



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Brasil

Bellé, Andressa Henke; Andreazza, Ana Cristina; Ruschel, Jan; Bosa, Cleonice Alves  
Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de  
Atenção/Hiperatividade

Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 22, núm. 3, 2009, pp. 317-325

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18813652001>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

## *Stress and Psychosocial Adaptation in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*

Andressa Henke Bellé<sup>\*, a, b</sup>, Ana Cristina Andreazza<sup>a</sup>, Jan Ruschel<sup>a</sup> & Cleonice Alves Bosa<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>b</sup>Universidade do Vale do Rio dos Sinos

### **Resumo**

O presente estudo investigou o estresse parental em mães de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) ( $n=30$ ), de crianças com TDAH e comorbidade com o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) ( $n=30$ ), e com desenvolvimento típico ( $n=30$ ). Além disso, foram investigadas possíveis correlações do estresse parental, com as estratégias de *coping*, apoio social e severidade do TDAH. As mães foram avaliadas a partir dos seguintes instrumentos: *Questionário de Suporte Social (SSQ)*; *Inventário de Coping Parental – Área da Saúde – CHIP*; *Questionário de Estresse Parental para Pais de Criança com Transtorno de Desenvolvimento*; *MTA SNAP-IV Escala de pontuação para pais e professores*. Dentre outros fatores, os resultados indicaram que as mães das crianças com TDAH combinado e TDAH + TOD apresentaram mais estresse parental do que mães de crianças com desenvolvimento típico e que o apoio social, o *coping* auto-estima e médico atuaram como moderadores do estresse parental.

**Palavras-chave:** Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; Estresse; Apoio social; Estratégias de *coping*; Adaptação familiar.

### **Abstract**

The present study has investigated the parental stress in mothers of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ( $n=30$ ), in mothers of children with co-morbidity with the Oppositional Defiant Disorder (ODD) ( $n=30$ ), and in mothers of children with typical development ( $n=30$ ). In addition, possible correlations of parental stress with coping strategies, social support and ADHD severity have been investigated. The mothers have been evaluated using the following instruments: (a) Social Support Questionnaire (SSQ); (b) Parental Coping Inventory – Health Area – CHIP; (c) Questionnaire of Parental Stress for Parents of Children with Development Disorder; (d) MTA SNAP-IV Teachers and Parents Rating Scale. The results indicated that mothers of children with ADHD and ADHD + ODD presented more parental stress than mothers of children with typical development. In addition, social support, self-esteem coping and medical coping moderated the parental stress effect.

**Keywords:** Attention deficit hyperactivity disorder; Stress; Social support; Coping strategies; Family adaptation.

### **Interações Familiares de Crianças com TDAH**

Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) costumam ser impacientes, desatentas e impulsivas, demandando mais assistência das mães do que crianças com desenvolvimento típico (Campbell, 2004; Johnston, 1996). Isso acontece, sobretudo, com crianças que apresentam TDAH com predominância de sintomas de hiperatividade/impulsividade e TDAH combinado, no qual sintomas de hiperatividade/impulsividade e desatenção aparecem com a mesma intensidade<sup>1</sup>. Além disso, quando apresentam comorbidade

com o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), caracterizado por um desafio constante às figuras de autoridade, estas crianças tendem a exigir dos pais um controle ainda maior (Edward, Barkley, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001).

A literatura indica que as crianças com TDAH são mais obedientes ao pai do que à mãe por diferentes razões: (a) os pais impõem punição imediata para a criança, o que no TDAH tem relativa eficácia; (b) a força física do pai pode intimidar a criança (Barkley, 2002); (c) as mães ainda são mais responsáveis pelos cuidados da criança (Wagner, Predebon, Mosmann, & Verza, 2005), experimentando maior sobrecarga. Em função disso, os pais

\* Endereço para correspondência: Av. Theodomiro Porto da Fonseca, 28, Apto. 609, São Leopoldo, RS, Brasil, CEP 93020-080. Tel.: 9815 4091. E-mail: [ahbelle@uol.com.br](mailto:ahbelle@uol.com.br)

<sup>1</sup> Para definir o subtipo de TDAH da criança é importante

considerar a presença dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, os quais estão melhor descritos no Anexo A.

costumam alegar que a mãe “exagera” ao relatar os sintomas do filho. Assim, há sinais de que o TDAH seja um evento estressante para as mães, exigindo delas uma adaptação psicossocial (Barkley, 2002).

### Adaptação Psicossocial Familiar aos Filhos com TDAH: o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar

A adaptação psicossocial é o resultado das estratégias utilizadas na interação entre família e ambiente, frente a um evento estressor (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Nesse sentido, o Modelo de

Estresse e Adaptação Familiar (Figura 1) é utilizado na compreensão da resposta das famílias ao transtorno ou doença física dos filhos (McCubbin, 1987) e se ancora nas seguintes dimensões: (a) Tipos de família (e.g., equilibrada, vulnerável, etc.); (b) Recursos adaptativos da família; (c) Apoio Social; (d) Estratégias de *coping* e resolução de problemas; (e) Percepção Familiar do Evento; (f) Esquema familiar - visão de mundo e racionalidade familiar, e (g) Regeneratividade familiar (capacidade familiar de restaurar o equilíbrio). Por sua importância neste modelo teórico, as estratégias de *coping* e o apoio social serão aqui destacados (McCubbin, 1995).

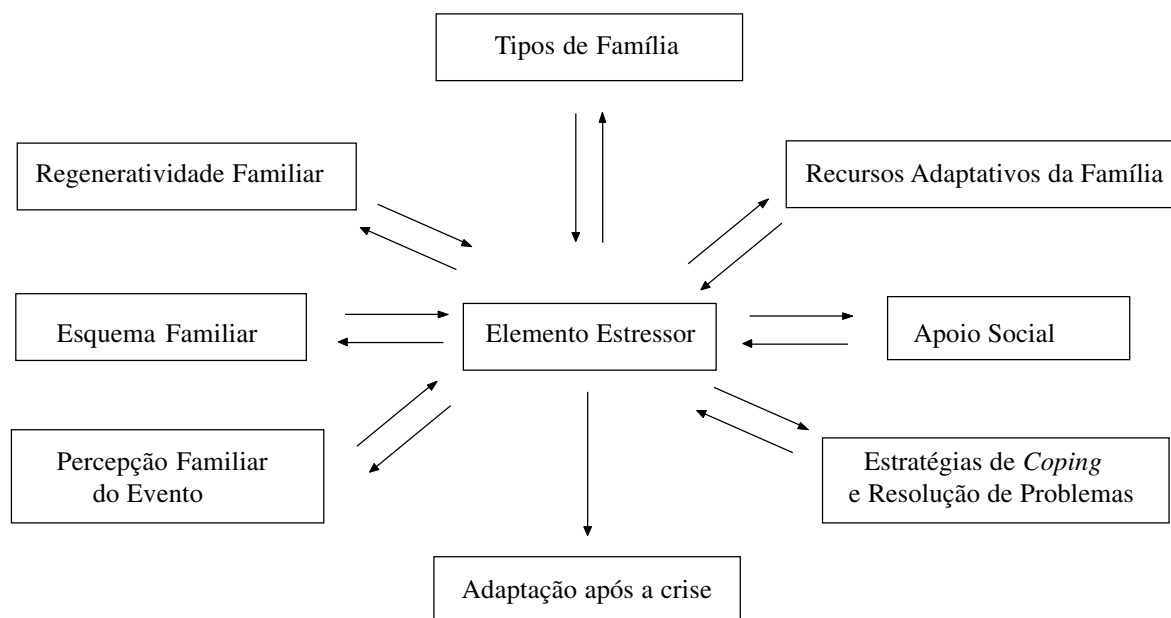


Figura 1. Modelo de estresse e adaptação familiar

O apoio social apresenta as seguintes dimensões: (a) integração social; (b) provisão de intimidade; (c) disponibilidade para cuidados; (d) reafirmação da capacidade pessoal; (e) disponibilidade para ajuda (Brandt & Weinert, 1981). Um estudo que investigou o estresse em pais de crianças com TDAH demonstrou uma correlação negativa entre apoio social informal e estresse parental (Walker, 2005). No entanto, as características disruptivas destas crianças podem levar seus pais a um isolamento social (Lange et al., 2005).

Já o *Coping* pode ser definido no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar como uma tentativa da família de mobilizar recursos para manejar uma situação de crise (McCubbin, 1995). Um estudo que investigou *coping* e sofrimento parental demonstrou que estratégias de *coping* foram associadas a níveis altos de qualidade de vida pelos pais de filhos com TDAH (Podolski & Nigg, 2001). Entretanto, um estudo indicou uma tendência de mães de crianças com TDAH de utilizar estratégias de *coping* deficitárias (Bailey, Barton, & Vignola, 1999). Porém, poucos estudos avaliam apoio social e *coping* em famílias de crianças com TDAH.

### Estudos Fundamentados no Modelo de Estresse e Adaptação Familiar

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

Outro estudo fundamentado neste modelo teórico foi desenvolvido por Jones e Passey (2004), que investigaram o estresse em famílias de crianças com transtornos de desenvolvimento (dentre os quais o TDAH) e problemas de comportamento. Foram entrevistados 48 cuidadores através diferentes instrumentos, tais como: *Questionário de Estresse e Suporte Familiar*, *Inventário de Saúde de Coping para Pai* e *Escala de Locus de Controle Parental*. Os resultados indicaram que os preditores

do estresse foram estilo *coping* e *locus* de controle interno. O apoio social reduziu o estresse financeiro. Já os problemas de comportamento não representaram um preditor significativo da adaptação.

Foi também encontrado um estudo cuja proposta foi descrever a adaptação familiar ao TDAH, mas que não investigou *coping* e apoio social. Participaram da pesquisa 25 pré-adolescentes com TDAH e seus pais. Os resultados indicam uma adaptação positiva nestas famílias, predita pela coesão familiar e capacidade de resolver problemas (Holderness, 1998).

Outro estudo examinou o quanto os problemas de comportamento, recursos e *coping* predizem o estresse parental, e o quanto recursos e *coping* moderam a relação entre os problemas de comportamento e o estresse em 80 mães de crianças com comportamento internalizado, externalizado e normais. Os resultados indicam que o apoio social moderou a relação entre problemas de comportamento e o estresse parental. O *coping* moderou a relação entre comportamentos internalizados e o estresse. As mães de crianças com comportamento externalizado apresentaram mais estresse do que os demais grupos (Tsagarakis, 1999).

Os demais estudos sobre adaptação a crianças com TDAH (ex.: Michell, 2006), tratam esta questão de forma reducionista. Por exemplo, ora demonstram que as dificuldades impostas pela criança causam estresse parental (Biederman et al., 1995) ou, ao contrário, que são os pais com estresse os responsáveis pelo TDAH dos filhos (Khamis, 2006).

Além de serem poucos os estudos sobre famílias de crianças com TDAH, estes apresentam limitações como: Instrumentos imprecisos psicometricamente (Rashap, 1998), investigação do TDAH junto a outros transtornos, em um grupo único (Jones & Passey, 2004) e pouco rigor na escolha dos grupos-controle. No Brasil, os estudos sobre este tema são ainda mais escassos. A importância de explorar esse campo está na intensa convivência familiar com a criança. Especialmente as mães devem ser estudadas por duas razões: (a) são as maiores responsáveis pelo cuidado com a criança (Barkley, 2002); e, (b) a ansiedade materna reduz o envolvimento com o filho (Kashdan et al., 2004). São necessários, ainda, estudos que esclareçam melhor o papel da severidade do TDAH na adaptação familiar (Holderness, 1998).

Assim, o objetivo deste estudo é investigar estresse parental em mães de crianças com TDAH combinado, de crianças com TDAH combinado + Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e de crianças com desenvolvimento típico. Serão examinadas, ainda, possíveis associações do estresse parental com estratégias de *coping*, apoio social e severidade do TDAH. Partimos das seguintes hipóteses: (a) Mães dos grupos clínicos apresentam mais estresse parental do que as do grupo não clínico; (b) Mães de crianças com TDAH + TOD apresentam mais estresse parental do que de crianças com TDAH combinado; (c) Quanto maior for o escore de apoio social e *coping* me-

nor será o estresse parental; (d) Quanto maior for a severidade do TDAH maior o estresse parental.

## Método

### Delineamento

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

### Participantes

Participaram do estudo 90 mães entre 25 e 48 anos ( $m=36,81$ ;  $DP=6,37$ ), divididas em três grupos: (a) Mães de crianças com TDAH combinado ( $n=30$ ); (b) com TDAH + TOD ( $n=30$ ) e; (c) com desenvolvimento típico ( $n=30$ ). Não houve diferença significativa entre grupos quanto as variáveis sociodemográficas ( $p<0,05$ ). A maioria era casada ou com companheiro (65,6%), sendo que 13,3% das mães cursaram entre 1ª e 4ª série, 36,7% entre 5ª e 8ª série, 38,9% entre 1º e 3º ano do segundo grau e 11,1% universitário. Além disso, a maioria das mães exercia ocupação (73,3%): grupos clínicos (66,7%) e grupo não clínico (86,7%).

Nos três grupos, a idade dos filhos variou entre 8 e 11 anos ( $m=9,63$ ;  $DP=1,03$ ), sendo todos do sexo masculino. 58,9% das crianças com TDAH combinado e 49,1% das com TDAH + TOD recebiam tratamento (psicológico, psiquiátrico, pedagógico ou psicopedagógico). 38,9% das crianças com TDAH combinado e 50% das com TDAH + TOD utilizavam medicação para o TDAH (metilfenidato). O tempo de diagnóstico (em meses) não diferiu significativamente entre os grupos clínicos ( $p<0,05$ ).

Foram recrutadas mães de crianças diagnosticadas com TDAH em programas de referência de Porto Alegre e região metropolitana e escolas da rede pública e municipal. Já as mães de crianças com desenvolvimento típico foram recrutadas somente em escolas da rede pública e municipal. Foram selecionadas mães cujos filhos frequentaram atendimento médico ambulatorial nos últimos 40 dias, sem, contudo, tratar-se de doença crônica. Foram excluídas mães que passaram por eventos estressores nos últimos seis meses (exemplo: doença da mãe, doença grave do filho, etc.) e com critérios para o TDAH e outros transtornos psiquiátricos.

### Materiais e Instrumentos

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.** Este protocolo teve como objetivo informar as participantes sobre os objetivos e procedimentos do estudo.

**Ficha sobre Dados Sociodemográficos, Dados sobre a Criança com TDAH e Identificação de Estressores** (Gomes, 2001). O objetivo desta ficha é coletar dados sobre a família, tais como: idade, escolaridade dos pais,

características da criança e identificação de estressores. Foram obtidas, ainda, informações sobre o diagnóstico do filho.

*Questionário de Suporte Social* ([SSQ]; Sarason, Levine, Basham, & Saranson, 1983). Este questionário tem 27 questões que investigam: (a) fontes de apoio social percebido (SSQ-N); (b) satisfação com esse apoio (SSQ-S). O coeficiente alfa de Crombach foi de 0,97 para o SSQ-N e de 0,94 para o SSQ-S. A adaptação para o português indicou uma fidedignidade teste-reteste aceitável e um alto nível de consistência interna (Matsukura, Marturano, & Oishi, 2002).

*Inventário de Coping Parental – Área da Saúde* – ([CHIP]; McCubbin, 1987). Este inventário avalia estilos de coping e utilidade de certas estratégias. Seus 45 itens são divididos em três subescalas: (a) Família (integração familiar, cooperação e definições otimistas); (b) Auto-estima (auto-eficácia, estabilidade psicológica e apoio social); (c) Médico (entendimento médico da situação e comunicação com outros pais e profissionais). A consistência destas três escalas é satisfatória (McCubbin, 1987). Para utilização neste estudo, o inventário foi traduzido para o português por dois tradutores bilíngües. A comparação das duas versões permitiu o exame da acurácia da versão em português.

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

*Escala de Pontuação para Pais e Professores* ([MTA-SNAP-IV]; Swanson, 1992). Este instrumento contém 26 itens que avaliam Desatenção (9 itens), Hiperatividade/impulsividade (9 itens) e Oposicionismo (8 itens). A consistência interna da SNAP-IV varia de boa a excelente (Stevens, Quittner, & Abikoff, 1998). Foi obtido um coeficiente alfa de Crombach de 0,74 para a escala completa (26 itens) em diferentes amostras (Correa-Filho et al., 2005).

*Self-Report Questionnaire* ([SRQ]; Harding et al., 1980). Este é um questionário de 20 questões que identificam distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária. Sua validação para o Brasil demonstrou índices de validade e confiabilidade satisfatórios (Mari & Willians, 1986). Neste estudo, o SRQ foi utilizado como critério de exclusão de participantes.

*Adult Self-Report Scale* ([ASRS, versão, 1.1]; Adler, Kessler, & Spencer, 2003). Esta escala identifica sintomas de TDAH em adultos e foi utilizada para fins de critérios de exclusão. Esta foi adaptada para o português por Mattos et al. (2006), através de uma versão de 18 itens.

### Procedimentos

Foram contatados programas de referência no atendimento do TDAH e escolas da rede pública e municipal, em Porto Alegre e região metropolitana, para a obtenção de autorização para a realização do estudo. Posteriormente, foi efetuado um contato telefônico com as mães para a apresentação do estudo e agendamento das entrevistas.

As mães do grupo com desenvolvimento típico foram selecionadas com auxílio da direção das escolas. Já as mães dos grupos clínicos foram indicadas pela equipe técnica dos programas de referência para o TDAH e pela direção das escolas de crianças diagnosticadas nos programas de referência. A administração dos instrumentos foi realizada individualmente com as mães por estudantes e pós-graduandos em psicologia. A sequência de administração dos instrumentos foi balanceada, para controlar o efeito de um procedimento sobre outro.

### Análise dos Dados

Os dados sociodemográficos foram analisados através de estatística descritiva. A comparação entre os grupos se deu através do Teste *One-way ANOVA* com pós-teste de Tukey. Já as correlações hipotetizadas foram examinadas pelo teste de Correlação de Pearson. Uma análise de regressão linear múltipla identificou os preditores do estresse.

## Resultados

### *Diferenças entre os Grupos quanto ao Estresse Parental*

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

Uma análise das médias de estresse, a partir do Teste ANOVA seguido do pós-teste de Tukey, indicou que a Sobrecarga Emocional foi a dimensão que apresentou a média mais alta nos grupos clínicos: TDAH combinado ( $m= 3,57$ ;  $DP=2,00$ ) e TDAH + TOD ( $m=3,57$ ;  $DP=2,12$ ). Logo, estas mães tendem a apresentar preocupação com o futuro da criança, cansaço frente à suas demandas e ressentimento na família.

Tabela 1  
*Comparação do Estresse Parental entre os Grupos*

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

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

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

Quanto ao Inventário de *Coping* Parental, os resultados indicaram que a única dimensão que distinguiu os grupos foi a de *Coping* Médico, sendo que a diferença ocorreu entre os grupos clínicos ( $F = 3,825$ ;  $p < 0,05$ ). As mães do grupo TDAH combinado apresentaram escore mais alto nesta subescala ( $m = 18,73$ ;  $DP = 7,50$ ) do que as do grupo TDAH + TOD ( $m = 14,43$ ;  $DP = 6,0497$ ), utilizando mais e percebendo como mais útil a assistência profissional e a comunicação com outros pais.

#### *Correlações entre Estresse Parental e Coping, Apoio Social e Severidade do TDAH*

A Tabela 2 apresenta uma análise dos três grupos de mães através do teste correlação de *Pearson*. Os resultados indicam que quanto maior é o escore de estratégias de *Coping* Auto-Estima das mães, menor seu o estresse relacionado à Sobrecarga Emocional ( $r = -0,279$ ;  $p < 0,01$ ), Restrições Comportamentais ( $r = -0,208$ ;  $p < 0,05$ ) e Pessimismo ( $r = -0,316$ ;  $p < 0,01$ ). Isso significa que os cuidados das mães consigo, a busca de lazer e realização

peçoal, bem como a autoconfiança, atenuam o estresse materno.

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

Constatou-se, ainda, que quanto maior o Apoio Social Percebido, menor o estresse relacionado à Sobrecarga Emocional ( $r = -0,548$ ;  $p < 0,01$ ), Restrições Comportamentais ( $r = -0,477$ ;  $p < 0,01$ ), Pessimismo ( $r = -0,380$ ;  $p < 0,01$ ) e Incapacidades da Criança ( $r = -0,362$ ;  $p < 0,01$ ). De modo semelhante, o Apoio Social Satisfação foi inversamente correlacionado ao estresse relativo à Sobrecarga Emocional ( $r = -0,517$ ;  $p < 0,01$ ), Restrições Comportamentais ( $r = -0,413$ ;  $p < 0,01$ ), Pessimismo ( $r = -0,455$ ;  $p < 0,01$ ) e Incapacidades da Criança ( $r = -0,412$ ;  $p < 0,01$ ). Assim, quanto maior o apoio social recebido e satisfação, menor o estresse relativo ao futuro da criança e seu funcionamento comportamental.

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

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

Tabela 2

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

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

Nota. \*\* Correlação é significativa com significância de 0,01 (2-tailed). \* Correlação é significativa com significância de 0,05 (2-tailed)

### Preditores do Estresse Sobrecarga Emocional nos Grupos Clínicos

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

Uma primeira análise foi conduzida para verificar possíveis influências de variáveis sociodemográficas e da história clínica sobre os resultados. Para tanto, foi considerada a relação entre o estresse Sobrecarga emocional, *Coping* e Apoio Social (variáveis preditas), com escolaridade, idade, estado civil, tratamento e uso de medicação pela criança (preditores). Os resultados demonstraram que a escolaridade influenciou o *Coping* Familiar ( $p < 0,01$ ), sendo que quanto maior a escolaridade maior o escore nesta subescala. O *Coping* Auto-Estima foi influenciado pela condição conjugal, sendo que ter um companheiro reduziu a auto-estima materna ( $p < 0,05$ ). Porém, os resultados encontrados não perderam a significância em função disso.

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

### Discussão

Os resultados do presente estudo são consistentes com a literatura que indica que mães de crianças com TDAH experienciam mais estresse parental do que mães de crianças com desenvolvimento típico (Biederman et al., 1995). A dimensão do estresse com maior média foi a Sobrecarga Emocional, relativa ao cansaço e à tensão em função

da criança, preocupação com seu futuro e ressentimento na família. O cansaço e a tensão podem ocorrer porque crianças com TDAH exigem mais assistência das mães do que crianças com desenvolvimento típico (Edward et al., 2001). Já a preocupação com o futuro dos filhos pode estar relacionada às queixas recebidas pela mãe quanto ao comportamento da criança e ao seu diagnóstico. O ressentimento na família pode associar-se à responsabilização da mãe, por pais e outros familiares, pela falta de controle sobre o seu filho (Barkley, 2002).

Ao contrário do hipotetizado, não houve diferença significativa entre os grupos clínicos quanto ao estresse parental. Isso pode ter ocorrido porque mais crianças com TOD utilizavam medicação, o que pode atenuar a hiperatividade e seu impacto sobre as mães, ou devido ao número insuficiente de participantes neste estudo para demonstrar esta diferença.

Os resultados demonstraram, ainda, que as mães dos grupos clínicos apresentam menos apoio social percebido, convergindo com a literatura que demonstra que estas recebem pouco apoio social (Lange et al., 2005). Além disso, elas apresentaram mais insatisfação com o apoio social, o que pode associar-se às opiniões intrusivas de familiares e amigos sobre a educação da criança, constituindo, simultaneamente, uma fonte de apoio e conflito (Barkley, 2002). Todavia, as mães de crianças com TDAH podem ser resistentes à busca pelo apoio social, por considerarem que somente elas estão aptas a cuidar dos filhos (Barkley, 2002), assim como em outros transtornos do desenvolvimento (Schmidt & Bosa, 2003).

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

estudo conduzido por Cherubini (2005) também demonstrou uma associação entre o apoio social percebido e a adaptação familiar aos transtornos de desenvolvimento.

Além disso, os grupos clínicos não diferiram do grupo não clínico em nenhuma dimensão de *coping*. Em parte, este resultado contraria os estudos anteriores que demonstram que as mães de crianças com TDAH apresentam estratégias de *coping* deficitárias (Bailey et al., 1999). Os resultados indicaram, ainda, que o grupo de mães de crianças com TDAH combinado apresentou maior *Coping* Médico do que as mães de filhos com TDAH + TOD. Isso pode ter ocorrido porque crianças com TDAH + TOD são mais disruptivas, o que agrava este diagnóstico, podendo reduzir a esperança nos tratamentos (Rohde & Mattos, 2003).

Ainda com relação às estratégias de *coping*, os resultados indicam que quanto maior é o *Coping* Auto-Estima das mães, menor o estresse parental relativo à Sobrecarga Emocional, Restrições Comportamentais e Pessimismo, convergindo com a literatura (Podolski & Nigg, 2001). De fato, o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar prevê que as estratégias de *coping* (PSC) podem auxiliar no aumento da auto-estima e no manejo do estresse (McCubbin, 1995).

No presente estudo, a auto-estima foi influenciada pela condição conjugal materna, porém numa direção contrária às nossas expectativas, pois ter um companheiro reduziu a auto-estima. Especula-se que aspectos intra e extra-familiares possam ter contribuído para isso. Os intra-familiares podem envolver dificuldades de comunicação entre o casal e dissonâncias em sua compreensão da condição da criança. Nesse sentido, Sifuentes (2007) demonstrou que os conflitos conjugais podem decorrer de incongruências quanto à percepção das limitações do filho com transtorno do desenvolvimento. Outro aspecto que não foi controlado, mas que pode ter contribuído para o estresse materno, é a presença dos sintomas do TDAH nos pais (maridos), o que é comum nesta condição clínica (Barkley, 2002).

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

O *Coping* Médico, por sua vez, moderou o estresse relacionado ao Pessimismo das mães. Isso pode ter ocorrido porque a melhor compreensão acerca do TDAH, através das informações e cuidados profissionais, pode contribuir para aumentar a esperança materna no tratamento e no futuro da criança (Knapp & Rohde, 2002). Na área da psicologia da saúde, Bradford (1997) afirma que a qualidade do sistema de saúde e a comunicação entre a

família e profissionais são aspectos que interatuam na adaptação familiar em condições de problemas crônicos de saúde. A única dimensão de *coping* que não influenciou no estresse parental foi o *Coping* Familiar, contrariando o Modelo de Estresse e Adaptação Familiar (McCubbin, 1995).

A intensidade dos sintomas da criança foi correlacionada positivamente a todas as subescalas de estresse, convergindo com a literatura (Biederman et al., 1995). A hiperatividade, em especial, emergiu como um preditor significativo do estresse Sobrecarga Emocional nos grupos clínicos. Os sintomas de hiperatividade/impulsividade envolvem inquietação e emissão de respostas precipitadas pela criança (Bellé & Caminha, 2005), podendo conduzir ao estresse materno por diferentes razões: (a) a agitação do filho pode levá-lo a expor-se a riscos, aumentando a tensão materna; e, (b) tentativas de controle do filho, sem efeito, podem levar as mães a um senso de impotência (Barkley, 2002).

O estudo demonstrou, ainda, que a hiperatividade reduz o Apoio Percebido, contribuindo direta e indiretamente para o estresse parental (Lange et al., 2005). Este resultado merece destaque, pois a hiperatividade e apoio social foram preditores significativos do estresse parental. Conforme Bradford (1997), a intensidade de um transtorno do desenvolvimento pode representar um risco de isolamento social familiar, gerando estresse. Neste caso, os tratamentos para o TDAH podem reduzir este risco (Rohde & Mattos, 2003).

Por fim, destaca-se a presença de algumas limitações no estudo realizado, como, por exemplo, a de que os entrevistadores não estavam “cegos” para o diagnóstico da criança, em função dos procedimentos de coleta de dados. Além disso, embora os instrumentos utilizados tenham sido submetidos a um cuidadoso processo de tradução e retradução, nem todos foram validados. Estas e outras limitações apontam para a necessidade de outros estudos que investiguem o processo de adaptação das famílias aos filhos com TDAH. Entretanto, os resultados encontrados têm implicações imediatas para as intervenções com famílias de crianças com TDAH, ao chamar atenção para a importância de desenvolver terapêuticas nesta área que incluam medidas direcionadas às necessidades dos pais e das crianças.

## Referências

- Adler, L. A., Kessler, R. C., & Spencer, T. (2003). *Self-report scale* (ASRS, Version 1.1). New York: World Health Organization.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR™: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bailey, J., Barton, B., & Vignola, A. (1999). Coping with children with ADHD: Coping styles of mothers with children with ADHD or challenging behaviors. *Early Child Development and Care*, 148, 35-50.



- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bellé, A., & Caminha, R. (2005). Grupos de terapia cognitivo-comportamental em crianças com TDAH: Estudando um modelo clínico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 103-113.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., et al. (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1495-1503.
- Bradford, R. (1997). *Children, families and chronic disease: Psychological models and methods of care*. London: Routledge.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Braz, P., Dessen, M., & Silva, N. (2005). Relações conjugais e parentais: Uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 151-161.
- Campbell, D. K. (2004). Update on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Opinion in Pediatrics*, 16(2), 217-226.
- Cherubini, Z. (2005). *Estresse e autoconceito em pais e mães de crianças com a Síndrome do X-frágil*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Correa-Filho, A., Bodanese, R., Silva, T., Álvares, J., Aman, M., & Rohde, L. (2005). Comparison of Risperidone and Methylphenidate for reducing ADHD symptoms in children and adolescents with moderate mental retardation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(8), 748.
- Edward, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD: The role of parental maladjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 557-572.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Freitas, P. M., Rothe-Neves, R., Teodoro, M., Carvalho, R., Barreto, G., Alves, A., et al. (2005). *Questionário de Estresse para Pais de Crianças com Transtornos do Desenvolvimento (QE-PTD)*. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Friedrich, W. N., Greenberg, M. T., & Crnic, K. A. (1993). Short-form of the questionnaire on resources and stress. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 41-48.
- Gomes, V. (2001). *Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com e sem transtornos globais do desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Harding, T., Arango, M., Baltazar, J., Climent, C., Ibrahim, H., Ignacio, L., et al. (1980). Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Holderness, S. L. (1998). Parenting perspectives on family adaptation to ADHD: Effects of family style, coping, and stress on child outcomes five years later (Doctoral dissertation, 1998). *Dissertation Abstracts International*, 59(2-A), 628.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 85-104.
- Jones, J., & Passey, J. (2004). Family adaptation, coping and resources: Parents of children with development disabilities and behavior problems. *Journal of Developmental Disabilities*, 11, 31-46.
- Kashdan, T., Jacob, R., Pelham, W., Lang, A., Hoza, B., Blumenthal, J., et al. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 169-181.
- Khamis, V. (2006). Family environment and parenting as predictors of attention-deficit and hyperactivity among Palestinian children. *Journal of Social Service Research*, 32(4), 99-116.
- Knapp, P., & Rohde, L. A. (2002). *Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Manual do terapeuta*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., et al. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.
- Mari, J., & Williams, P. A. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23-26.
- Matsukura, T., Marturano, E., & Oishi, J. (2002). O Questionário de Suporte Social (SSQ): Estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 675-681.
- Mattos, P., Segenreich, D., Saboya, E., Louzã, M., Dias, G., & Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala *Adult Self-Report Scale* para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 188-194.
- McCubbin, M. A. (1987). CHIP: Coping Health Inventory for Parents. In H. I. McCubbin & A. I. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice* (pp 173-192). Madison, WI: University of Wisconsin.
- McCubbin, M. A. (1995). The typology of adjustment and adaptation: A family stress model. *Guidance & Counseling*, 10(4), 31-37.
- Michell, M. (2006). *Parents' stress and coping with their children's Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Unpublished doctoral dissertation, Department of Public and Community Health, University of Maryland, USA.
- Naschmias, C., & Naschmias, D. (1996). *Research methods in the social science*. London: Arnold.
- Podolski, C. L., & Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 503-513.
- Rashap, J. L. (1998). The psychological adjustment of mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder (Doctoral dissertation, 1998). *Dissertation Abstracts International*, 59(3-B), 1378.

- Rohde, L. A., & Mattos, P. (2003). *Princípios e práticas em TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Saranson, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality Social Psychology*, 44(1), 127-39.
- Schmidt, C., & Bosa, C. (2003). A investigação do impacto do autismo na família: Revisão crítica da literatura. *Interação em Psicologia*, 7(2), 111-120.
- Sifuentes, M. (2007). *Características da coparentalidade de pais de crianças com autismo*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Stevens, J., Quittner, A., & Abikoff, H. (1998). Factors influencing elementary school teachers' rating ADHD and ODD behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 406-414.
- Swanson, J. M. (1992). *School-based assessments and interventions for ADD students*. Irvine, CA: KC.
- Tsagarakis, C. (1999). *Stress, resources, and coping in parents of children with externalizing and internalizing behaviours*. Ottawa, Canada: National Library of Canada.
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 181-186.
- Walker, A. P. (2005). *Parenting stress: A comparison of mothers and fathers of disabled and non-disabled children*. Ann Arbor, MI: UMI.

Recebido: 11/07/2007  
1ª revisão: 05/05/2008  
Aceite final: 26/05/2008

## Anexo A

---

*Sintomas de desatenção:* dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido; dificuldade para manter a concentração em tarefas lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas; dificuldade em organizar tarefas; evitar tarefas que exijam esforço mental; perda de objetos; ser distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimento em atividades diárias.

*Sintomas de hiperatividade:* agitar as mãos ou pés e se remexer na cadeira; abandonar a cadeira em situações em que se espera que se permaneça sentado; correr e escalar em demasia; dificuldade em envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar freqüentemente “a mil”; falar em demasia.

*Sintomas de impulsividade:* dar respostas precipitadas antes que as perguntas tenham sido concluídas; ter dificuldades em esperar sua vez; interromper e se intrometer nos assuntos dos outros (American Psychiatric Association [APA], 2002).

---