças e, mais tarde, quando adultos. Na sequência dos comportamentos dos filhos, denota-se que há pais que recorrem à estratégia da ameaça ou chantagem como uma troca com os filhos, outra estratégia usada é o castigo ou a negociação.

Decorrente dos sentimentos, procurou-se conhecer o comportamento das crianças/adolescentes participantes no estudo, sendo que a maioria tem um comportamento muito difícil (23,3%) ou difícil (46,7%), manifestando-se sobretudo por desatenção e agitação. A investigação de Bellé et al. (2009) mostra-nos que quanto maior a severidade dos sintomas de hiperatividade/impulsividade, maior o stress parental em todas as dimensões de stress: Sobrecarga Emocional; Restrições Comportamentais; Pessimismo; e Incapacidades da Criança.

Ainda do ponto de vista escolar, os pais afirmam, na maioria, não ser chamados frequentemente à escola e o aproveitamento escolar das crianças revela-se médio. Segundo Rohde e Benczil (1999), aproximadamente 25 a 30% das crianças e adolescentes, com PHDA

têm problemas de aprendizagem secundários ou associados ao transtorno. As crianças em pré escolar, de três a seis anos, apresentam mais sintomas de hiperatividade associados a dificuldades em tolerar limites e frustrações, já as escolares têm sintomas relacionados com a desatenção, hiperatividade e impulsividade. No entanto, nos adolescentes há uma maior evidência de desatenção e impulsividade. Então, uma abordagem múltipla sobre o transtorno, com intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, parece o mais aconselhável, viabilizando à família e escolas informações claras e precisas sobre o distúrbio. No âmbito escolar, as intervenções devem focar-se no desempenho escolar, orientando os professores para a necessidade de uma sala bem estruturada, com rotinas diárias, sem estímulos distrativos e com estratégias de ensino ativas, não muito longas, individualizando, dentro do possível, o apoio ao aluno com PHDA. De acordo com Goldstein (2006), a PHDA é com frequência, erroneamente, como um tipo específico de problemas de aprendizagem. Ao contrário, sabe-se que as crianças com PHDA são capazes de aprender, mas têm mais dificuldades em ter um bom desempenho escolar, devido ao impacto que os sintomas desta perturbação têm sobre uma boa atuação.

A maioria das crianças/adolescentes participantes tomam a medicação de forma continuada (entre 24 meses ou 36 meses) e referem não ter outro familiar com diagnóstico de PHDA. Segundo Castellanos (2002) muitas pesquisas sugerem a existência de componentes genéticos, a hereditariedade, indicando que 25% dos familiares em primeiro grau também têm PHDA.

Em relação ao grau de satisfação das mães de crianças/adolescentes com PHDA as questões mais valorizadas pela positiva são que se sentem felizes enquanto pais e que se divertem frequentemente com os filhos em casa, já nas questões mais valorizadas pela negativa salientam que estar com os filhos é mais aborrecido do que esperaria e que é difícil ficar preso em casa com os filhos.

As mães das crianças/adolescentes participantes nesta investigação revelam um elevado nível de satisfação parental. Neste sentido, a investigação conduzida por Medeiros (2008) demonstra que quase todas as mães de crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção gostariam de saber mais coisas sobre crianças (“como educá-los”, “como são e como se desenvolvem”) e quando têm alguma dúvida em relação à educação dos seus filhos estas referem consultar o cônjuge, a própria mãe ou outros familiares. Aquilo que lhes custa mais na educação dos filhos é a disciplina, o comportamento da criança, obediência, ensinar normas, questões escolares, adaptação e

atenção que é preciso dar aos filhos, entre outros (Medeiros, 2008). No que concerne especificamente à comparação dos resultados por nós obtidos no domínio do grau de satisfação parental, não foi possível confrontar os resultados por nós obtidos, já que não encontramos nenhuma investigação que avaliasse o nível de satisfação parental em mães de crianças com PHDA.

No que diz respeito às preocupações parentais as questões mais valorizadas pela positiva pelas mães, elas passam pela preocupação com a dificuldade dos filhos controlarem os seus comportamentos e fazerem birras. Também referem o facto de o filho ser mandão e exigente, não obedecer e fazem referência ao facto da professora/educadora entender o filho. Ao invés, pela negativa, afirmam ter a preocupação do filho ter medo do escuro, de mudar de casa, ter pesadelos, medo do papão ou entender o que é a morte. Poderemos dizer através dos nossos resultados, que estes pais têm um nível mais elevado de preocupações parentais, embora não sejam muito diferentes dos pais com crianças sem este tipo de perturbação. Neste sentido, no seu estudo, Medeiros (2008) também afirma que a maioria das mães preocupa-se em que a criança seja menos chorona; menos tímida; potenciar o desenvolvimento aos dois anos, bem como potenciar esse mesmo sucesso académico na idade correspondente, favorecendo a sua inteligência.

No nosso estudo verificou-se um nível médio de stress parental, no entanto encontra-se dentro do intervalo categorizado de níveis intermédios de stress. A cultura e a classe contribuem para formar e definir o que os pais fazem e o que os pais são; mas a forma como os pais organizam o ambiente para os seus filhos. Torna-se importante valorizar uma posição intermédia entre dependência e independência, mas Medeiros (2008) revela maior pendor para a independência e há uma grande discrepância entre aquilo que sonham para os seus filhos, e o patamar a que consideram que irão chegar. Os estudos realizados com mães de crianças diagnosticadas com PHDA têm demonstrado que elas apresentam um nível de *stress* mais elevado do que o das mães das crianças sem perturbação física ou psicológica (Mash & Johnston, 2001). Também no estudo de Yousefi et al. (2011), os resultados mostraram que houve uma diferença significativa entre o stress das mães com filhos com PHDA e as mães de crianças com filhos de desenvolvimento típico.

Relativamente às hipóteses do estudo pode afirmar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de satisfação parental e algumas características sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) das mães de filhos com PHDA. No que diz respeito ao nível de stress parental e o nível de satisfação parental em mães de filhos com PHDA, existe uma moderada correlação estatisticamente



significativa negativa entre os níveis de stress e de satisfação parental. Contudo na literatura não foram encontrados estudos que analisassem a relação entre o nível de satisfação parental de mães com filhos com PHDA e algumas características sociodemográficas e entre o nível de stress parental de mães com filhos com PHDA e a satisfação parental de mães com filhos com PHDA.

## CONCLUSÃO

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações neuro-comportamentais mais frequentes da infância. Devido à sua natureza crónica, esta ganha uma grande importância, devido às implicações que lhe estão associadas.

Estes aspetos assumem uma importância nunca antes sentida pela família, pela escola/professores, pela sociedade e pelos investigadores, passando a ser considerada como um problema de interesse e análise multidisciplinar.

A pertinência deste estudo prendeu-se com a necessidade de divulgação deste problema infantil, mas também, na tentativa de conhecer o lado dos pais, daquilo que sentem, vivenciam, se preocupam e a satisfação que sentem.

Verifica-se através deste estudo que as mães de crianças com PHDA sentem-se satisfeitas do ponto de vista parental, e à parte de preocupações com as suas crianças, vivenciam um *stress* parental que não se distinguiu neste estudo dos restantes pais, no entanto verificamos que quanto maior são os níveis de stress parental destas mães menor é o nível de satisfação parental e quanto maiores são os níveis de satisfação, menor é o stress sentido por estas mães.

Tratando-se de um estudo de cariz exploratório convém referir algumas limitações. Sem dúvida, um estudo transversal apresenta vantagens, tal como, o baixo custo, a rapidez com que é executado, a facilidade de realização e a objetividade na recolha de dados. No entanto, apresenta também algumas limitações, como facto de exigir uma amostra numerosa e ser difícil estudar problemas de baixa prevalência. Além disso, o facto do estudo transversal ter um só momento de recolha de dados o mesmo pode estar associado à desejabilidade social dos participantes, podendo originar o fenómeno de viés de prevalência. Também, atendendo à circunstância do questionário utilizado na recolha de dados ser constituído por várias escalas pode provocar nos participantes um estado de saturação e as respostas proferidas não estarem de acordo com a veracidade particular de cada um.

No desenvolvimento deste estudo, foram encontradas algumas dificuldades, passando essencialmente pelo reduzido tamanho da amostra, que poderá não revelar resultados representativos da população. O facto de ser um tema de estudo pouco explorado a nível da investigação, à exceção do nível de stress das mães com filhos com PHDA, que se encontram em alguns estudos, tornou difícil a nossa pesquisa teórica.

Como mais valias este estudo permitiu um maior aprofundamento teórico e prático de todos os passos na formulação de um projeto científico, nomeadamente no que concerne às diversas teorias e postulados que serviram de fundamentação teórica e à aplicação prática de todos os métodos e passos para obtenção do trabalho final.

Por fim, em futuros estudos seria pertinente que se considerasse os subtipos da PHDA, na medida em que cada um deles apresenta características sintomáticas específicas, sendo importante determinar se esta especificidade terá tradução nas dimensões estudadas. A realização de estudos longitudinais permitiria analisar a evolução das perceções sobre o stress parental e a satisfação, e o que contribui para a sua eventual alteração ao longo do tempo.

## BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R., & Santos S.V. (2003). *Índice de stress parental*. Lisboa: Cegoctea, Lda (Obra original publicada em 1983).
- Abreu-Lima, I. (2003). Cenários de Educação e Desenvolvimento: O Meio Familiar e seu Impacto na Educação e Desenvolvimento da Criança. Tese de Doutoramento em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Algarvio, S., Leal, I., & Maroco, J. (2009). *Aferição portuguesa de uma escala de preocupações parentais: dados preliminares*. 1º Congresso Luso- Brasileiro de Psicologia da Saúde. Universidade do Algarve.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 2000).
- Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos*. Lisboa: Verso da Kapa.
- Appleton, K. (1997). Analysis and description of students' learning during science classes using a constructivist-based model. *Journal of Research in Science Teaching* 34(3), 303- 318.
- Arrindell, W., & Van Der Ende, J. (1984). Replicability and invariance of dimensions of parental rearing behaviour: further Dutch experiences with the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 5(6), pp. 671-682.
- Asbury, K., Dunn, J., Pike, A., & Plomin, R. (2003). Nonshared environmental influences on individual differences in early behavioral development: A monozygotic twin differences study. *Child Development*, 74(3), 933-943.
- Barkley, R., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *Journal of Abnormal Child Psychology*; 29(6), 541-556.
- Barkley, R. (2002). Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. In E. J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child psychology* 2<sup>nd</sup> ed., pp 75-143. New York: Guilford Press.

Barkley, R. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDHA): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R. (Ed.). (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford.

Bates, J., Pettit, G. , Dodge, K. & Ridge, B. (1998). Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 34(5), 982-995.

Battle, E., & Lacey, B. (1972). A context for hyperactivity in children over time. *Child Development*, 43, 757-773.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.

Bayle, F.; Martinet, S. (2008). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi.

Bellé, A., Andreazza, A., Ruschel, J. & Bosa, C. (2009). Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de deficit de atenção/hiperatividade. *Psicologia: Reflexão Crítica* 22 (3), Porto Alegre.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: aprocess model. *Child Development*, 55, pp. 83-96.

Biederman, J. e cols.(1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? *J. Am. Acad. Child Adoles. Psychiatry*, 34, 579-590.

Bjorklund, D. F., Younger, J. L., & Pellegrini, A. D. (s/d). The Evolution of Parenting and Evolutionary Approaches to Childrearing. In M. Bornstein (Ed), *Handbook of Parenting*, Vol.2. NJ: Laurence Erlbaum Associates.

Bléandonu, G. (2003). *Apoio terapêutico aos pais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Brazelton, T. (1995). *O Grande Livro da Criança*. Lisboa: Editorial Presença.

Bugalho, P., Correa, B. & Viana Batista, M. (2006). Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais: bases científicas e modelos de estudo. *Acta Med Port*, 19, pp. 257-268.

Bunge, M. (1974). *Teoria e Realidade*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A.

- Burman, B., John, R., & Margolin, G. (1987). Effects of marital and parent-child relations on children's adjustment. *Journal of Family Psychology, 1*, 91-108.
- Carver, C. & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology, 61*(1), 679-704.
- Castellanos X.& Tannock R.(2002). Neuroscience of Attention Déficit Hyperactivity Disorder: the search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci*.
- Ceballos, E. & Rodrigo, M. (2008). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. In M. Rodrigo & J. Palacios (Coord.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 225- 260). Madrid, Espanha: Alianza Editorial, S.A.
- Cervo, A. & Bervian, P. (1978). *Metodologia Científica: para uso dos estudantes universitários*. 3ª Edição. São Paulo: McGraw Hill do Brasil.
- Cordinhã, A., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Rev Port Clin Geral*,24: 577-89.
- Cowan, P., Powell, L., & Cowan, C. (1998). Parenting interventions: a family systems perspective. In W. Damon (Series Ed.), I.E. Siegel, K.A Renninger (Vol. Eds.), *Handbooks of Child Psychology: Vol. 4. Child Psychology in practice* 5<sup>th</sup> ed. Pp. 3-72. New York: Wiley.
- Cramer, P. (1991). The development of defense mechanisms. *Theory, research and assessment*. New York: Springer-Verlag.
- Crnic, K., & Greenberg, M. (1990). Minor parenting stress with young children. *Child development, 61*, 1628-1637.
- Crnic, K., & Low, C. (2002) Everyday stresses and parenting. In: Bornstein MH, editor. *Handbook of Parenting: Vol. 5: Practical Issues in Parenting*.Mahwah, NJ: Erlbaum, pp. 243–267.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin, 113*, 487-496.

- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314- 327.
- Dielman, T., Barton. K., & Cattell, R. (1997). Personality and IQ measures as predictors of school achievement. *Journal of Educational Psychology*, 63(4), 398-404.
- Dishion, T., & McMahon, R. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 61–75.
- Dupaul, G. & Stoner G. (2007). *TDAH nas escolas: Estratégias de avaliação e intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Falardeau, G. (1999). *As crianças hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.
- Fortin, M.. (2003). *O processo de investigação da concepção à realidade*. 3ª ed. Loures: LusoCiência.
- Fortin, M.. (2009). *Fundamentos e etapas de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gillberg, C., Gillberg, I., Rasmussen, P., Kadesjo, B., Soderstrom, H., Rastam, H., et al. (2004). Coexisting disorders in ADHD-Implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 80-92.
- Goetting, A. (1986). Parental Satisfaction. A review of research. *Journal of family Issues*, 7(1), 83-109.
- Goldstein S. (2006). *Hiperatividade: Compreensão, Avaliação e Atuação:Uma visão geral sobre THDA*.Campinas,SP.Editora Papyrus.
- Gross, H., Shaw, D., Moilanen, K., Dishion, T., & Wilson, M. (2008). Child behavior and depression in mothers and fathers in a sample of children at risk for early conduct problems. *Journal of Family Psychology*, 22, 742-751.
- Guilherme, P., Mattos, P., Serra-Pinheiro, A. & Regalla, M. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 56(3), Rio de Janeiro.

- Harkness, S. & Super, C. (2002). The ties that bind: Social networks of men and women in a Kipsigis community of Kenya. *Ethos*, 29(3), 357-370.
- Hechtman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(6), 350-360.
- Hoff, E., Laursen, B., & Tardif, T. (2002). Socioeconomic status and parenting. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*. Volume 2: Biology and ecology of parenting (2nd ed., pp. 231-252). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hoghugh, M. (2004). Parenting: an introduction. In M. Hoghugh & N. Long (Eds.), *Handbook of parenting: Theory and research for practice* (pp. 1-18). London: Sage Publications.
- Johnston, C., & Mash, E. (2001). Families of children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder : Review and recommendations for future reseasch. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 (3), 183-207.
- 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.
- Jouriles, E. , Pfiffner, L. , & O'Leary, S. (1988). Marital conflict, parenting, and toddler conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 197-206.
- Kadsejo, B. & Gillberg, C.(2001) The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42.
- Kennedy, A., Rubin, K., Hastings, P., & Maisel, B. (2004). The longitudinal relations between child vagal tone and parenting behavior: 2 to 4 years. *Developmental Psychobiology*, 45, 10-21.
- King, S., Lacono, W. & McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 9.
- Kunrath, L. Wagner, A.; Jou, G. (2006). A Educação dos Filhos com Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade: O que fazer? *Psicologia em Revista*, 12(20), p.235 – 250.

- Lange, G. Cols. (2005). Objective evidence of cognitive complaints in Chronic Fatigue Syndrome: A BOLD fMRI study of verbal working memory. *NeuroImage* 26, 513-524.
- Leal, I., Maroco, J., & Martins, S. (2010). Escala De Satisfação Parental (Esp). In *Avaliação em sexualidade e parentalidade*, ed. Isabel Leal e João Maroco, 207 - 218. Porto: LivPsic.
- Leal, I., Maroco, J. & Mixão, M. (2007). Escala de Stress Parental. In I. Leal & J. Maroco (Eds.), *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 187-206). Porto, Portugal: LivPsic.
- Leal, I., & Maroco, J. (2010). *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Leaper, C. (2002). Parenting girls and boys. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*, Vol. 1: Children and parenting (2<sup>a</sup> ed., pp. 189-225). Mahwah: LEA.
- Leite, R., & McHenry, P. (2002). Aspects of father status and postdivorce involvement with children. *Journal of Family Issues*, 23(5), 601-623.
- Lila, F. (2009). *Auto-estima e percepção das práticas parentais na fase inicial da adolescência*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, não publicado, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Colecção Nova Era: Educação e Sociedade. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, J. & Nogueira A.(1998). Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção. Natureza e Intervenção. In J. Lopes e col (eds).Necessidades Educativas Especiais:Estudos e Investigação(pp.11-31). Braga: S.H.O
- Maccoby, E. , & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In P. H. Mussen (Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology*: Vol. 4. Socialization, personality, and social development (4th ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Maccoby, E. (2000). Parenting and its effects on children: on reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology*, 51, 1-17.
- Mash, E. & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting selfesteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 86-99.



- Medeiros, R. (2008). *Ideias e Práticas Parentais de Mães de Crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperatividade com Defice de Atenção*. Tese de Mestrado em Psicologia. Universidade do Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Mesibov, G., Shroeder, C. & Wesson, L. (1993). Parental concerns about their children. In M. Roberts, G. Koocher, D. Routh & D. Willis (eds.), *Readings in Pediatric Psychology* (pp. 307-316). New York: Plenum Press.
- Meyer, H. (1988). Marital and mother-child relationships: The impact of developmental history, parental personality characteristics, and child's difficultness. In R. Hinde, & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within the family*. Oxford: Oxford University Press.
- Miranda-Casas, A. & Soriano-Ferrer, M. (2000). Intervención Psicoeducativa en estudiantes con Transtorno por Deficit de Attention con hiperactividad. *Revista de Neurologia*, 1, 203-216.
- Mouton, P., & Tuma, J. (1988). Stress, locus of control, and role satisfaction in clinic and control mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 217-224.
- Nefsky, C. (2004). A conceptual History of a Attention Deficit And Hyperactivity Disorder. Disponível em <http://www.med.uottawa.ca/historyofmedicine/hetenyi/nefsky.htm>, acessado em 30/08/2013.
- Nugent, J. (1991). Cultural and psychological influences on the father's role in infant development. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 475-485.
- Parker, H. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade*. Porto: Porto Editora.
- Pereira, A. (2009). *Crescer em relação: estilos parentais educativos, apoio social e ajustamento*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pettit, G., Keiley, Laird, R., Bates, J., & Dodge, K. (2007). Predicting the developmental course of mother reported monitoring across childhood and adolescence from early proactive parenting, child temperament, and parents' worries. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 206-217.
- Phelan, T. (2005). *Transtorno de déficit de atenção e Hiperatividade: sintomas, diagnósticos e tratamento*. São Paulo: M. Books do Brasil Ed.

Ramey, S. (2002). The science and art of parenting. In J.G. Borkowski, S.L. Ramey, & M.Bristol-Power (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and socioemotional development* (pp. 47-71). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Relvas, A. & Alarcão (2007). Era uma vez... Quatro terapeutas e uma família. Narrativa de uma terapia familiar. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Rodhe A.& Benczik P. (1999). Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade.:o que é? Como Ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas.

Rodrigo, M. , Janssens, J. M. A. M., & Ceballos, E. (1999). Do children's perceptions and attributions mediate the effects of mothers' child-rearing actions? *Journal of Family Psychology*, 13(4), 508-522.

Rowe, D.C. (2002). *The Limits of Family Influence: Genes, Experience and Behavior*. New York: Guilford Press.

Sabatelli, R., & Waldron, R. (1995). Measurement issues in the assessment of the experiences of parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 969-980.

Saegert, S., & Winkel, G. (1990). Environmental psychology. *Annu. Rev. Psychol.* 41, 441–77.

Santos V. (2008). Stress Parental e Práticas Parentais em Mães de Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. Acedido em 16/07/2013 em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/695/1/17675\\_Dissertacao\\_Mestr\\_Integ\\_Psic\\_Vanessa\\_Santos.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/695/1/17675_Dissertacao_Mestr_Integ_Psic_Vanessa_Santos.pdf).

Selikowitz, M. (2010). Défice de Atenção e Hiperactividade. Alfragide : Texto Editores.

Sigel, I. & McGillicuddy-De Lisi, A. (2002). Parent beliefs are cognition: The dynamic belief systems model. In M. Bornstein (Ed.), *Hanbook of parenting*. Vol. 3: Being and become a parent (pp.485-508). Hillsdale, NJ:Erlbaum.

Smith, C. (1997). *Developing parents programmes*. London: National Children`s Bureau.

Sroufe, L. (2002). From infant attachment to promotion of adolescent autonomy: Prospective, longitudinal data on role of parents in development. In J.G. Borkowski, S.L. Ramey, & M. Bristol-Power (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and socioemotional development* (pp. 187-202). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Teti, D. , & Candelaria, M. (2002). Parenting competence. In: M. H. Bornstein (Ed.) *Handbook of parenting: Vol. 4: Social conditions and applied parenting* (2nd ed.) (pp. 149-180). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Taylor, E. (1994). Syndromes of attention deficit and overactivity. In M. Rutter, E. Taylor, E. Hersov (Orgs.). *Child and adolescent psychiatry – modern approaches* (285-302). Oxford: Blackswell Science.

Yousefi, S., Far, A. & Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 30, 1666-1671.

Winnicott, D. (1979). *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. S. Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. (1995). *Conversas com os pais*. Lisboa: Terramar.

## **ANEXOS**

# **ANEXO I**

## **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**



## DECLARAÇÃO

A aluna Adélia Cristina Teixeira Pinto Marques, licenciada em Psicologia, encontra-se a realizar uma investigação sob a orientação científica da Professora Doutora Carolina Henriques, com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica (ramo de especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica. O tema da sua dissertação é “*Ser mãe de uma criança / adolescente com Perturbação de Hiperatividade e Deficit de Atenção (PHDA)*”. Para a realização do seu estudo, a aluna utilizará como métodos de colheita de dados um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Stress Parental, a Escala de Satisfação Parental e a Escala de Preocupações Parentais que serão preenchidas pelas mães.

Será obtido o consentimento informado dos participantes e garantida a confidencialidade dos dados, a privacidade e o respeito pelas pessoas.

Solicitamos a V<sup>as</sup>. Ex<sup>as</sup> que lhe seja autorizada a realização do seu estudo na V. Instituição, na medida em que ela se torna indispensável para a consecução do mesmo. Solicitamos ainda o V. consentimento para revelar o nome da Instituição no relatório final do referido estudo.

Coimbra, 18 de fevereiro de 2013

A Coordenação da Escola Superior de Altos Estudos (ESAE),

---

(Mestre Maria Pinto)

**ANEXO II**

**QUESTIONÁRIO**

**E ESCALAS**

## Questionário

Exmº. Sr.(a)

Sou a Cristina Marques, Mestranda no Ramo de especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica no Instituto Superior Miguel Torga. Estou a realizar um trabalho de investigação sobre o tema “Ser mãe de uma criança/jovem com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção” e gostaria de poder contar com a sua colaboração, disponibilizando-me alguns minutos para responder a algumas questões.

A sua colaboração é essencial, mas voluntária. As respostas às questões são absolutamente confidenciais e utilizadas exclusivamente para esta pesquisa. As divulgações das informações são anónimas, não tendo que assinar ou escrever o seu nome em nenhum local do questionário. Para que a investigação decorra de forma séria, é importante que seja o mais sincero possível e que responda a todas as questões.

Este questionário faz parte de um projeto de investigação que tem como objetivo avaliar as preocupações, stress e satisfação parental de mães com filhos diagnosticados com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Se tiver alguma questão a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para esclarecer todas as dúvidas.

Obrigada pela sua Colaboração.

### **Declaração de Consentimento**

Eu, abaixo assinado, concordo em colaborar nesta investigação, tendo sido informada sobre o sigilo do meu nome e de dados que me identifiquem perante terceiros, os quais estarão protegidos pelo investigador .

Fui alertada para a natureza dos objetivos desta investigação e das questões presentes no questionário: a minha participação é voluntária e poderei a qualquer momento interromper a participação no estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_



## Questionário Sociodemográfico

Este questionário é anónimo, as suas respostas são confidenciais,

Agradeço a sua colaboração e sinceridade.

- ✓ **Leia e responda a todas as questões.**
- ✓ **Por favor, assinale apenas uma resposta.**
- ✓ **Assinale a resposta que melhor se adapta a si.**

1-Idade da criança/jovem \_\_\_\_\_

2-Sexo criança/jovem ☐ Masculino ☐ Feminino

3-Diagnosticada com PHDA desde quando? \_\_\_\_\_.

4-Diagnóstico de outra Perturbação do Desenvolvimento?

☐ Não ☐ Sim (Se sim, especificar \_\_\_\_\_).

5-Tipo de gravidez

☐ Normal ☐ Com problemas/Risco(especificar \_\_\_\_\_).

6-Gravidez

☐ Planeada ☐ Não planeada

☐ Desejada ☐ Não desejada

**7-Tipo de parto**

- ☐ Eutócico (normal)
- ☐ Distócico (cesariana, ventosa, fórceps)

**8- Idade Gestacional aquando do parto**

- ☐ 28 semanas de gestação
- ☐ 29 às 32 semanas
- ☐ 33 às 37 semanas
- ☐ 38 às 40 semanas
- ☐ Mais de 40 semanas

**Identificação dos pais**

9- Idade da mãe\_\_\_\_\_anos

Idade do pai\_\_\_\_\_anos

**10-Situação conjugal**

Mãe

Pai

Solteiro(a)

☐☐

Casados/união de fato

☐☐

Divorciado (a)/separado(a)

☐☐

Viúvo/a

☐☐**11-Nível de escolaridade**

Mãe

Pai

Analfabeto

☐☐

1º ciclo (1ª-4ª classe)

☐☐

2º ciclo ( 5º-6º ano)

☐☐

3º ciclo ( 7º-9ºano)

☐☐

Ensino Secundário (10º-12ºano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13-Situação profissional	Mãe	Pai
Empregado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempregado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reformado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Em relação á criança/adolescente**

14-Frequentou: ☐ Creche ☐ Ama ☐ Nenhuma

15-Ano de escolaridade que frequenta:\_\_\_\_\_.

16-Já reprovou? ☐ Não  
☐ Sim

17-Quantas vezes?

☐ Uma ☐ Duas ☐ 3 ou +

18-Em relação ao problema do seu filho/a como lidou com o diagnóstico de PHDA?

☐ Muito mal ☐ Mal ☐ Normal ☐ Bem ☐ Muito bem

19-Em relação ao comportamento da criança/jovem, o seu comportamento é habitualmente:

☐ Muito difícil ☐ Difícil ☐ Normal ☐ Pouco difícil ☐ Nada difícil

20-Como se manifesta habitualmente o comportamento do seu filho?

Agitação ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente

Desatenção    ☐ Frequentemente    ☐ Ocasionalmente    ☐ Raramente

Impulsividade    ☐ Frequentemente    ☐ Ocasionalmente    ☐ Raramente

Agressividade    ☐ Frequentemente    ☐ Ocasionalmente    ☐ Raramente

21- É chamada frequentemente à escola?    ☐ Sim    ☐ Não

22-O aproveitamento escolar da criança/jovem é:

☐ Muito mau    ☐ Mau    ☐ Médio    ☐ Bom    ☐ Muito bom

23-É acompanhado por:

☐ Psicólogo    ☐ Pedopsiquiatra    ☐ Ambos    ☐ Médico família    ☐ Nenhum

24-Faz medicação continua?    ☐ Não    ☐ Sim

25- Se sim, qual?\_\_\_\_\_Há quanto tempo?\_\_\_\_\_.

26-Existe mais algum elemento da sua família diagnosticada com PHDA?

☐ Não    ☐ Sim

Quem?    ☐ Mãe    ☐ Pai    ☐ Irmão/Irmã    ☐ Tios    ☐ Vó/Avô

## ESCALA DE SATISFAÇÃO PARENTAL.

(Halverson & Duke, 1991; Martins Maroco & Leal, 2007)

*Apresentam-se de seguida várias afirmações sobre parentalidade. Num momento ou noutro, a maioria das pessoas têm muitos dos pensamentos contidos nessas afirmações. Gostaríamos de saber com que frequência é que tem ou tem tido esses pensamentos. Não existem respostas certas ou erradas, apenas responda às questões o mais rapidamente possível, assinalando o número que melhor se lhe adequa para cada afirmação.*

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Sempre	Discordo Frequentemente	Discordo Ocasionalmente	Não Concordo nem Discordo	Concordo Ocasionalmente	Concordo Frequentemente	Concordo Sempre

1. Terho um grande prazer em ser mãe/pai \_\_\_\_
2. Estar com o(s) meu (s) filho (s) é uma grande fonte de satisfação para mim \_\_\_\_
3. Sinto-me feliz como mãe/pai, de uma forma geral \_\_\_\_
4. Observar os filhos a crescer e a desenvolverem-se é especialmente satisfatório \_\_\_\_
5. A maternidade/paternidade é o aspecto mais importante da vida \_\_\_\_
6. Divirto-me frequentemente com o(s) meu(s) filho(s) em casa \_\_\_\_
7. O(s) meu(s) filho(s) limita(m) a minha liberdade \_\_\_\_
8. Comparando com um emprego fora de casa, a educação do(s) meu(s) filho(s) é mais satisfatória \_\_\_\_
9. Para mim, ser mãe/pai é um dos maiores objectivos na vida \_\_\_\_
10. Ser capaz de providenciar um bom lar para o(s) meu(s) filho(s) tem sido a grande fonte de satisfação para mim \_\_\_\_
11. A educação do(s) meu(s) filho(s) é uma das coisas mais estimulantes que posso imaginar \_\_\_\_

12. Tento estar com o(s) meu(s) filho(s) o mais que posso, porque é sempre um prazer para mim\_\_\_
13. Ser mãe/pai sempre foi agradável para mim\_\_\_
14. Fico contente só de pensar nos momentos que passo com o(s) meu(s) filho(s)\_\_\_
15. Ser mãe/pai é a melhor forma para alcançar a realização pessoal\_\_\_
16. Gosto muito de falar sobre o(s) meu(s) filho(s)\_\_\_
17. É difícil ficar preso em casa com os filhos\_\_\_
18. Adoro passar o tempo a ver o(s) meu(s) filho(s)\_\_\_
19. Estar com o(s) meu(s) filho(s) é mais aborrecido do que eu esperaria\_\_\_
20. A escala que se segue representa diferentes graus de satisfação no papel de mãe/pai. Por favor, **marque o número** que melhor descreve o seu grau de satisfação em ser mãe/pai

1	2	3	4	5	6	7
Extremamente Insatisfeito	Bastante Insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito	Não poderia ser melhor

## ESCALA DE PREOCUPAÇÕES PARENTAIS (EPP)

(Algarvio, Leal & Maroco, 2009)

As questões que se seguem pedem-lhe a sua opinião acerca do que o/a preocupa actualmente em relação ao seu filho/a. Responda, por favor, a cada uma das questões pintando o círculo, ou fazendo uma cruz na opção que considera mais adequada à sua situação. Se achar que a questão não lhe diz respeito, não preencha, deixando o espaço em branco.

Item	Muitíssimo	Bastante	Razoavelmente	Pouco	Nada
1. Preocupa-me o meu filho ter medo do escuro	①	②	③	④	⑤
2. Preocupa-me o meu filho ter pesadelos	①	②	③	④	⑤
3. Preocupa-me o meu filho controlar dificilmente os seus comportamentos	①	②	③	④	⑤
4. Preocupa-me o meu filho não me obedecer	①	②	③	④	⑤
5. Preocupa-me o que o meu filho deve comer	①	②	③	④	⑤
6. Preocupa-me os pais não estarem de acordo quanto às regras e disciplina	①	②	③	④	⑤
7. Preocupa-me se o meu filho tem o que precisa na escola	①	②	③	④	⑤
8. Preocupa-me saber como preparar o meu filho para mudar de casa	①	②	③	④	⑤
9. Preocupa-me o meu filho entender o que é a Morte	①	②	③	④	⑤

10. Preocupa-me o meu filho queixar-se de dores de cabeça	①	②	③	④	⑤
11. Preocupa-me o meu filho ter o sono agitado	①	②	③	④	⑤
12. Preocupa-me o meu filho fazer birras	①	②	③	④	⑤
13. Preocupa-me a educadora/professora entender o meu filho	①	②	③	④	⑤
14. Preocupa-me os pais discutirem muito	①	②	③	④	⑤
15. Preocupa-me o meu filho não querer ir para a cama	①	②	③	④	⑤
16. Preocupa-me o meu filho ser mandão e exigente	①	②	③	④	⑤
17. Preocupa-me o meu filho ser sujeito a maus-tratos	①	②	③	④	⑤
18. Preocupa-me o que deve ser dito à criança em caso de separação dos pais	①	②	③	④	⑤
19. Preocupa-me o meu filho ter medos	①	②	③	④	⑤
20. Preocupa-me o meu filho queixar-se muito	①	②	③	④	⑤
21. Preocupa-me o meu filho queixar-se de dores de barriga	①	②	③	④	⑤
22. Preocupa-me o meu filho entender a morte de alguém próximo	①	②	③	④	⑤
23. Preocupa-me o meu filho não comer certos Alimentos	①	②	③	③	④
24. Preocupa-me o meu filho ter medo do papão ou de monstros	①	②	③	④	⑤

---



### ESCALA DE STRESS PARENTAL

(Berry & Jones, 1995; Mixão, Leal & Maroco, 2007)

As seguintes afirmações descrevem sentimentos e percepções acerca da experiência de ser pai/mãe. Pense em cada um dos itens em termos de como é tipicamente a sua relação com o seu filho(a) ou filhos. Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda dos seguintes itens, colocando o número no respectivo espaço, de acordo com a grelha seguinte.

- |                        |          |          |          |                        |
|------------------------|----------|----------|----------|------------------------|
| ①                      | ②        | ③        | ④        | ⑤                      |
| Discordo<br>Totalmente | Discordo | Indeciso | Concordo | Concordo<br>Totalmente |
- \_\_\_ 1. Estou contente no meu papel de pai (mãe).
- \_\_\_ 2. Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s).
- \_\_\_ 3. Cuidar do(s) meu(s) filho(s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar.
- \_\_\_ 4. Às vezes penso se faço o suficiente pelo(s) meu(s) filho(s).
- \_\_\_ 5. Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s).
- \_\_\_ 6. Gosto de passar tempo com o (s) meu(s) filho(s).
- \_\_\_ 7. O (s) meu(s) filho(s) é uma importante fonte de afecto para mim.
- \_\_\_ 8. A maior fonte de stress na minha vida é o meu(s) filho(s).
- \_\_\_ 9. Ter um filho(s) deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida.
- \_\_\_ 10. Ter um filho(s) tem sido um peso financeiro.
- \_\_\_ 11. É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do(s) meu(s) filho(s).
- \_\_\_ 12. O comportamento do(s) meu(s) filho(s) é muitas vezes embaraçador ou stressante para mim.
- \_\_\_ 13. Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s).
- \_\_\_ 14. Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai (mãe).
- \_\_\_ 15. Ter um filho(s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida.
- \_\_\_ 16. Sinto-me satisfeito(a) como pai(mãe).
- \_\_\_ 17. Acho o(s) meu(s) filho(s) adoráveis.

## **ANEXO III**

# **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE ESCALAS**

Eu, Adélia Cristina Teixeira Pinto Marques, Psicóloga a realizar o Mestrado no ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica no Instituto Superior Miguel Torga, venho por este meio solicitar a vossa autorização para utilizar as escalas: Preocupações Parentais; Stress Parental e Satisfação Parental publicadas no livro "Avaliação em Sexualidade e Parentalidade" dos autores Isabel Leal & João Maroco.

O estudo intitula-se “**Pais de Crianças Hiperativas**” e tem como principais objetivos:

conhecer as características sóciodemográficas dos pais de filhos com PHDA; avaliar as preocupações parentais em pais de filhos com PHDA; determinar o nível de stress parental dos pais com filhos com PHDA; conhecer o nível de satisfação parental dos pais com filhos com PHDA; e verificar a relação existente entre o nível de satisfação parental e algumas características sociodemográficas dos pais com filhos com PHDA.

Para a realização do presente estudo, utilizarei como métodos de colheita de dados um Questionário Sóciodemográfico, a Escala de Stress Parental, a Escala de Preocupações Parentais e a Escala de Satisfação Parental que serão preenchidos pelos pais/cuidadores.

Agradecendo desde já a atenção dispensada:

Atenciosamente,

Cristina Marques

---

Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup>

Informamos V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> que autorizamos a utilização das esclas referidas desde que sejam referenciados os autores e editora do respectivo livro.

Com os nossos melhores cumprimentos

Olinda Silva