

JOSEANA AZEVEDO E BARGAS

**STRESS E ESTILO PARENTAL MATERNO NO
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE**

PUC-CAMPINAS

2012

JOSEANA AZEVEDO E BARGAS

**STRESS E ESTILO PARENTAL MATERNO NO
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência

Orientadora: Prof.(a) Marilda Emmanuel Novaes Lipp

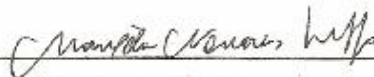
PUC-CAMPINAS

2012

JOSEANA AZEVEDO E BARGAS

**STRESS E ESTILO PARENTAL MATERNO NO
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE**

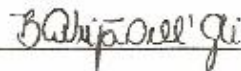
BANCA EXAMINADORA



Presidente Prof.(a) Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp



Presidente Prof.(a) Dra. Isabel Cristina Dib Bariani



Presidente Prof.(a) Dra. Betânia Alves Veiga Dell' Agli

PUC-CAMPINAS

2012

Agradecimento especial

À minha querida orientadora **Dra. Marilda Lipp**, pela sua generosidade em compartilhar seus conhecimentos, de forma irrestrita, e contagiar-me por sua paixão pela ciência. Obrigada por ter confiado no meu trabalho e pela oportunidade de estar ao seu lado durante toda esta caminhada.

Agradecimentos

Agradeço a todos com muito carinho que durante minha vida me incentivaram e acreditaram em mim e no meu trabalho. Neste momento de triunfo pessoal agradeço em especial:

A meu querido pai, José Roberto, que sempre me apoiou, acreditou em mim, me ensinando valores com persistência, determinação, superação, humildade. Você sempre estará presente dentro de mim.

A minha queridíssima mãe, Ana Maria, pelo seu amor incondicional, dando forças nos momentos de dificuldade, sendo uma luz no meu caminho, me apoiando e confiando em mim, sempre.

Ao meu querido marido Marcelo, companheiro de todas as horas, pela abdicação de alguns momentos de sua vida em prol de algo maior, inclusive colaborador em tabelas, correções. Obrigada pela paciência e amor.

A minha “pequenina Lara”, por toda paciência e compreensão em todos os momentos que a “mamãe” precisou “trabalhar no computador”.

A toda minha família, minhas irmãs, Dani e Mi, minha avó Josefa, minha tia Heliana e tia Rê, pois vocês são a minha base.

Agradeço a Marília Dória pelo incentivo em iniciar o mestrado.

A equipe do Casulo, por ter disponibilizado o local para que eu realizasse meu trabalho em especial minha querida amiga Betânia Del’Agli, que acompanhou meus passos desde a primeira especialização, agradeço pelo seu exemplo a ser seguido como pessoa e profissional.

À equipe de amigas do Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress, Andréia, Andrea, Greici, Vivian e Luiz, pelo apoio e carinho.

As mães e crianças participantes que se dedicaram e confiaram neste estudo.

Ao CNPQ, pelo auxílio da bolsa de estudos, viabilizando a conclusão deste trabalho.

Sumário

Agradecimentos	i
Índice de Tabelas	iv
Índice de figuras	v
Índice de anexos	vi
Resumo	vii
Abstract	viii
Apresentação	ix
Introdução	01
Stress	01
Sintomas do Stress	04
Estímulos Estressores	06
Fontes externas de stress	06
Fontes internas de stress	07
Diagnóstico de Stress.....	08
Stress Ideal.....	08
Stress Infantil.....	09
Estressores.....	11
Consequências do stress infantil	12
Fatores de Risco para o Desenvolvimento Infantil	14
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	16
Relação Pais e Filhos.....	22
Estilo Parental	25
Objetivos	29
Método	30
Participantes.....	30
Instrumentos.....	31
Procedimento	36
Resultados	37

Discussão.....	55
Considerações Finais.....	61
Referências	63
Anexos	69

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Relação entre tipo de mãe e stress infantil	44
Tabela 2 - Relação entre o sexo da criança e stress infantil	45
Tabela 3 - Relação entre subtipos do TDAH e stress infantil	45
Tabela 4 - Comparação entre stress materno e stress infantil	46
Tabela 5 - Relação entre stress materno e stress infantil	47
Tabela 6 - Relação entre sintomas do stress materno e stress infantil	47
Tabela 7 - Relação entre estilo parental materno e stress infantil	48
Tabela 8 - Relação entre dificuldades atencionais e stress infantil	49
Tabela 9 - Comparação entre tipo de mãe e tipo de TDAH	49
Tabela 10 - Comparação entre sexo e subtipo de TDAH	50
Tabela 11 - Comparação entre stress e subtipo de TDAH	50
Tabela 12 - Comparação entre ISSL e subtipo de TDAH	51
Tabela 13 - Comparação entre sintomas ISSL e subtipo de TDAH	51
Tabela 14 - Comparação entre IEP das mães e tipo de TDAH	52
Tabela 15 - Comparação entre os sintomas de hiperatividade motora e tipo de TDAH.....	53
Tabela 16 - Comparação entre a percepção da dificuldade atencional e tipo de TDAH.....	54
Tabela 17 - Comparação entre stress materno e estilo parental	54

Índice de Figuras

Figura 1: Distribuição das mães (biológicas ou substitutas).....	38
Figura 2: Distribuição das crianças em função do sexo	38
Figura 3: Distribuição das crianças em função do subtipo de TDAH.....	39
Figura 4: Distribuição dos participantes crianças por idade	39
Figura 5: Porcentagem de mães que apresentam stress	40
Figura 6: Fases do stress materno	40
Figura 7: Prevalência de sintomas	41
Figura 8: Porcentagem de crianças que tiveram diagnóstico de stress.....	41
Figura 9: Fase do stress infantil	42
Figura 10: Prevalência de sintomas	42
Figura 11: Percepção da criança do sintoma da hiperatividade	43
Figura 12: Percepção da criança sobre a dificuldade atencional	43
Figura 13: Porcentagem da classificação dos estilos parentais	44

Índice de Anexos

Anexo A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	64
Anexo B: Ficha de Identificação das mães e crianças	66

Resumo

Bargas, Joseana Azevedo. *Stress e estilo parental materno no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas. 2012, x +72

Este estudo avaliou a relação entre *stress* e estilo parental materno no *stress* dos filhos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Participaram desta pesquisa 25 mães e seus respectivos filhos, com média de idade de 9.4 anos, sendo que maioria das crianças participantes foram meninos. As crianças foram avaliadas pela Escala de Stress Infantil e as mães pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adulto e Inventário de Estilos Parentais. Os resultados indicaram um alto índice de *stress* nesta amostra, pois 72% das mães e também das crianças apresentaram sintomas de tensão excessiva. Entre as mães com *stress*, 60% estavam na fase de resistência com a prevalência de 72% de sintomas psicológicos. No que se refere às crianças, 36% estavam na fase de resistência sendo que 47% apresentavam predominância dos sintomas psicológicos. Quanto à classificação do estilo parental, houve predomínio do estilo parental *de risco* seguido pelos estilos *regular*, *bom* e *ótimo*, sendo que 81% das mães que possuíam estilo parental de risco também apresentaram sintomas de *stress*. Este resultado independe do subtipo de TDAH. O maior número de crianças com sintomas de *stress* é do *subtipo combinado*, seguido pelas crianças hiperativas, enquanto o *stress* parece atingir menos as crianças do *subtipo desatento*. Encontrou-se uma associação significativa entre subtipo de TDAH e tipo de sintoma de *stress* materno ($p=0.009$) indicando que a desatenção é uma condição menos estressante para as mães com filhos desatentos as quais apresentavam um número menor de sintomas de *stress* e de natureza psicológica. Já com as mães de crianças hiperativas, ocorria o oposto, todas as mães apresentaram sintomas de *stress* com predominância dos sintomas físicos. Deste modo os resultados indicam uma diferenciação nos sintomas do *stress* materno em função do subtipo de TDAH. Outro resultado importante refere-se à intensidade dos sintomas do *stress* infantil. Observou-se um dado significativo ($p= 0.001$) de que o *stress* potencializa os sintomas de dificuldades atencionais. Conclui-se que esta população apresenta alto nível de *stress*, estilo parental classificado *como de risco*, que a sintomatologia do *stress* materno tem relação com o subtipo de TDAH e que os sintomas de desatenção são potencializados pela tensão excessiva. Deste modo acredita-se que programas que instrumentalizem as mães e as crianças a lidarem com o *stress* possam trazer grandes benefícios para a qualidade de vida destas pessoas, através da minimização dos sintomas de desatenção e aumento da utilização de práticas parentais positivas.

Palavras chaves: Stress, TDAH, Estilo Parental.

Abstract

Bargas, Joseana Azevedo. *Stress and maternal parental style in attention deficit hyperactivity disorder*. Masters Dissertation. (Master in Psychology as a Profession and Science). Pontifical Catholic University of Campinas, Center for Life Sciences, Graduate Program in Psychology, Campinas. 2012, x +72

This study aimed at evaluating the relationship between stress and maternal parental style in the stress of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The participants 25 mothers and their children, with a mean age of 9.4 years, most of the participating children were boys. The children were assessed by the Child Stress Scale and mothers by Lipp Stress Symptoms Inventory for Adults and Parental Styles Inventory. The results indicated a high level of stress in this sample, since 72% of mothers and children also exhibited symptoms of excessive stress. Among mothers with stress, 60% were in the resistance stage with the prevalence of 72% of psychological symptoms. With regard to children, 36% were in the resistance stage of which 47% presented predominance of psychological symptoms. Regarding the classification of parental style, there was a predominance of at-risk style followed by regular, good and optimum styles, being that 81% of mothers who had at-risk parental style also showed symptoms of stress. This result is independent of the subtype of ADHD. The largest number of children with symptoms of stress is from the combined subtype, followed by hyperactive children, while stress seems to reach fewer children of the inattentive subtype. A significant association was found between subtype of ADHD and type of symptoms of maternal stress ($p=0009$) indicating that the inattention condition is less stressful for mothers who have fewer stress symptoms. It was found that mothers of inattentive children had more psychological than physical symptoms. The opposite occurred with mothers of hyperactive children in that they showed symptoms of stress with the predominance of physical symptoms. The results indicate a difference in symptoms of maternal stress as a function of subtype of ADHD. Another important result refers to the intensity of the symptoms of children stress in that stress seems to enhance the symptoms of attentional difficulties. It was concluded that this population has a high level of stress, the prevalent parental style can be classified as at-risk, and that the symptomatology of maternal stress is related to the subtype of ADHD. Another conclusion is that symptoms of inattention are potentiated by excessive tension. Thus it is believed that programs that enable mothers and children to manage stress can bring great benefits to their quality of life, by minimizing the symptoms of inattention and increase the use of positive parental practices.

Keywords: Stress, ADHD, Parenting Styles.

Apresentação

As várias fases de desenvolvimento intelectual, emocional e afetivo trazem consigo a oportunidade do indivíduo desenvolver seu potencial genético, porém estas etapas são marcadas por múltiplas situações geradoras de tensão, muitas vezes incapacitantes para as crianças e para o seu frágil mecanismo de combate ao *stress* (Compas & Phares, 1991 apud Marturano 2008). Os Transtornos de desenvolvimento constituem uma ameaça potencial para o aparecimento de problemas emocionais, comportamentais e *stress*.

Um dos principais transtornos neuropsicológicos da infância é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH. Sua prevalência é estimada de 3% a 5% entre as crianças em idade escolar no Brasil (Benzick, 2000). As crianças com este transtorno muitas vezes são descritas como preguiçosas, mal educadas, desobedientes e inconvenientes. Apresentam dificuldades de adaptação ao meio em que vivem não conseguindo corresponder às expectativas dos adultos. O impacto causado atinge não só a criança, mas todas as pessoas envolvidas com ela, como sua família e a escola. Geralmente os pais sentem-se perdidos no manejo com estas crianças, necessitando de intervenções que os capacitem para esta ação. O modo como os pais irão relacionar-se com seus filhos faz toda a diferença no prognóstico do quadro. As estratégias que os pais utilizam para direcionar os comportamentos dos filhos para a autonomia, as regras morais e sociais recebem o nome de estilos parentais. Quando os estilos parentais são adequados, auxiliam o enfrentamento do problema, o favorecendo desenvolvimento desta criança. Neste contexto acredita-se na importância da investigação do nível de *stress* destas crianças e de suas mães e também do estilo parental adotado na educação. Pesquisas que abordem o *stress* e o estilo parental no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade não foram identificadas na literatura. O presente trabalho poderá colaborar na maior compreensão das variáveis envolvidas nesta problemática.

A partir da minha experiência com avaliação neuropsicológica e reabilitação de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, pude observar a necessidade de estudos voltados para esta área, principalmente

para o desenvolvimento de intervenções que possam auxiliar tanto as mães quanto as crianças a lidar com esta patologia.

Deste modo surgiu meu interesse em verificar a existência de uma relação entre o *stress* e o Transtorno de Déficit de Atenção e também levantar os estilos parentais mais utilizados por estas mães. Para a realização da pesquisa tornou-se necessário na introdução a revisão teórica sobre estudos relacionados ao *stress*, *stress* infantil, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e estilos parentais. No método encontra-se a descrição dos participantes, do material e do procedimento utilizado para a realização da coleta de dados. Em seguida, são apresentados os resultados, a discussão, a conclusão do estudo, as referências e os anexos.

INTRODUÇÃO

O termo *stress* foi popularizado referindo frequentemente a situações de desgaste emocional geradas pelas mais diversas condições, tais como: doenças na família, dívidas, situações de risco e violência urbana, necessidades não satisfeitas, difíceis relações de trabalho, frustrações, dentre outras.

Segundo Lipp (2004, p. 19-22) os primeiros estudos sobre esta temática datam:

- 1910, *Sir William Osler* – excesso de trabalho e preocupações podendo levar a doenças;
- 1926, *Hans Selye* – síndrome de simplesmente estar doente;
- 1936, *Selye* - Com base em experimentos com ratos descobre a reação de alarme caracterizada pelo aumento dos córtex supra-renais e hiperatividade do mesmo, o timo, nódulos linfáticos e baço diminuem, úlceras aparecem no estômago e intestinos;
- 1936, *Selye* publica o primeiro artigo sobre a síndrome do *stress* e chama a primeira fase de alarme;
- 1952, *Selye* descobre que o organismo não fica perene na fase de alarme: ou morre ou se adapta, chamando este estágio de resistência. Descobre que após certo período prolongado na fase de resistência, o organismo não resiste mais, caindo em exaustão. Conceitua seu modelo trifásico: fase de alarme, fase resistência e fase de exaustão. Sendo o *stress* postulado como potencial gerador de alterações no timo, nas supra-renais e no aparelho gastrointestinal, “uma expressão corporal de uma mobilização total das forças de defesa”.
- 1966, *Lazarus* introduz o conceito de interpretação do evento como verdadeiro estressor.
- 2000, *Lipp* durante a padronização do inventário Sintomas *Stress* para adultos, identificou um novo estágio na evolução do *stress*: a quase exaustão, entre a resistência e a exaustão.

O termo *stress* é utilizado de forma incorreta algumas vezes. Segundo Seger (1992) o *stress* frequentemente é identificado como estímulo (ex: o trânsito) ou como reação (ex: o chefe está irritado) e raramente corresponde a sua verdadeira natureza que é a de processo. Deste modo, convém utilizar o termo “estressor” para designar o agente estimulante ou a situação que está desencadeando a excitação no organismo e a expressão “*stress*” para identificar o processo psicofisiológico em que o organismo se encontra. O termo “reação de *stress*” deve ser utilizado para definir o comportamento que o organismo manifesta, decorrente do processo desenvolvido (Seger,1992).

Segundo Margis (2003) a resposta ao *stress* passaria por três níveis.

- Nível cognitivo - Esta etapa engloba outras avaliações: a) avaliação inicial corresponderia à reação afetiva. É a avaliação do potencial de ameaça para o indivíduo; b) avaliação de demanda. Como o sujeito vivencia a situação de *stress*; c) a avaliação secundária quando são analisadas as capacidades para lidar com a situação e organização da ação, ou seja, as respostas a serem dadas a partir de todo este processo anterior de avaliação.
- Nível Comportamental – Esta etapa corresponde ao tipo de resposta comportamental a ser dada: enfrentamento, evitação ou passividade. Esta resposta dependerá de um aprendizado anterior que advém com experiências e reforços obtidos ao longo de seu histórico pessoal como indivíduo.
- Nível Fisiológico – Neste processo diferentes estruturas cerebrais estão envolvidas. Experiências com animais evidenciaram que situações potencialmente perigosas, sejam novas ou semelhantes aos perigos já vividos ativam o sistema septo-hipocampal e a amígdala. Estas são responsáveis pela representação do mundo externo, captam e comparam as informações sensoriais e as memórias e experiências vividas em diferentes regiões do sistema nervoso central. A porção ventral da matéria cinzenta periaquedutal do mesencéfalo parece ser a principal responsável pela programação da resposta luta e fuga; juntamente com o hipotálamo que programa as manifestações comportamentais, hormonais e neurovegetativas das reações de defesa.

Outro fato curioso foi à estimulação das vias serotoninérgicas (origem no núcleo mediano da rafe) que inerva o septo-hipocampal e que determina a inibição do comportamento (defesa).

Segundo Witkin-Lanoil (1985) a ação fisiológica do *stress* inicia-se quando a pessoa é exposta a um evento *estressor* que desencadeia um longo processo bioquímico. O córtex cerebral envia uma mensagem para um centro nervoso no cérebro, o hipotálamo, que se localiza no mesencéfalo. Quando um *estressor* excita o hipotálamo, uma cadeia de reações bioquímicas altera o funcionamento de quase todas as partes do corpo. A glândula pituitária é ativada a fim de mobilizar o corpo para lidar com o *stress*. Esta, por sua vez, ativa as glândulas supra-renais que secretam hormônios específicos como adrenalina, epinefrina, norepinefrina que inibem a digestão, a reprodução, o crescimento, a renovação dos tecidos e as reações imunológicas e anti-inflamatórias. Se a produção dessas substâncias for excessiva ou muito prolongada problemas sérios de desgaste orgânico podem ocorrer (Lipp, 1998).

Para as abordagens cognitivas o *stress* é considerado como resultado de avaliações de situações ameaçadoras que possivelmente usaram superestimação da ameaça ou uma subestimação da eficácia dos recursos de enfrentamento (Wells, 1995). Segundo Rangé (2003), a forma como a pessoa percebe os estímulos, ou seja, suas cognições, formadas por pensamentos, sentimentos, valores, crenças e atitudes, influenciam e determinam a resposta comportamental do indivíduo frente ao *stress*.

Já para Lipp (1996) o *stress* é definido como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma determinada situação, seja ela amedrontadora ou que a faça muito feliz. O *stress* é um estado de tensão mental e físico que produz um desequilíbrio no funcionamento global do ser humano e quando muito excessivo enfraquece seu sistema imunológico, deixando-o sujeito a infecções e doenças. O processo de *stress* se desenvolve em quatro fases: Alerta, Resistência, Quase-Exaustão e Exaustão (Lipp, 2001a).

Sintomas do *stress*

Lipp (2003) descreveu as principais dificuldades apresentadas pelas pessoas em cada uma destas fases do *stress*.

- Fase de alerta: acentuada dificuldade para dormir devido à adrenalina que é secretada em maior quantidade nessa fase, libido alta, muita energia, grande criatividade e produtividade, tensão mental e muscular, euforia, perda do apetite e grande irritabilidade devido à constante tensão física e mental.
- Fase de resistência: sono normalizado, diminuição da libido, pouca energia, queda na criatividade e na produtividade, cansaço, prejuízo da memória e sensação de estar doente.
- Fase de quase-exaustão: insônia, dificuldade para reconciliar o sono depois de despertar durante a noite, diminuição ainda maior da libido, queda acentuada na produtividade e na criatividade, energia suficiente apenas para as atividades básicas da rotina, cansaço, sensação de desgaste, falhas significativas da memória, surgimento de doenças, ansiedade e prejuízo do humor.
- Fase de exaustão: sono de curta duração e não revigorante, desaparecimento quase que completo da libido, sentimento de impossibilidade ou dificuldade no exercício das atividades laborais normais, desinteresse pelo trabalho, sensação de desgaste, cansaço, surgimento de problemas graves como: depressão, úlceras, pressão alta, diabetes, enfarte, psoríase, necessidade de ajuda médica e psicológica, afastamento dos contatos sociais, perda do senso de humor, apatia e vontade de morrer.

A primeira fase, como já foi dito, é considerada positiva, pois prepara o indivíduo para enfrentar a situação. Nesta fase existe a produção extra da noradrenalina e adrenalina aumentando a motivação, entusiasmo e energia o que pode gerar maior produtividade no ser humano para em seguida retomar o seu equilíbrio. Caso o *estressor* não seja eliminado, o organismo passa para a segunda fase, a de resistência, na qual tenta se adaptar, gastando muita energia para lidar com o fator *estressante* podendo ocasionar sensação de

desgaste e dificuldade de memória. Já na fase de quase-exaustão aparece uma sensação forte de esgotamento aumentando a chance de descontrole emocional. Na fase de exaustão há um forte desgaste do organismo, tanto físico quanto psicologicamente, podendo surgir patologias (Lipp, 2001a).

O *stress*, quando considerado positivo, ajuda a aumentar a vitalidade, o entusiasmo, o otimismo, a disposição física, ocasionando a adaptação. Isto ocorre em sua fase inicial a de alerta. Existe também o *stress* considerado negativo, quando o estímulo estressor dura muito tempo o *stress* torna-se excessivo fazendo com que o organismo ultrapasse seus limites e esgote sua capacidade de adaptação. A produtividade, a capacidade de trabalho e a qualidade de vida sofrem danos. Posteriormente a pessoa pode vir a adoecer (Lipp, 1998). Em todas as fases do *stress* aparecem alguns sintomas, que variam em intensidade, como sensação de desgaste físico constante, aumento da hipertensão arterial, irritabilidade excessiva, mudança extrema de apetite, tontura frequente, úlcera, cansaço excessivo, angústia, perda do senso de humor, dentre outros. Nem sempre a pessoa passa pelas quatro fases, sendo que só chegará à fase de exaustão quando não se adaptar e o estressor for muito grave. Os sintomas do *stress* são dependentes do nível de gravidade do estado em que a pessoa se encontra (Lipp, 1998).

No nível emocional aparecem diferenciações claras entre o *stress* considerado positivo e o negativo. O *stress* positivo motiva e estimula a pessoa a lidar com a situação e se adaptar, já o *stress* negativo e excessivo faz com que o indivíduo se intimide e fuja da situação. As reações fisiológicas causadas pelo *stress* positivo e negativo são semelhantes: as extremidades (mãos e pés) tendem a ficar frias e suadas, a aceleração cardíaca tende a subir e o nível de tensão muscular tende a aumentar. Mais tarde, quando o *stress* já está em fase mais adiantada, é que diferenças ocorrem, dependendo dos pontos mais vulneráveis de cada pessoa (Lipp, 1998).

Esta sintomatologia só ocorre se existir um estímulo desencadeador ou estressor. Lipp (1996) classifica os estímulos estressores em dois tipos: externos e internos.

Estímulos Estressores

O *stress* é inerente a vida humana. Inúmeras são as fontes de *stress*, assim como é ressaltado por Lipp (2001 b). Como fonte de *stress*, está o próprio desenvolvimento, pois, a cada etapa evolutiva se apresentam situações novas e *estressantes* com as quais o indivíduo precisa aprender a lidar, assim como menciona Spielberger (1979).

O enfrentamento aos constantes desafios do meio externo exige do indivíduo respostas psicológicas e comportamentais. O *stress* não é uma doença e, sim, uma reação instintiva ao perigo real ou imaginário ou uma situação de desafio. Segundo Lipp, Souza, Romano e Covolan (1991, p. 20) o *stress* configura-se como "um conjunto de reações que temos quando algo acontece que nos amedronta, nos irrita, excita ou nos faça extremamente felizes". O reflexo automático diante do perigo foi implantado nos genes para a proteção da espécie, deste modo o *stress* é um mecanismo benéfico muitas vezes, fazendo com que o organismo fique mais atento diante de uma situação de perigo, tendo como consequência a preservação da sobrevivência humana (Lipp, 2003).

Fontes externas de *stress*

Segundo Lipp (1996) as fontes externas do *stress* são caracterizadas pelos eventos que ocorrem no meio ambiente, mas afetam a vida do indivíduo como dificuldade financeira, doenças, mortes, acidentes e até as próprias relações interpessoais do cotidiano e que na maioria das vezes são independentes do mundo interno das pessoas. Um dos fatores determinantes na gênese do *stress* é exercido pela necessidade de adaptação por parte do organismo frente à mudanças expressivas (Homes & Rahe, 1967). É possível interpretar que o *stress* emocional excessivo pode ser a origem de diversas doenças psicofisiológicas ocasionadas pela queda de resistência física e mental. Esta queda, por sua vez, provém do fato de que à medida que o ser humano passa por mudanças, ele esgota suas reservas de energia adaptativa (Toates, 1999).

É necessário que, para um evento externo se tornar um evento *estressor*, ele seja percebido por um dos receptores do sistema nervoso periférico. As mensagens são conduzidas ao cérebro pelos sistemas sensoriais e então integradas com as representações pessoais. O sistema límbico, responsável pela interpretação emocional, retroalimenta o resultado dos processos precedentes. A interpretação se o evento é bom ou ruim é determinada pela história de vida da pessoa, por seus valores e por suas crenças. A reação de *stress* é desencadeada quando o resultado de todo esse processo aponta que o evento exige alguma ação protetora por parte do organismo (Lipp, 1996).

Fontes internas de *stress*

Compreende-se por fontes internas de *stress* o mundo interno da pessoa, do qual fazem parte as cognições distorcidas, nível de assertividade, crenças, valores, padrão de comportamentos, vulnerabilidades, ansiedade, esquemas de reação a vida (Lipp & Malagris, 1995), perfeccionismo, sonhos inalcançáveis etc. Segundo Lipp (2001b), estados emocionais também podem adotar a função de geradores de estados tensionais. Um exemplo disso pode ser um transtorno de ansiedade que seja o principal causador de *stress*, levando-se em consideração que a pessoa ansiosa tende a ver o mundo como uma ameaça havendo sempre o risco de algo não dar certo. Deste modo, aquilo que para a maioria das pessoas representa somente um desafio, para os ansiosos é uma enorme batalha e, percebendo os desafios como incomensuráveis, logicamente se *stressam* mais.

Geralmente, um estímulo torna-se *estressor* devido à interpretação cognitiva ou ao significado que o indivíduo lhe confere. Em muitas situações é o pensamento do indivíduo sobre o acontecimento que lhe causa dificuldades e não o evento em si (Tanganelli, 2000).

O determinante fundamental da emoção humana é a cognição (pensamento). Os pensamentos disfuncionais que desencadeiam *stress* e resultam em estados de disfunção emocional são: exageros, supergeneralizações, supersimplificações, deduções ou suposições. Estes, por

sua vez, geram as crenças irracionais que estão categorizadas em “deveres”, “obrigações”, “necessidades”. Tais crenças se caracterizam por uma maneira dogmática e absolutista de interpretar as situações (Ellis, 1973).

Diagnóstico de *Stress*

O diagnóstico do *stress* é de grande importância a fim de diferenciar a sintomatologia presente de outras possíveis condições. Segundo os pesquisadores Cohen e Williamson (1988), existem três maneiras de mensurar o *stress*. A primeira é uma abordagem ambiental, que avalia a presença de agentes estressores específicos que podem ser eventos ambientais ou experiências; a segunda abordagem enfoca os sintomas físicos e psicológicos do *stress* e a terceira enfoca a ativação de sistemas fisiológicos específicos. Existem também escalas que mensuram o nível de *stress* por meio de outras escalas que quantificam o impacto de eventos estressores específicos (*life-events impact*). Porém, esses instrumentos apresentam limitações, uma vez que os eventos relacionados ao *stress* podem variar muito entre indivíduos.

Um dos modos mais utilizados atualmente, para o diagnóstico do *stress* emocional em adultos, é pelo uso do teste psicológico Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (Lipp, 2000a). Existem também instrumentos que avaliam o *stress* em adolescentes (Tricoli, 2002), e em crianças (Lipp & Lucarelli, 1997). Estes instrumentos, através da avaliação dos sintomas físicos e psicológicos, permitem identificar se a pessoa tem *stress*, qual a gravidade do problema e se a vulnerabilidade presente se manifesta mais na área física ou psicológica.

***Stress* Ideal**

O mesmo mecanismo que iniciou a resposta de *stress* pode eliminá-lo, pois quando percebemos que uma situação não é mais perigosa, o cérebro cessa de mandar sinais de estimulação para o tronco cerebral, que por sua vez pára de estimular o sistema nervoso, a produção de hormônios e substâncias químicas, que deixam o corpo em alerta. Deste modo é necessário aprender a manter o *stress* sob controle e buscar o “*stress* ideal”. Ele ocorre quando o

indivíduo aprende a manejar seu *stress* de forma a gerenciar eficientemente a fase de alerta, ou seja, alternado entre entrar e sair desta fase com períodos de homeostase para que o organismo possa se recuperar. Se não há um período de recuperação, facilita-se a ocorrência de doenças, pois o organismo se exaure com o *stress* excessivo. Podemos compreender o conceito de *stress* como um produto tridimensional: biológico, psicológico e social (Lipp, 1998).

Segundo Lipp et AL (2007) na prevenção do *stress* excessivo é importante que o indivíduo saiba utilizar, quando necessário, estratégias de enfrentamento que o capacitem a lidar com o evento *estressor* de forma mais eficiente. A aprendizagem destas estratégias pode ocorrer em qualquer etapa da vida. O *stress* também pode ser aliviado através da prática de hábitos de vida adequados, como leitura, passatempos, prática de esportes e bons pensamentos. A habilidade de interpretar os eventos de modo positivo, quando algo inevitável ocorre, pode ser eficaz para evitar o *stress*. Na busca da prevenção ao *stress* excessivo o mais importante é o conhecimento dos limites pessoais e o respeito a eles.

Atualmente, um dos problemas mais comuns que a sociedade vem enfrentando, em qualquer idade, é o *stress*, principalmente na infância (Bignotto, 2010).

Stress Infantil

O desenvolvimento infantil gera mudanças físicas, cognitivas, emocionais, afetivas e sociais. Segundo Lipp (2000 b) as mudanças inerentes do desenvolvimento fazem com que todas as crianças enfrentem situações de tensão muito elevadas que algumas vezes podem ultrapassar suas capacidades de amadurecimento para lidar com as situações. Quando a criança não possui repertório de enfrentamento para lidar com as demandas do meio o processo de *stress* pode ser desencadeado.

A criança entra em estado de alerta devido a um evento *estressante*, não importando se ele é bom ou ruim, e desta maneira ocorre a ativação do sistema nervoso simpático e da glândula pituitária, através do hipotálamo. Concomitantemente, ocorre a ativação das glândulas supra-renais que liberam adrenalina, a criança é preparada para a reação de "luta e fuga" e ocorre a

inibição das atividades vegetativas, o que pode ocasionar mudanças nos hábitos alimentares (perda de apetite) e alteração no sono (pesadelos, insônia).

Sobre os transtornos psicossomáticos, Grünspum (1980) afirma que na criança também é possível estabelecer graus de respostas nos diversos sistemas do organismo até atingir tais transtornos. Considerando as fases de *stress* descritas por Selye (1965) o autor descreve o impacto dos stress nos Sistemas abaixo.

1- Sistema de Atenção: na Fase de Alarme ocorre Hipervigilância, em oposição nas demais fases com a incapacidade para manter a atenção e rendimento.

2- Sistema de Cognição: pesadelos, pensamentos repetitivos e ruminação de idéias na Fase de Alarme, com memória prejudicada; nas fases subsequentes ocorre substituição e perda de realidade, fantasia.

3- Sistema Emocional: crises de medo, birra e reações de ansiedade na Fase de Alarme. Nas outras fases, apatia.

4- Sistema Somático: na Fase de Alarme ocorrem transtornos psicossomáticos; sintomas corporais regressivos, nas demais fases.

Estas considerações feitas por Grünspum (1980) alertam para a necessidade de observação e de conhecimento do que acontece com a criança, o que pode estar justificando mudanças comportamentais importantes para o seu desenvolvimento.

Segundo Lipp, Souza, Romano, Covolan (1991), a criança reage com sensações físicas e psicológicas quando se vê frente a um evento *estressor*. Os transtornos psicológicos mais comuns são: depressão, dificuldades de relacionamento, comportamento agressivo, desobediência inusitada, ansiedade, choro excessivo, gagueira, terror noturno, dificuldades escolares, pesadelos, introversão súbita, dificuldades interpessoais, irritabilidade, birra, medo excessivo e insônia. Os transtornos físicos são: asma, dores de cabeça, tique nervoso, dores abdominais, diarreia, náusea, hiperatividade, ranger os dentes, tensão muscular, distúrbio de apetite, enurese noturna e gagueira e doenças dermatológicas entre outras.

A dinâmica do *stress* infantil é muito parecida com a do adulto, ou seja, o processo de *stress* ocorre em quatro fases: Alerta, Resistência, Quase - Exaustão e Exaustão.

Estressores

Do mesmo modo como no adulto, o *stress* infantil pode ser ocasionado por fatores internos e externos. Os fatores internos seriam algumas características de personalidade da criança que a levaria a reagir e sentir-se de uma maneira determinada. Segundo as pesquisas as principais fontes internas de *stress* seriam: ansiedade, depressão, timidez, desejo de agradar, medo de fracassar, preocupação com mudanças físicas, medo de punição divina, dúvidas quanto à própria inteligência e beleza, interpretações amedrontadoras de eventos simples, medo da morte dos pais e a criança teme ficar sozinha, medo de ser ridicularizada pelos amigos, sentir-se injustiçadas sem ter como se defender, desacordo entre as exigências de sucesso e o verdadeiro potencial(Lipp,2000b).

Também existem as fontes internas de *stress* provenientes das mensagens e valores transmitidos pelos adultos responsáveis pela educação da criança e pelo contato com membros da família que estejam sob *stress* (raiva interpessoal, ausência de suporte social). As fontes externas de *stress* seriam qualquer evento do meio externo que exija uma adaptação por parte da criança, exigindo com isso o gasto de muita energia. Dentre as fontes externas de *stress*, pode-se citar: separação dos pais, morte de alguém na família, nascimento de irmão, hospitalizações e mudança de escola ou residência, maturidade e independência precoce, permissividade sexual excessiva, exposição a pessoas desconhecidas, mudança na rotina, impedimento físico para o alcance de algum objetivo e ainda quando a criança não recebe cuidados adequados diariamente (Lipp 2000b).

Algumas crianças são mais vulneráveis ao *stress* que outras. Segundo Lazarus (1966) e Ellis (1973), as diversas formas de apoio social que a criança recebe, principalmente dos pais, influenciam diretamente os fatores de maior ou menor vulnerabilidade ao *stress* na infância. Esta vulnerabilidade também é

influenciada pelas técnicas ou habilidades que a criança possui em seu repertório para lidar com os agentes *estressores*.

Segundo Lipp (2000b), estas diferenças são explicadas através dos fatores endógenos e ambientais, ou seja, existem vulnerabilidades com as quais se nasce e outras que são adquiridas ao longo do desenvolvimento. São elas que irão determinar parcialmente a maneira como se reage aos eventos *estressores* da vida cotidiana e aos grandes *estressores*. Chama-se de tendência crônica de se *estressar* a interação entre os fatores genéticos e a educação recebida dos pais.

Consequências do *stress* infantil

A energia requerida para que a criança se adapte às mudanças que ocorrem em sua vida, gera um desgaste para o organismo, podendo ocasionar sérias doenças. Quanto maior o número de mudanças enfrentadas pela criança num período de doze meses, maior a probabilidade de desgaste do organismo, em consequência do déficit de energia adaptativa. Tal fato aumenta as chances da ocorrência de problemas de saúde (Elkind, 1981).

Segundo Udwin (1993), é possível que experiências de *stress* severo na infância possam produzir resultados psicofisiológicos duradouros, seguindo até a vida adulta. No contexto da infância algumas pesquisas indicam que o *stress* infantil é fator de risco em relação à saúde mental na adolescência e vida adulta (Nettles & Pleck, 1996 apud Lemes 2003). Segundo Egeland e Kreutzer (1991) existem indícios que o *stress* seja a principal variável causal de psicopatologias infantis. As consequências do *stress* podem ser de natureza física, psicológica e social. Uma das consequências físicas é o aumento da produção de corticosteróides promovido pelas glândulas supra-renais, o que afeta diretamente o sistema imunológico, diminuindo a resistência da criança e facilitando o aparecimento de doenças que estavam incubadas e infectocontagiosas. Geralmente as consequências psicológicas são os problemas escolares (dificuldade de concentração e no desenvolvimento do pensamento abstrato), agressividade, desobediência, depressão, cinismo, abuso de drogas e problemas interpessoais. As consequências sociais de crianças vulneráveis que crescem sem um tratamento adequado são que elas

se tornam adultos que não conseguem lidar com mudanças, ou seja, tem dificuldades de adaptação (Lipp 2000b).

Alguns estudos foram realizados escolhendo a situação escolar como contexto para o estudo do *stress*. Diversos aspectos deste problema foram estudados nos últimos anos, resultando na produção de várias Dissertações de Mestrado da PUC CAMPINAS. Como exemplo, Vilela (1996) comparou o nível de *stress* em crianças do primeiro grau de escolas particulares e públicas, Tricoli (1997) investigou a sintomatologia em escolares. Diversas populações têm sido enfocadas nesses estudos, sendo que muitos deles são voltados para o início da fase escolar, de pré-escola ao ensino fundamental (Lipp e Tanganelli, 1998; Lemes, Fisberg, Rocha, Ferrini, Martins, Siviero e Ataka, 2003; Calais, Andrade e Lipp, 2003). O conjunto destes estudos oferece uma base para se entender aspectos alguns do *stress* infantil, porém, ainda resta muito a ser pesquisado na área, a fim de que métodos adequados de prevenção e manejo do *stress* infantil sejam elaborados.

Segundo Lipp et al. (1991), a prevenção do *stress* infantil pode ser feita através de uma vida equilibrada dos pais o que ocasiona práticas parentais adequadas como: paciência, prazer em estar com a criança, aceitação, calma no enfrentamento dos problemas, valorização da criança como ser humano entre outras condutas. Pais que tem habilidades para simplificar a vida cotidiana contribuem muito para que seus filhos não se *estressam*. Outro fator muito importante é que a criança aprenda a brincar e tenha tempo para este tipo de atividade não programada, pois assim desenvolve coordenação motora, espírito de equipe, cooperação, respeito aos limites e aprende a perder. Respeito ao ritmo individual da criança também é um aspecto importante na prevenção ao *stress*, além da aquisição de hábitos saudáveis relativos à alimentação, lazer e exercícios físicos.

Existem inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento infantil que podem potencializar o *stress* na criança. Entre eles encontra-se um dos principais transtornos neuropsicológico da infância o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Estas crianças apresentam dificuldades de

adaptação ao meio em que vivem quando não conseguem corresponder às expectativas dos adultos.

Fatores de Risco para o Desenvolvimento Infantil

Alguns estudos mostram que os aspectos genéticos, biológicos e ambientais podem influenciar o desenvolvimento infantil. Esses aspectos, quando associados à consequências negativas para o desenvolvimento, são chamados de *fatores de risco*, e podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo (Webster-Stratton, 1998).

Segundo os pesquisadores Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini, e Hutz, (2005) os fatores de risco estão relacionados aos eventos de cunho negativo de vida e aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais.

O desenvolvimento infantil é determinado por características pessoais (físicas e mentais) do indivíduo e pelo ambiente social em que ele vive. Desta forma as ameaças diretas ao desenvolvimento ocorrem como consequência de problemas genéticos e biológicos adquiridos e também levando-se em conta o contexto ambiental (Halpern & Figueiras, 2004).

Desta forma, é possível que o aparecimento dos fatores de risco em relação ao desenvolvimento infantil esteja ligado às questões biológicas, à sequência (direta ou indireta) de adversidades ambientais e a processos cognitivos. Conseqüentemente, a combinação de fatores de risco: genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais acabam por gerar resultados negativos no desenvolvimento, na maioria das vezes envolvendo influências mútuas e complexas entre eles.

O desenvolvimento saudável das crianças pode ser prejudicado por determinadas características familiares presentes entre os fatores de risco. Sete domínios individuais e ambientais podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologias em crianças, segundo Greenberg, Domitrovitch e Bumbarger (2001).

São eles:

1. *Incapacidades constitucionais*, que podem ser geradas por problemas na gestação, desequilíbrio neurológico, doenças orgânicas e doenças sensoriais;
2. *Atraso no desenvolvimento*, caracterizado por obstáculos na aprendizagem, inabilidade social, déficits de atenção, dificuldades na linguagem, entre outras;
3. *Dificuldades emocionais*, tais como desequilíbrio emocional, baixa auto-estima, apatia, imaturidade, entre outras;
4. *Circunstâncias familiares*, pautadas pelo baixo status socioeconômico, número de pessoas na família, abuso infantil, doença mental na família, eventos de vida estressantes, desorganização familiar, comunicação familiar insuficiente, vínculo parental pobre e conflitos familiares;
5. *Problemas interpessoais*, caracterizados por rejeição pelos pares, alienação e isolamento;
6. *Problemas escolares*, em suma, o fracasso escolar;
7. *Riscos ecológicos*, como pobreza extrema, desorganização nas cercanias, injustiça racial e desemprego.

O desenvolvimento não é determinado por um único fator de risco, mas influenciado por relações complexas entre variáveis biológicas e ambientais (Greenberg, Domitrovitch & Bumbarger, 2001).

Para a compreensão do que ocorre ao indivíduo em situação de risco é necessário considerar que a condição de vulnerabilidade pode ser fortalecida pela exposição a fatores de risco. Todos aqueles elementos que potencializam situações de risco ou impossibilitam que os indivíduos respondam de forma satisfatória ao *stress* podem remeter à vulnerabilidade (Poletto, Wagner & Koller, 2004).

Acredita-se que o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade seja um fator de risco que se enquadra no domínio individual categorizado como “atraso no desenvolvimento”, além de muitas vezes afetar outros domínios individuais, como dificuldades emocionais, problemas interpessoais e problemas escolares.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

A nomenclatura deste transtorno teve variações no decorrer da história, tais como “Lesão Cerebral Mínima”; “Reação Hipercinética da Infância”, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-II; “Transtorno do Déficit de Atenção”, DSM-III; “Transtorno de Hiperatividade com Déficit de Atenção”, no DSM-III-R; “Transtornos Hipercinéticos”, na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10; e “Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade”, no DSM-IV.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é uma síndrome heterogênea, de etiologia multifatorial, dependendo de fatores genéticos e adversidades biológicas e psicossociais. Segundo Cypel (2007) há uma grande complexidade na discussão sobre as causas implicadas na determinação da desatenção e hiperatividade. Deste modo busca-se identificar os possíveis determinantes para cada indivíduo e o mais provável é que o quadro de transtorno atencional e hiperatividade apareça por um somatório de fatores desencadeantes (Cypel, 2007).

O primeiro destes fatores seria o aspecto genético. O TDAH está relacionado aos fatores genéticos em pelo menos 80% dos casos, ou seja, se um dos pais apresentam o transtorno, a probabilidade de que seus filhos também venham a apresentá-lo é de duas a oito vezes maiores. Atualmente existem algumas comprovações científicas mostrando as bases neurobiológicas deste transtorno, seja através de estudos genéticos, bioquímicos e de imagem cerebral. Faraone e Doyle (2001) através de suas pesquisas sugerem que a participação genética influencia o sistema dopaminérgico, encontrando diferenças significativas no gene codificador DRD4 do receptor de dopamina, e o transportador de dopamina DAT1 entre indivíduos normais e com TDAH.

Segundo Cypel (2007) na busca de encontrar as causas do TDAH, as lesões e disfunções cerebrais, intoxicações, principalmente por chumbo e as radiações da fluorescência da televisão também foram objeto de estudo de alguns pesquisadores, mas poucos achados científicos comprovaram estas

hipóteses. Outros fatores etiológicos vêm sendo estudados na literatura como capazes de causar o TDAH, e entre estes fatores estão os aspectos emocionais.

Segundo Romam, Schmitz, Polanczk e Hutz (2003), os estudos sobre a etiologia do TDAH ainda estão na “infância” sendo necessário muita investigação na busca e definições de possíveis “subfenótipos” nos quais a heterogeneidade seja reduzida determinando caracterizações mais específicas e conseqüentemente um tratamento mais eficaz.

O diagnóstico do TDAH sustenta-se sobre dois pilares: a) os dados da história clínica da criança; b) avaliações neuropediátricas e neuropsicológicas. O DSM-IV (1994) define este transtorno como um problema de saúde mental, considerando-o um transtorno bidimensional, que envolve a atenção e a hiperatividade/impulsividade. A característica essencial é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em crianças de mesma idade que estão no nível equivalente de desenvolvimento. Alguns autores sugerem que os transtornos de conduta também podem estar associados ao TDAH. Seu diagnóstico é baseado em sintomas descritos no DSM-IV, que classifica estes pacientes em três tipos:

- a) TDAH com predomínio de sintomas de desatenção;
- b) TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade;
- c) TDAH combinado.

A desatenção caracteriza-se pela capacidade reduzida que a criança tem em permanecer atenta a uma determinada tarefa para compreendê-la e/ou realizá-la, ou seja, a criança tem curta fixação da atenção (Cypel, 2007).

A atenção tem uma natureza multidimensional, sendo que para as pessoas com TDAH as maiores dificuldades convergem com os aspectos da atenção relacionados com a persistência do esforço, com a vigilância, ou seja, a capacidade de manter atenção as tarefas, e distração ou a propensão a responder à ocorrência de eventos externos que não estejam relacionados com esta tarefa (Barkley, 2007).

Segundo Barkley (2007) a segunda dimensão de fatores associado ao TDAH é a desinibição comportamental e a hiperatividade a ela associada. Estas dificuldades estão associadas ao déficit no controle inibitório, ou seja, ao controle fraco das funções executivas, incapacidade em retardar uma resposta ou gratificação ou inibir resposta dominantes. A hiperatividade está relacionada a esta dificuldade em controlar os impulsos. Pode ser observada através dos sintomas de níveis de atividade excessivos ou inadequados ao desenvolvimento seja atividade motora como inquietação, agitação e movimentos como corporais bruscos, seja verbal. Desta maneira, o TDAH caracteriza-se pela execução inapropriada dos mecanismos reguladores da atenção, da flexibilidade e da atividade motora. “Seu início é precoce, sua evolução tende a ser crônica com repercussões significativas no funcionamento do indivíduo em diversos contextos de sua vida” (Andrade, 2003 p. 81).

Sabe-se que este é o transtorno neurocomportamental mais frequente na população pediátrica causando um grande impacto na vida familiar, escolar e social. A prevalência do TDAH relatada em pesquisas depende de vários fatores, tais como: métodos de avaliação utilizados, população estudada, critérios diagnósticos empregados e a fonte de informação utilizada. Os estudos nacionais e internacionais situam a prevalência do TDAH entre 3% e 6%, sendo realizados, em sua maioria, com crianças em idade escolar (Benzick, 2000). O TDAH ocorre isoladamente em 30-40% dos pacientes, e comumente se associa a outras comorbidades neuropsiquiátricas como: transtorno opositor desafiante, transtornos de conduta, depressão, ansiedade e outros transtornos do desenvolvimento, como atraso na fala e dificuldades no aprendizado (Guardiola, Fuchs &, Rotta 2000).

As causas desse transtorno, embora muito pesquisadas e atribuídas a uma combinação de fatores genéticos, biológicos e ambientais, ainda não foram completamente definidas, até mesmo pela frequência das comorbidades, o que dificulta a adoção de estratégias preventivas e curativas.

Em vários estudos mostra-se uma preponderância do sexo masculino sobre o feminino no transtorno hiperativo, independentemente de critérios diagnósticos ou métodos de levantamento. Partindo deste dado outros estudos foram feitos e não encontraram diferenças entre sexos no que diz respeito a

perfis acadêmico e comportamental derrubando a hipótese da explicação genética em virtude do sexo para as taxas de TDAH. Uma hipótese sugerida é que os meninos seriam normalmente encaminhados para tratamento, por desenvolverem problemas de conduta e incomodarem mais os adultos (Benzick 2000).

A fonte de informação possui um viés - os pais e a própria criança tendem a subestimar a prevalência do TDAH, enquanto os professores tendem a superestimar.

Alguns estudos sobre a prevalência do TDAH foram feitos no Brasil utilizando critérios neuropsicológicos. Guardiola (1994) encontrou uma prevalência do transtorno de 3,5% a 3,9% em uma amostra representativa de escolares de 1ª série na cidade de Porto Alegre (Rio Grande do Sul). No mesmo estado, outra pesquisa foi feita por Rohde et al. (1999) com 1013 adolescentes entre 12 e 14 anos, por meio de critérios do DSM-IV, e foi encontrada a prevalência de 5,8%. Na Paraíba, Barbosa (1995), por meio da escala Conners (versão para pais e professores), encontrou uma prevalência de 3,3%.

Através destes dados observa-se que a prevalência do TDAH encontrada no Brasil é compatível com as citadas na literatura internacional.

Normalmente os sintomas aparecem antes dos sete anos de idade, podendo ser observados em situações na família, na escola e em ocasiões sociais. Embora muitas vezes diagnóstico ocorresse após alguns anos da manifestação dos sintomas, o transtorno geralmente é reconhecido apenas quando a criança ingressa na escola. Acredita-se que no ambiente escolar as dificuldades de atenção e inquietude são percebidas com maior frequência pelos professores através de comparações com outras crianças da mesma idade no mesmo ambiente. As dificuldades de aprendizagem (presente em 20% destas crianças), e o fracasso escolar são manifestações que acompanham o transtorno hiperativo. As crianças com TDAH mostram-se agitadas e com perturbações motoras (equilíbrio, noção de espaço e tempo, esquema corporal, etc.), mudam muito de uma atividade para outra, apresentam problemas na organização acadêmica e dificuldade de manter uma

relação de amizade com as demais crianças de sua idade. Observa-se também um excessivo nível de atividade, manifestando-se como movimentos corporais desnecessários, impulsividade, antecipação de respostas e inability para esperar um acontecimento (Benzick 2000).

Segundo Barkley (1997), o déficit mais importante no TDAH, independente da hiperatividade e da desatenção, é um defeito na inibição da conduta, o que tem grande impacto no funcionamento cotidiano (pragmático), nas *praxias* do desempenho escolar, social entre outros. Como *praxias* o autor refere-se à memória de trabalho (verbal e não verbal), ao controle do afeto, à motivação, ao estado de alerta, tudo o que afeta o autocontrole e a capacidade de conduta dirigida para metas.

A orientação terapêutica para um prognóstico favorável ao desenvolvimento desta criança envolve um trabalho que deve ser realizado junto à criança, à família e à escola através de psicoeducação, também é necessário terapia cognitiva comportamental associado ou não ao uso de medicações (Cypel, 2007). Segundo a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) o tratamento de TDAH é *multimodal*, podendo ser feito por medicamentos psiquiátricos e pela psicoterapia (Terapia Cognitivo - Comportamental -TCC) em modelo combinado, dependendo da dimensão de cada caso (Pereira, 2004). Também há recomendações de tratamento envolvendo fonoaudiólogos e oftalmologistas, para os casos de Transtornos de Leitura ou da Expressão Escrita.

O impacto desse transtorno na sociedade é enorme, tendo em vista seu alto custo financeiro, o *stress* nas famílias, o prejuízo nas atividades acadêmicas e vocacionais, bem como efeitos negativos na autoestima das crianças e adolescentes. As crianças com este transtorno apresentam um risco maior de desenvolver outras doenças psiquiátricas na infância, na adolescência e na idade adulta (Benzick,2000).

Contudo, ao se observar a personalidade com traços do transtorno nas mais diversas áreas profissionais, nos deparamos com uma grande questão: é possível que o funcionamento do TDAH não seja tão desfavorável como

parece, haja vista que entre suas implicações estão a capacidade de melhorar o processo de criatividade e a desinibição comportamental (Barkley, 1997).

Segundo Silva (2003, p. 93), a impulsividade, o hiperfoco e a hiperreatividade presentes no processo criativo são fatores positivos do TDAH tanto quanto um cérebro veloz:

- A *impulsividade* é responsável por selecionar uma determinada ideia entre as inúmeras que circulam pelo cérebro, pois sem ela “uma idéia não se transforma de fato em uma ação criativa.”
- O *hiperfoco* é a habilidade do TDAH em se hiperconcentrar em idéias ou ações específicas, motivado por um impulso passional, durante horas e horas, o que possibilita a realização do processo criativo até que a idéia inicial se materialize.
- A *hiper-reatividade* é a capacidade da mente TDAH permanecer sempre em funcionamento, conectando-se a tudo simultaneamente, tal qual uma antena parabólica em permanente rastreamento, captando os mais diversos estímulos exteriores e interiores e reagindo a si mesma.

“Tanto a hiper-reatividade externa como a interna são responsáveis por um estado de inquietação mental permanente, que acaba por manter uma rede de pensamentos e imagens em atividade intensa, propiciando assim o processo criativo.” (Silva, 2003, p. 93).

Segundo Rohde e Matos (2003), diversos conflitos nas relações familiares são gerados levando-se em consideração sintomas de dificuldades de atenção, hiperatividade e impulsividade. A incidência de tais sintomas é muito alta em crianças (5% a 13% – uma em 12) e fazendo com que o convívio familiar seja permeado de agressividade, desassossego, incompreensão, desajustes e *stress*.

As primeiras conseqüências do comportamento inadequado do TDAH são sentidas na família, onde, tendo em vista a falta de conhecimento do problema, começam a dar rótulos à criança de mal-educada, imatura, irresponsável, pouco inteligente, “lunática” e outras qualificações. O

funcionamento do córtex pré-frontal é refletido na vida do TDAH, sendo responsável pelo controle dos impulsos e filtragem de estímulos, e podendo ser afetado de várias formas.

Relação Pais e Filhos

A educação dos filhos sempre foi uma tarefa complexa para os pais. Quando a criança tem TDAH é, sem dúvida, mais dificultoso e perturbador (estímulo estressor) para qualquer família. A relação familiar é o fator mais importante em termos de prognóstico, da forma como se expressam os sintomas e dos problemas que lhe são associados. A família pode ter o papel de proteção, contensão e apoio, mas também um elemento potencializador das dificuldades e do *stress* dos filhos.

Foi proposto por Goldstein e Goldstein em 1990 um modelo de intervenção para orientar pais em melhorar suas interações com seus filhos TDAH.

Primeiramente os pais devem entender as causas do TDAH e buscar ver o mundo através dos olhos de suas crianças. Esta conduta ajuda a entenderem as necessidades diárias da criança e diminuir o *stress* causado. Inúmeros pais crêem que o filho é desinteressado, preguiçoso, que não se esforçam, ou ainda, que é ruim ou teimoso. Muitas vezes os pais culpam os professores e a escola pelos fracassos escolares da criança, ocasionando frequentemente mudanças de escola. Deste modo os pais acabam rivalizando com a escola/professor e acarretando mais problemas para a criança. Para se escolher uma escola deve-se levar em conta a sintomatologia do TDAH e entender os problemas sociais, emocionais e escolares para só então escolher uma escola que favoreça o melhor desenvolvimento destas áreas. Quando os pais conseguem identificar o que ocasiona as atitudes do filho podem assumir uma postura de compreensão e enfim ajudá-los.

Ainda, de acordo com Goldstein e Goldstein (1990), faz-se necessário que os pais forneçam informações claras e prévias a criança, norteando o seu agir em cada situação e também, informação da punição que receberá se não seguir estas orientações. A punição caracteriza-se pela consequência direta que a criança terá com aquela ação. Para a criança é mais fácil saber

antecipadamente o que é esperado dela em determinadas situações. No início, os pais devem dar orientações dirigindo a conduta dos filhos até que estes possam, sozinhos, desenvolver suas próprias orientações e direções. Caso a criança desobedeça, são necessárias pequenas punições para demonstrar a clara insatisfação dos pais, e novamente esclarecer o porquê da punição.

Os mesmos autores também alertam que os pais necessitam fazer uma distinção entre desobediência e incompetência (dificuldade). Sabe-se que a maioria dos comportamentos da criança com TDAH são em razão de suas dificuldades e não de teimosia. Quando os pais aprendem a fazer esta distinção conseguem reduzir punições inadequadas e orientar a criança para realizar comportamentos mais assertivos e promover um desenvolvimento favorável de suas potencialidades.

Atualmente, tem-se estudado as práticas educativas, ou seja, as estratégias empregadas pelos pais na orientação do comportamento de seus filhos. O comportamento da criança e os aspectos da vida valorizados por ela são frutos da educação recebida dos pais. Segundo Bignotto (2000) essas características pessoais podem tanto auxiliar a lidar com o *stress*, quanto ser causa potencial dele.

A rede de apoio mais próxima durante a infância parece ser o contexto familiar. Ele tem um importante fator de proteção, pois algumas características da família, como afeto, intimidade e comunicação, podem ajudar as crianças a manterem um senso de estabilidade e rotina frente às mudanças e situações estressantes (Lohman & Jarvis, 2000). Para Pilnik (1985), a presença dos pais é fundamental para orientar os filhos, procurando apoiá-los e tentando identificar possíveis revoltas e dificuldades, evitando problemas maiores em seu desenvolvimento.

Segundo Lipp et al.(2007), as crianças ao longo do seu desenvolvimento enfrentam momentos de tensão que podem alcançar níveis altos e até ultrapassar suas capacidades imaturas para lidar com situações conflitantes. Nestes momentos a reação acertada dos adultos próximos é fundamental, pois pais que respondem às situações estressantes da vida com ansiedade e angústia estarão transmitindo esse modelo de comportamento para a criança,

ou seja, quando a criança for confrontada com acontecimentos *estressantes* aprenderá a agir da mesma forma; terá a tendência imediata para se sentir ansiosa e angustiada.

Os pais *estressados* tendem a ser menos assertivos no manejo do problema e contribuir de forma negativa para a adaptação a esta situação. Muitas vezes os pais valorizam demasiadamente o desempenho da criança. Ao perceber que ela não corresponde a tal desejo, podem cobrá-la de maneira exagerada, o que vai gerando na criança um quadro de *stress* elevado e baixa auto-estima, sendo esta uma das principais causas do *stress* infantil. Os pais devem demonstrar a seus filhos o valor que possuem pela pessoa que são, ou seja, deve-se demonstrar a criança que ela é amada incondicionalmente (Lipp, 2000b).

A maneira como os pais educam seus filhos parece ser crucial à promoção de comportamentos socialmente adequados, porém, com frequência, as famílias acabam estimulando comportamentos inadequados por meio de disciplina inconsistente, pouca interação positiva, pouco monitoramento e supervisão insuficiente das atividades da criança. Pode-se perceber que os pais têm o papel fundamental de oferecer à criança uma orientação que a possibilite ter estratégias de enfrentamento do *stress* ao longo de sua vida com isso necessitam tomar algumas precauções como: 1) não sobrecarregar os filhos de atividades extracurriculares. O recomendado é que a criança além da escola tenha uma atividade esportiva de sua escolha. Ao escolher a atividade esportiva deve-se atentar para o nível de competição que ela envolve, para que a valorização não seja apenas do desempenho da criança; 2) Deve-se atribuir responsabilidade na medida em que a criança possa dar conta, nem em excesso nem a falta total de responsabilidades, ou seja, o ritmo da criança deve ser respeitado; 3) Não fazer comparação entre crianças; 4) As regras colocadas devem ser firmes, claras e coerentes; 5) Não impor limites e disciplina utilizando a figura de Deus; 6) Deve-se fazer críticas construtivas, enfocando apenas o comportamento indesejável e não a pessoa da criança; 7) Brigas e discussões devem ser evitadas na presença da criança (Bignotto 2000).

Segundo Costa, Teixeira e Gomes (2000) e Gomide (2003), os pais, objetivando que os filhos sigam princípios morais e desenvolvam independência, autonomia e responsabilidade, direcionam o comportamento daqueles para que possam exercer adequadamente o papel social quando jovens e adultos.

Estilo Parental

As estratégias e técnicas que os pais utilizam para orientar o comportamento dos filhos são denominadas práticas educativas parentais e o resultado dessas denomina-se *Estilo Parental* (Gomide, 2003), que é o modo como os pais gerenciam as questões de poder, hierarquia e apoio emocional no relacionamento com os filhos. De acordo com Stevenson-Hinde (1998) e Costa, Teixeira e Gomes (2000), o estilo parental é um clima emocional que abrange os padrões globais de comportamento dos pais e vai além das atitudes destes, objetivando que as práticas disciplinares específicas sejam mais eficazes e também atuando na predisposição dos filhos à socialização.

A primeira das dimensões abrangidas pelo estilo parental se refere a como os pais podem atingir um relacionamento harmonioso e efetivo com os filhos. A segunda dimensão compreende as práticas parentais que causam comportamentos anti-sociais. Dentro deste âmbito, o desenvolvimento ou inibição dos comportamentos anti-sociais estão diretamente relacionados com a frequência e a intensidade com que os pais utilizam determinadas práticas educativas (Gomide, 2006). Um modelo teórico de Estilo Parental composto por sete variáveis (práticas parentais) é utilizado pela autora. Cinco dessas variáveis estão vinculadas ao desenvolvimento de comportamentos anti-sociais e duas que promovem comportamentos pró-sociais.

As práticas educativas consideradas positivas estão descritas a seguir.

Monitoria Positiva

Série de comportamentos parentais de atenção às atividades e à adaptação dos filhos. Características: estabelecimento de regras claras, frequência equilibrada da atenção, demonstração segura do afeto, acompanhamento e supervisão das atividades escolares e de lazer.

Comportamento Moral

Seguindo o exemplo dos pais, refere-se ao desenvolvimento do senso de justiça, da empatia, da responsabilidade, da generosidade, do trabalho, e do conhecimento do certo e do errado.

As práticas Educativas Negativas são:

Abuso físico e psicológico

O abuso físico é o resultado potencial da punição corporal, caracterizado pelo socar, espancar, chutar ou machucar a criança, ou seja, se caracteriza pela disciplina a partir de práticas corporais negativas. As práticas parentais violentas são consideradas um fator de risco para o desenvolvimento de problemas sociais e psicológicos (condutas anti-sociais e transtornos psiquiátricos).

O abuso psicológico é o mais freqüente dos tipos de abuso infantil, no entanto é mais sutil e difícil de mensurar. Caracteriza-se principalmente pela ameaça, chantagem de abandono e humilhação da criança. O desenvolvimento da autonomia e das relações sociais é prejudicado, podendo causar baixa auto-estima e depressão.

Disciplina Relaxada

É caracterizada pelo relaxamento das regras estabelecidas e considerada um fator de risco para os problemas de conduta e delinquência. As regras são estabelecidas, os pais ameaçam e, quando se deparam com comportamentos de oposição dos filhos, abrem mão de seu papel educativo.

Monitoria Negativa

Denominada também de Supervisão Estressante, se caracteriza pelo excesso de instruções e regras, não importando o seu cumprimento e torna o ambiente familiar hostil.

Negligência

Caracteriza-se pela ausência de atenção e afeto. Os pais negligentes não são responsivos, se retiram de situações difíceis e ignoram a maioria dos

comportamentos e atividades das crianças. Sentimentos de insegurança, vulnerabilidade e dificuldade nos relacionamentos sociais acabam sendo gerados por esta negligência.

Punição Inconsistente

Esse tipo de punição interfere sobretudo na percepção que a criança desenvolve sobre si pois, ao utilizarem essa prática, os pais se orientam pelo seu humor no momento de punir ou reforçar e não pelo ato praticado pela criança.

O estilo parental de risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais pelas crianças é caracterizado pela utilização por parte pais, de várias práticas parentais consideradas negativas, por exemplo: negligência, punição inconsistente e abuso físico, em detrimento das positivas.

Ao contrário, o uso das práticas consideradas positivas – comportamento moral e monitoria negativa – em detrimento das negativas, caracteriza um estilo parental ótimo (Gomide, 2006).

Podemos encontrar na literatura nacional dois instrumentos para a avaliação de Estilos parentais, são eles:

1. Inventário de Estilos parentais (IEP) – elaborado por Gomide (2003), foi desenvolvido a partir de oito práticas parentais selecionadas pela autora visando identificar famílias onde haja grande probabilidade de desenvolvimento de comportamentos anti-sociais ou pró-sociais em pelo menos um de seus membros.
2. Escalas de Responsividade e Exigência Parental – traduzidas e adaptadas por Costa, Teixeira e Gomes (2000). A partir de questões abordadas junto a adolescentes são avaliadas as dimensões de responsividade e exigência parental, caracterizando os estilos parentais negligente, autoritário, autoritativo e indulgente.

O estilo parental pode ser influenciado por alguns fatores como o nível socioeconômico, idade dos filhos, ordem de nascimento, etnia e sexo dos pais. Pais com alto nível socioeconômico tenderiam a ser mais permissivos e autoritativos, já pais com nível socioeconômico baixo tendem ser mais

restritivos e autoritários, (Mangabeira et al., 2001). Parece existir uma maior exigência e autoritarismo por parte dos pais em relação aos filhos mais velhos (Shaffer, 1988). Segundo McBride-Chang e Chang (1998), filhos de pais orientais que seguem um padrão mais autoritário, demonstram menos prejuízo se comparados com amostras ocidentais. Estudos brasileiros mostram que as mães são percebidas como mais responsivas e exigentes se comparadas aos pais (Costa et al., 2000).

Os estilos parentais possuem influência no desenvolvimento de características pessoais das crianças e adolescentes. Tais características são determinantes para a adaptação da criança às diversas mudanças (biológica, social e cognitiva) com que se depara nesse período da vida. Deste modo, é possível compreender a influência dos estilos parentais no nível de *stress* apresentado pelas crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, já que a relação familiar é o fator mais importante em termos de prognóstico, da forma como se expressam os sintomas e dos problemas que lhe são associados.

Acredita-se que no contexto do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, os pais menos *estressados* capacitem seus filhos lidar melhor com os *estressores* da vida, ou seja, estas crianças seriam menos *estressadas*, pois receberiam uma criação que proporciona auto-estima, autoconfiança, habilidades sociais, entre outras características positivas.

A literatura existente aborda inúmeras influências que o estilo parental pode exercer sob o desenvolvimento da criança, porém pesquisas que visem relacionar o estilo parental com Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade e *stress*, ainda não foram encontradas. Com o objetivo de suprir essa lacuna na literatura, o presente estudo buscou verificar a relação entre o estilo parental, *Stress* e o Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade em uma amostra de crianças.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

1. Este estudo pretendeu avaliar a relação entre o *stress* e o estilo parental materno e sua influencia no *stress* dos filhos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Objetivos Específicos

1. Avaliar o estilo parental materno;
2. Avaliar o nível de *stress* em crianças com TDAH
3. Avaliar o nível de *stress* em mães de crianças com TDAH
4. Verificar a relação entre o nível de *stress* das mães e dos filhos;
5. Verificar o nível de relação entre o estilo parental e o nível de *stress* materno.
6. Verificar o nível de relação entre o estilo parental, sexo, o nível de *stress* da criança.
7. Verificar a relação entre o nível de *stress* infantil e o subtipo de TDAH.

MÉTODO

Participantes

O desenvolvimento deste estudo teve a participação de 25 crianças com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, com idades variando de 7 a 13 anos, de ambos os sexos, que cursam escolas da rede particular e municipal do município de São João da Boa Vista/SP e de suas mães. Todas as crianças estavam em atendimento no Projeto Casulo – “Centro de Atenção à Aprendizagem e ao Comportamento Infantil”. Esta ONG recebe crianças com queixas de problemas de aprendizagem. As crianças ao ingressarem, passam por avaliações de uma equipe multidisciplinar (neuropediatra, psicólogos, pedagogos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social) e posteriormente são colocadas em grupos definidos por idade e nível de desempenho escolar para intervenções psicopedagógicas, afetivas e de terapia ocupacional.

Critérios de Inclusão das Crianças:

- Estarem na faixa etária de 7 a 13 anos;
- Terem sido diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade;
- Estarem no Projeto Casulo;
- Aceitarem participar da pesquisa;
- Terem disponibilidade de tempo para participar da aplicação da Escala de *Stress* Infantil – ESI.

Critérios de Exclusão das crianças:

- Possuírem diagnóstico de intelectualmente deficiente (QI abaixo de 70) conforme avaliado previamente pela instituição;
- Possuírem transtorno psiquiátrico grave previamente diagnosticado;

Critérios de Inclusão das Mães:

- Aceitarem participar da pesquisa;
- Serem a mãe biológica da criança ou alguém desempenhando esse papel para ela (mãe não biológica);
- Terem disponibilidade de tempo para participar da aplicação do Inventário de Sintomas de *stress* para Adultos – ISSL;
- Terem disponibilidade de tempo para participar da aplicação do Inventário de Estilos Parentais (Gomide, 2003).

Critérios de Exclusão das mães:

- Possuírem transtorno psiquiátrico grave previamente diagnosticado.

Instrumentos

Os materiais utilizados na coleta de informações foram:

Termo de consentimento livre e esclarecido

Esclarecimento do estudo, identificação da pesquisadora, solicitação de participação. Foi elaborado de acordo com as normas 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, as normas de dezembro de 2000 do Conselho Federal de Psicologia – CFP e as diretrizes do Comitê de Ética da PUC-Campinas (Anexo A).

Ficha de identificação das mães e crianças

Os dados solicitados da mãe foram: data de nascimento, idade, profissão, estado civil, escolaridade e número de filhos. As informações sobre as crianças foram: idade data de nascimento, sexo, e também o tipo de TDAH que a criança possuía. Através desta informação posteriormente foram formados os grupos de subtipos de TDAH (desatentos, hiperativos e combinados) (Anexo B).

Os instrumentos psicológicos utilizados estão descritos a seguir.

ISSL - Inventário de Sintomas de *stress* para Adulto (Lipp, 2000 a)

Este instrumento foi elaborado e validado por Lipp (2000 a). É composto de três partes, que representam uma expansão do modelo trifásico de Selye (1952), para quatro fases ou estágios do processo de *stress*. O Inventário avalia a presença ou não do *stress*, os tipos de sintomas apresentados, os físicos e psicológicos e a fase do *stress* na qual o indivíduo se encontra: Alerta, Resistência, Quase-exaustão e Exaustão. Além disso, permite saber se o indivíduo apresenta uma propensão para desenvolver sintomas de *stress* na área física e/ou psicológica. A aplicação pode ser individual ou coletiva e o tempo de aplicação é em torno de 10 minutos.

Os sintomas são distribuídos em três quadros em ordem crescente de seriedade da seguinte forma:

Quadro 1

Destina-se a identificar os sintomas físicos e psicológicos experimentados nas últimas vinte e quatro horas, sendo doze sintomas físicos e três psicológicos, correspondente a fase de alerta do *stress*.

Quadro 2

Destina-se a identificar os sintomas físicos e psicológicos experimentados na última semana, sendo dez sintomas físicos e cinco psicológicos, correspondente as fases de resistência ou quase-exaustão. De acordo com o escore obtido, o diagnóstico é feito da fase de resistência ou quase-exaustão. Neste quadro, porcentagens até 50 inclusive (parte I) indicam que o indivíduo se encontra na fase de resistência, enquanto porcentagens superiores a 50 (parte II) indicam a fase de quase-exaustão.

Quadro 3

O terceiro quadro identifica os sintomas físicos e psicológicos experimentados no último mês, sendo doze sintomas físicos e onze psicológicos, correspondente a fase de exaustão.

ESI - Escala de *Stress* Infantil (Lipp, & Lucarelli,1997)

A Escala de *Stress* Infantil - ESI – elaborada por Lipp e Lucarelli, já validada e publicada pela Casa do Psicólogo visou identificar a sintomatologia apresentada pela criança, avaliando, assim, o nível de *stress* e discriminando as suas reações. O instrumento tem por objetivo verificar a presença de *stress* em crianças de 6 a 14 anos de idade, de ambos os sexos. A ESI é composta de 35 itens em escala Likert de 0 a 4 pontos, relacionados a sintomas físicos, psicológicos, psicológicos com componentes depressivos e psicofisiológicos de *stress*. Cada item apresenta um círculo dividido em quatro partes. A criança submetida ao teste deve preencher os desenhos indicando a frequência com a qual sente o que está descrito.

A gradação do sintoma é: círculo em branco se nunca aconteceu; uma parte do círculo pintada se aconteceu um pouco; duas partes pintadas se acontece às vezes; quase sempre, três partes pintadas; e todas as partes do círculo pintadas se sempre acontece.

A Escala de *Stress* Infantil foi totalmente revisada e apresenta na segunda edição dados normativos atualizados, além dos estudos de Precisão e Validade. A edição atual foi aprovada pelo Conselho Federal de Psicologia na 23ª Reunião Plenária, realizada em 25 de outubro de 2003.

A ESI surgiu do interesse em validar o Inventário de Sintomas de *Stress* Infantil (Lipp e Romano, 1987) pela sua aplicabilidade nas diferentes áreas de atuação do psicólogo e por estar sendo, amplamente utilizada em pesquisas nesta área. As diversas modificações sofridas pela ISS-I original, a partir dos resultados apresentados na dissertação de mestrado de Maria Diva Monteiro Lucarelli, intitulada “Inventário de Sintomas de *Stress* Infantil – ISS-I: Um estudo de validação”, defendida no Departamento de Pós-Graduação da PUC Campinas, em 1997, sob orientação de Marilda E. Novaes Lipp sugeriram que sua versão final fosse considerada um novo instrumento, que foi denominado de Escala de *Stress* Infantil – ESI.

As alterações realizadas no decorrer deste estudo referem-se à construção, sequência e a acréscimo de itens, a forma de apresentação e instruções. Também, passou por uma revisão em 2004, objetivando completar os estudos psicométricos, a fim de enquadrar a escala nas especificações da

resolução CFF n002/2003, que caracteriza as condições necessárias para a publicação de testes psicológicos.

Os coeficientes de Precisão e de Consistência Interna da ESI foram calculados e mostraram-se satisfatórios: Coeficiente Alpha de Cronbach = 0,89; Coeficiente de Precisão pela técnica Duas Metades = 0,95 e Correlação de Sperman-Brown=0,97. O Coeficiente de Correlação de Sperman obtido nas duas formas de aplicação foi 0,73 - o que é uma boa correlação.

Inventário de Estilos Parentais (Gomide, 2006)

O inventário foi desenvolvido a partir de práticas educativas selecionadas pela autora. Existe um questionário específico para mães, outro para os pais e mais um para os filhos, deste modo o instrumento pôde ser respondido tanto pelos pais e mães (que respondem sobre como utilizam as práticas educativas com seus filhos), quanto pelos filhos (que respondem sobre as práticas educativas do pai e da mãe separadamente). A aplicação do instrumento é feita em pais e crianças de oito anos até a adolescência.

O IEP contempla 42 situações que avaliam sete variáveis (duas práticas educativas positivas e cinco negativas): monitoria positiva, monitoria negativa, disciplina relaxada, punição inconsistente, negligência, abuso físico e comportamento moral, sendo seis itens correspondentes a cada variável.

No Inventário de Estilos parentais – Práticas parentais maternas, a mãe responde a uma das três alternativas: a) sempre – se, considerando 10 episódios, agiu daquela forma de 8 a 10 vezes; b) às vezes – se, considerando 10 episódios, agiu daquela forma de 3 a 7 vezes; c) nunca – se considerando 10 episódios, agiu daquela forma entre 0 a 2 vezes.

Os escores do IEP revelam o Estilo Parental adotado pelos Pais (pai e mãe separadamente) que pode ser:

- 1) Estilo parental ótimo: com presença importante das práticas parentais positivas e ausência das práticas negativas;
- 2) Estilo parental regular, acima da média, trata-se de um estilo bom, mas a autora aconselha leitura de livros de orientação para pais, na busca de

um aprimoramento das práticas parentais; no presente trabalho este estilo parental foi nomeado de “estilo parental bom”.

- 3) Estilo parental regular, abaixo da média, indica que seria importante os pais participarem de grupos de treinamento de pais;
- 4) Estilo parental de risco indica que os filhos estão em risco importante para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais.

Ressalta-se que esse instrumento apresentou estudos de validação no Brasil (Gomide, 2006), sendo que os resultados para avaliar o estilo parental materno revelaram coeficientes razoáveis de consistência interna, variando de 0,47 (monitoria negativa) a 0,82 (abuso físico).

A tabulação dos dados obtidos por meio do IEP é feita utilizando a folha de resposta que contém as sete práticas educativas do instrumento. Cada resposta NUNCA recebe a pontuação 0; ÀS VEZES, pontuação 1; SEMPRE, pontuação 2. Dessa forma, cada prática educativa pode ter a pontuação máxima de 12 e a mínima de zero, na medida em que cada prática parental é avaliada a partir de seis questões (Gomide, 2006).

O cálculo do índice de Estilo Parental (IEP) é feito somando-se os pontos obtidos nas questões referentes às práticas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) que são subtraídos do somatório dos pontos das práticas negativas (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico). O índice quando negativo informa a prevalência de práticas educativas negativas e, quando positivo, a presença de práticas positivas no processo educacional.

Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa credenciado pela Comissão Nacional de Ética (Conep) na medida em que se constitui em pesquisa clínica com seres humanos. Os participantes foram informados sobre os objetivos e detalhes do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), caso concordem em fazer parte da pesquisa.

Procedimento

Realizou-se uma reunião com a equipe multidisciplinar do Projeto Casulo, a fim de esclarecer sobre a pesquisa e o levantamento das crianças e das mães que preenchem o critério de inclusão para participar do estudo. As crianças selecionadas já tinham o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade feito através das avaliações neuropsicológicas, neurológicas, fonoaudiológicas e pedagógicas.

As mães das crianças selecionadas foram convidadas a participar de um encontro que ocorreu na instituição. Todas as mães que compareceram a reunião aceitaram participar da pesquisa e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a ficha de identificação. A coleta de dados foi feita com base no Inventário de Sintomas de *Stress* para Adulto e do Inventário de Estilos parentais.

As crianças selecionadas foram convidadas a participar da pesquisa. A aplicação da Escala de *stress* Infantil ocorreu individualmente nos dias em que elas realizam intervenções na Instituição.

Por fim foi oferecida às mães participantes, a devolutiva dos resultados dos testes aplicados, juntamente com uma orientação sobre técnicas de manejo do *stress*, e práticas parentais positivas.

RESULTADOS

Método de análise dos dados

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas tais como o tipo de mãe, sexo da criança, subtipo do TDAH, *stress* materno, *stress* infantil, e estilo parental, com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas da variável contínua, idade, com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Na comparação das variáveis categóricas entre os grupos com e sem *stress*, e entre os tipos de transtorno TDAH foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson, ou o teste exato de Fisher, na presença de valores esperados menores que 5.

Para comparar as variáveis contínuas entre os grupos com e sem *stress* foi utilizado o teste de Mann-Whitney, devido à ausência de distribuição Normal das variáveis, e entre os tipos de transtorno TDAH foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, devido à ausência de distribuição Normal das variáveis.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

Análise descritiva dos participantes

Inicialmente são apresentados os dados sociodemográficos da amostra; em seguida é feita a apresentação dos resultados obtidos através da aplicação do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, a Escala de *Stress* Infantil e Inventário de Estilos parentais, por meio de gráficos; por fim são descritos os dados qualitativos do trabalho.

A amostra foi composta por 25 mães e seus filhos na faixa etária de 7 a 13 anos sendo a média de idade de 9.4 anos.

Tipo de mãe

Observa-se na Figura 1 que 84% (21) das mães participantes da pesquisa são mães biológicas e 16% (4) mães não biológicas.

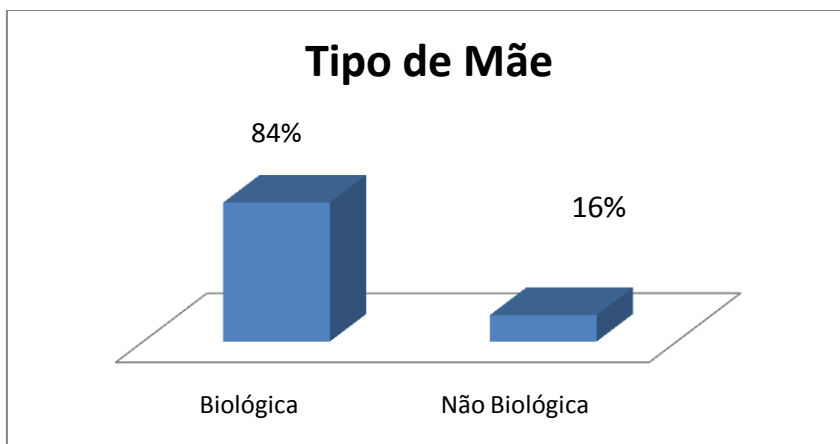


Figura1: Distribuição das mães (biológicas e não biológicas).

Sexo das crianças

A Figura 2 mostra que das 25 crianças participantes 21 (84%) eram do sexo masculino e 4(16%) do sexo feminino.

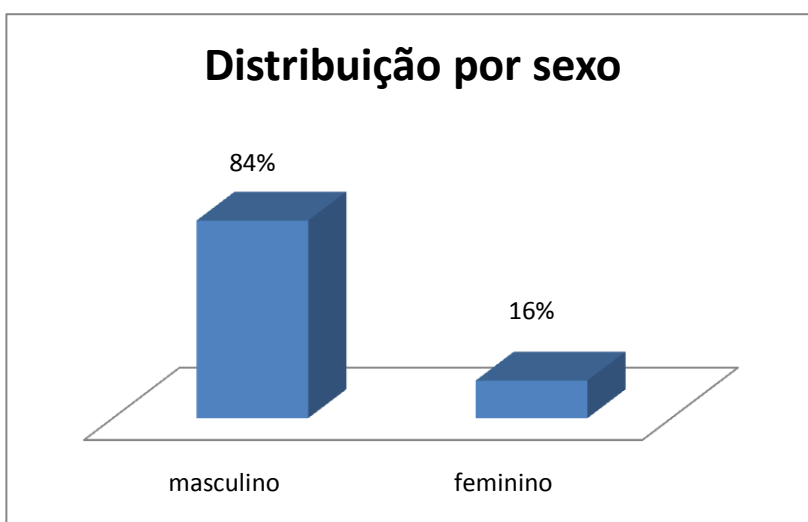


Figura 2: Distribuição das crianças em função do sexo.

Subtipo de TDAH

A Figura 3 mostra a distribuição das crianças em relação ao subtipo do TDAH. Observa-se que 5 (20%) das crianças eram do subtipo desatenta, 5 (20%) eram hiperativas e 15 (60%) eram do subtipo combinado.

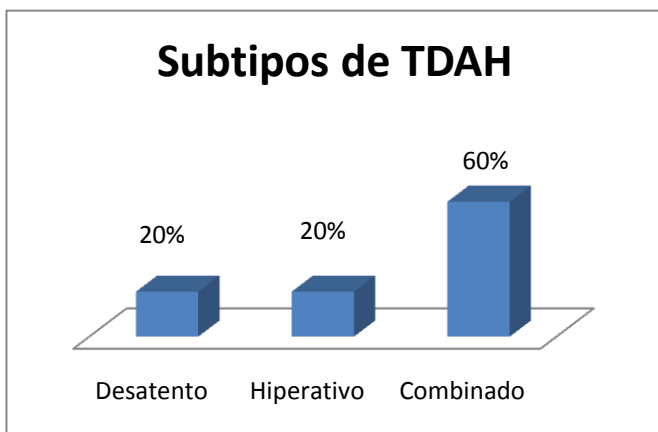


Figura 3: Distribuição das crianças em função do subtipo de TDAH.

Idade das crianças

Esta amostra contou com a participação de crianças na faixa etária de 7 a 13 anos. A Figura 4 mostra que participaram 2 (8%) crianças com 7 anos; 3 (12%) crianças com 8 anos; 12 (48%) crianças com 9 anos; 3 (12%) crianças com 10 anos; 2 (8%) crianças com 11 anos; 2 (8%) crianças com 12 anos e 1 (4%) criança com 13 anos. A média de idade foi 9.4.anos (D.P. = 1.47)

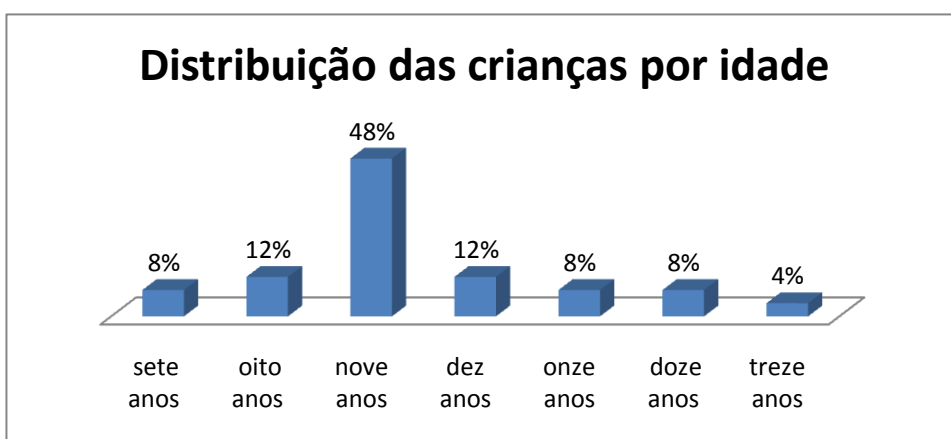


Figura 4: Distribuição dos participantes crianças por idade.

Stress

O ISSL permitiu avaliar se as mães tinham ou não o diagnóstico de *stress*, a fase do *stress* na qual elas se encontravam e o tipo de sintoma predominante (físico ou psicológico). Para uma melhor compreensão dos dados obtidos por meio da aplicação desse inventário, os resultados são apresentados em figuras. A Figura 5 mostra a grande prevalência de sintomas de *stress* na amostra em que 72% obtiveram o diagnóstico de *stress*.

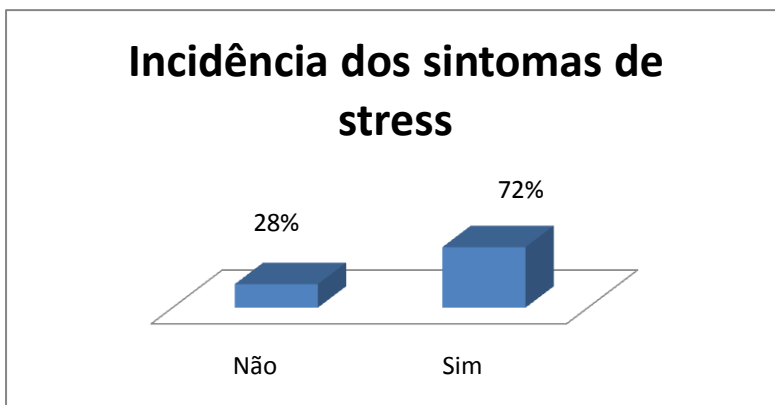


Figura 5: Porcentagem de mães que apresentam *stress*.

Fase do *stress*

Quanto à fase do *stress*, verificou-se que 60% estavam em fase de resistência enquanto 12 % se encontravam já na fase avançada de exaustão. Conforme pode ser visto na Figura 6.

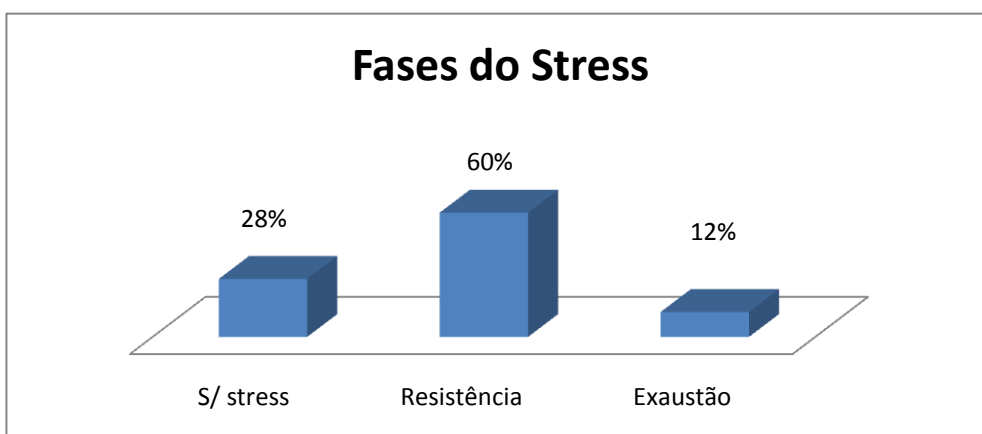


Figura 6: Fases do *stress* materno.

Predominância de sintomas

O teste utilizado permitiu avaliar o tipo de sintomas de *stress* mais frequente na amostra. A maioria das participantes tinha sintomas na área psicológica (Figura 7).

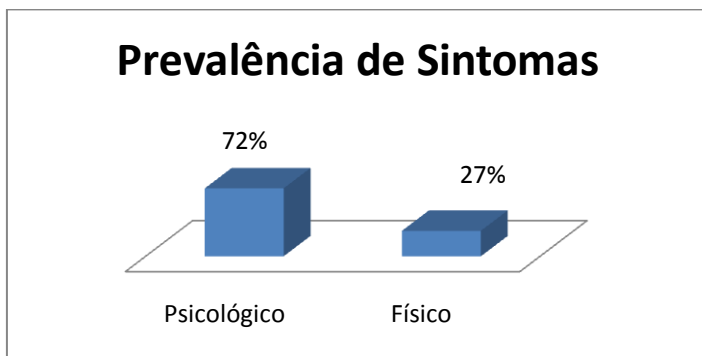


Figura 7: Prevalência de sintomas.

Stress Infantil

A Escala de *Stress* Infantil permitiu avaliar se as crianças tinham ou não o diagnóstico de *stress*, a fase do *stress* na qual elas se encontravam e o tipo de sintoma predominante (psicológico, físico, psicológicos com componentes depressivos e psicofisiológicos). Os dados mostram uma relação significativa ($p=0.04$) entre a idade da criança e a presença de sintomas de *stress*, sendo que as crianças mais novas apresentaram mais sintomas de tensão excessiva (média de idade 9.06). Para uma melhor compreensão dos dados obtidos através da aplicação desta escala, os resultados são apresentados em figuras.

A Figura 8 mostra a grande prevalência de sintomas de *stress* na amostra em que 72% das crianças tiveram o diagnóstico de *stress*.

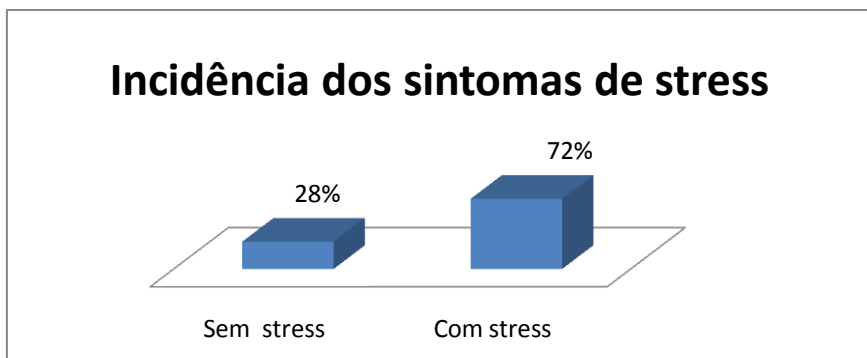


Figura 8: Porcentagem de crianças que tiveram diagnóstico de *stress*.

Fase do *stress* infantil

Quanto à fase do *stress*, verificou-se que 16% das crianças estavam na fase de alerta, 36 % estavam em fase de resistência enquanto 12 % se encontravam já na fase de quase – exaustão e 8% na fase de exaustão (Figura 9).

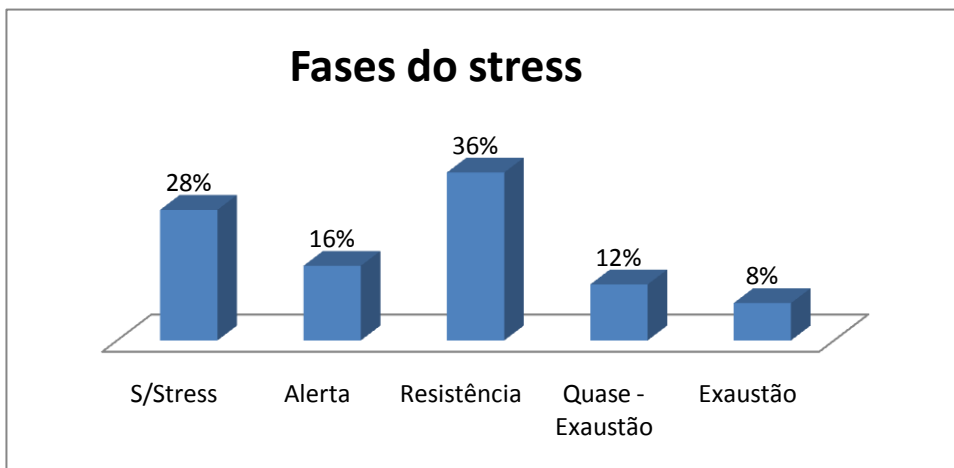


Figura 9: Fase do *stress* infantil.

Observa-se na Figura 10 que os sintomas psicológicos (47%) foram os mais encontrados nesta amostra, seguidamente pelos sintomas psicofisiológicos (35%), depois os físicos (11%) e com menor prevalência os sintomas psicológicos com componentes físicos (5%).

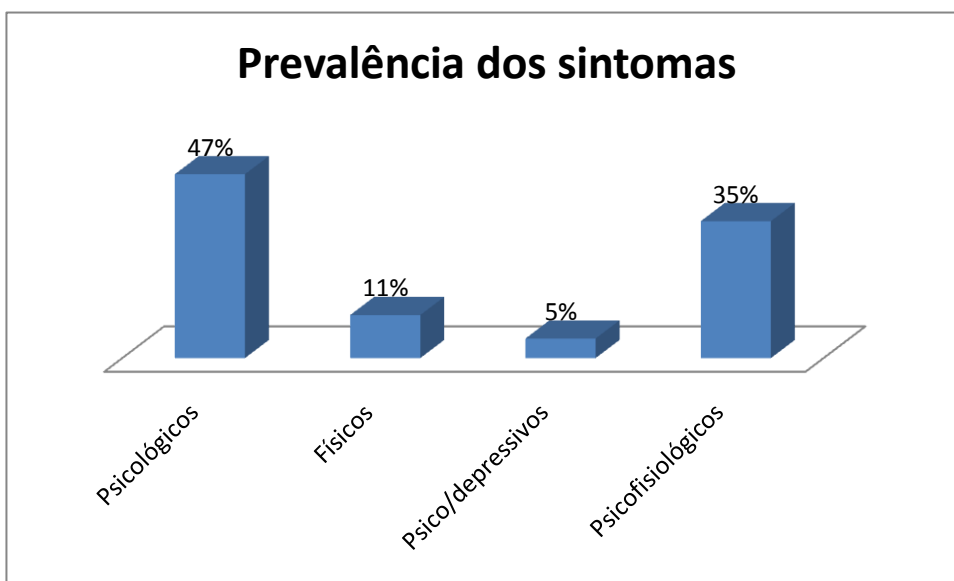


Figura 10: Prevalência de sintomas.

A questão número 1 da Escala de *Stress* Infantil refere-se a sintomas de hiperatividade motora. Pede para a criança classificar o quanto ela está o tempo todo se mexendo e fazendo coisas diferentes. Observa-se que 56% das crianças responderam “sempre”, mostrando que elas percebem este sintoma.

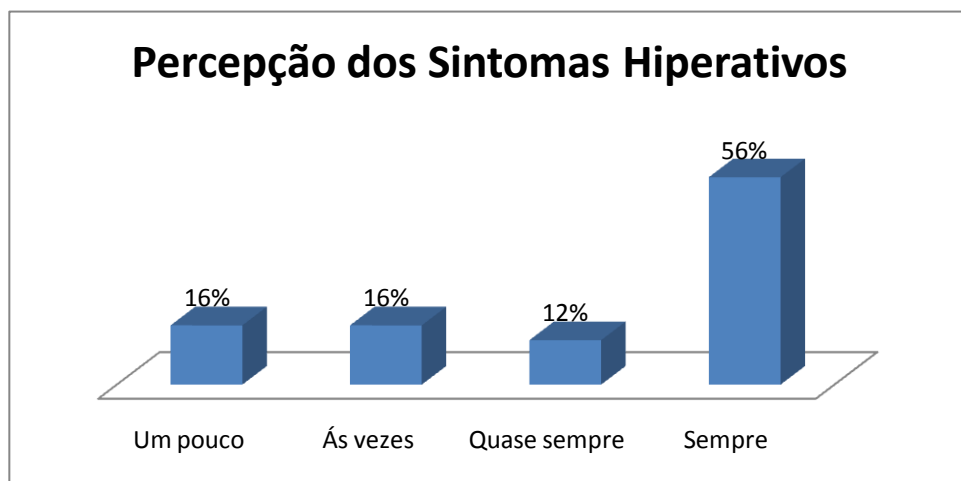


Figura 11: Percepção da criança do sintoma da hiperatividade.

A questão número 3 da Escala de *Stress* Infantil refere-se a sintomas de dificuldades atencionais. Pede para a criança classificar o quanto ela tem dificuldade de prestar atenção. Observa-se que 52% das crianças responderam “sempre”, mostrando que elas percebem este sintoma. Conforme mostra a Figura 12.

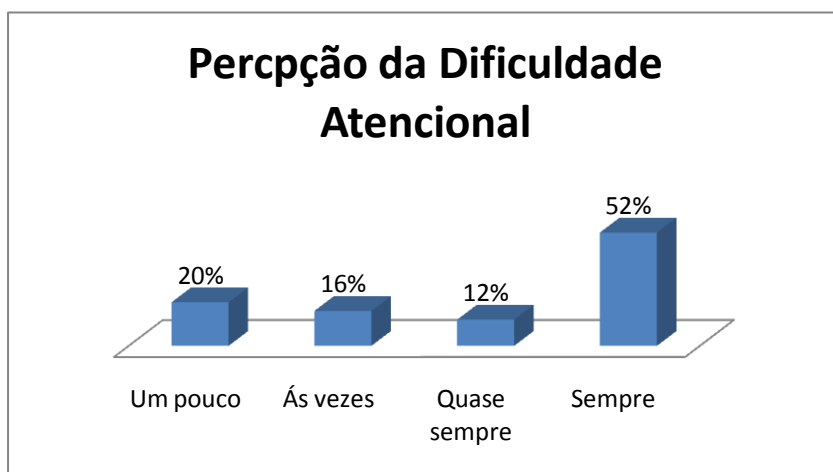


Figura 12: Percepção da criança sobre a dificuldade atencional.

Estilo Parental Materno

Com relação ao estilo parental materno observou-se uma alta percentagem, (44%) da amostra de mães classificadas como tendo estilo parental de risco e 28% classificado como regular. Nota-se que apenas 8% das mães apresentavam um estilo parental classificado como ótimo e 20% classificado como bom (Figura 13).

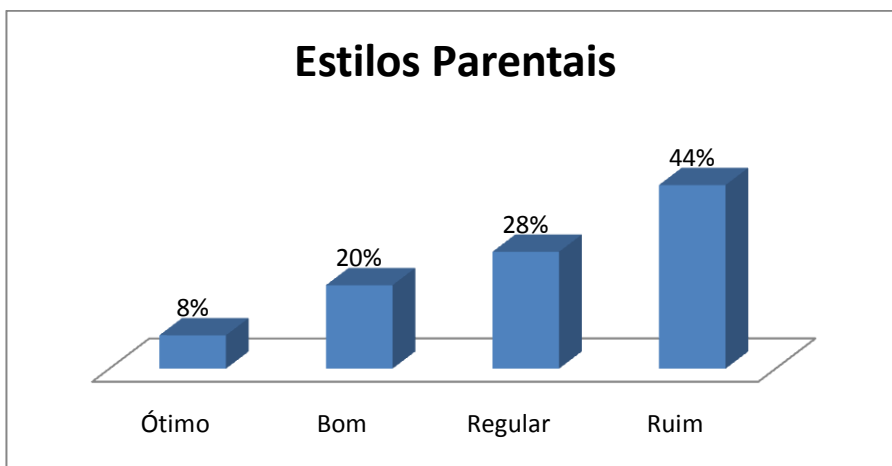


Figura 13: Porcentagem da classificação dos estilos parentais.

Análise comparativa das variáveis categóricas entre as crianças com e sem *stress* infantil.

Entre as crianças que tinham *stress*, 88% delas vivem com a mãe biológica e 11% delas vivem com a mãe não biológica. Já as crianças que não apresentaram sintomas de *stress*, 71% delas vivem com a mãe biológica e 28,5% vivem com a mãe substituta (Tabela 1). O teste de Fischer mostra que não há diferença significativa neste parâmetro.

Tabela 1 - Relação entre tipo de mãe e *stress* infantil.

<i>Tipo de Mãe</i>	<i>Crianças c/ stress</i>	<i>Crianças s/ stress</i>
Biológica	88,89%	71,43%
Não Biológica	11,11%	28,57%

Teste Exato De Fisher: $p=0.549$

Em relação ao sexo das crianças, observou-se que 77,78% das crianças com *stress* são meninos e 22,22% são meninas. Entre as crianças que não apresentam *stress*, 100% são meninos (Tabela 2). Porém o teste de Fischer mostra que não há diferença significativa entre os sexos.

Tabela 2 - Relação entre o sexo da criança e *stress* infantil.

<i>Sexo</i>	<i>Crianças c/ stress</i>	<i>Crianças s/ stress</i>
Masculino	77,78%	100,00%
Feminino	22,22%	0,00%

Teste Exato De Fisher: $p=0.295$

Quando à análise da associação entre subtipos de TDAH e a presença de *stress* infantil observou-se que entre as crianças que apresentavam sintomas de *stress* 16,67% eram desatentas, 22,22% eram Hiperativas e 61,11% era, do subtipo combinado (Tabela 3). O teste de Fischer mostrou não haver diferença significativa.

Tabela 3 - Relação entre subtipos do TDAH e *stress* infantil.

<i>Subtipo TDAH</i>	<i>Crianças c/ stress</i>	<i>Crianças s/ stress</i>
Desatento	16,67%	28,77%
Hiperativo	22,22%	14,29%
Combinado	61,11%	57,14%

Teste Exato De Fisher: $p=0.844$

A análise dos dados realizada com o teste de Fischer revelou não ser significativa a associação entre o stress infantil e o stress materno ($p=0.355$), porém, apesar da falta de significância estatística, observou-se que as mães de 77% das crianças que apresentavam sintomas de stress também os relataram, contra somente 22,22% das mães de crianças sem stress. Além disto, verificou-se que 42,86% das mães de crianças que não apresentavam stress, também não o tinham, conforme pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 4 - Comparação entre *stress* materno e *stress* infantil.

<i>Stress Materno</i>	<i>Crianças c/ stress</i>	<i>Crianças s/ stress</i>
<i>S/ Stress</i>	22,22%	42,86%
<i>C/ Stress</i>	77,78%	57,14%

Teste Exato De Fisher: $p=0.355$

Os dados constantes da Tabela 5 mostram que somente 22,22% das mães de crianças estressadas não tinham stress. Verificou-se que 61,11% delas estavam na fase de resistência e 16,67% na fase de exaustão. Em contrapartida, 42,86 das mães de crianças sem stress não tinham sintomas de tensão, 57,14% estavam na fase de resistência e nenhuma se encontrava nas fases avançadas do stress.

Apesar de que, na somatória, quase 80% das mães de crianças estressadas também terem o diagnóstico de *stress* (resistência/exaustão), o teste de Fischer mostrou não haver associação significativa entre stress infantil e stress materno neste estudo ($p=0,559$).

Tabela 5 - Relação entre *stress* materno e *stress* infantil

<i>Stress Materno</i>	<i>Crianças s/ stress</i>	<i>Crianças c/ stress</i>
S/ <i>Stress</i>	42,86,%	22,22%
Resistência	57,14%	61,11%
Exaustão	0%	16,67%
Total	100%	100.00%

Teste Exato De Fisher: $p=0.559$

Com relação à sintomatologia do *stress* materno, a Tabela 6 mostra que 71,43% das crianças que tinham *stress* suas mães apresentam sintomas psicológicos do *stress* e 28,57% sintomas físicos. Apesar das diferentes porcentagens o teste de Fischer mostra que não há diferença significativa.

Tabela 6 - Relação entre sintomas do *stress* materno e *stress* infantil.

<i>Sintomas</i>	<i>Crianças s/ stress</i>	<i>Crianças c/ stress</i>
Psicológicos	75,00%	71,43%
Físico	25,00%	28,57%

Teste exato de Fisher: $p=1.000$.

Na Tabela 7 observa-se que 11,11% das crianças que tinham *stress* possuíam mães com estilo parental classificado como ótimo; 16,67% possuíam mães com estilo parental bom; 16,67% com estilo regular e 55,56% com estilo classificado como de risco. Nota-se que apenas 14,29% das crianças sem *stress* possuíam mães com estilo parental de risco. Porém o teste de Fischer mostra que não há diferença significativa

Tabela 7 - Relação entre estilo parental materno e *stress* infantil.

<i>Estilo Parental</i>	<i>Crianças s/ stress</i>	<i>Crianças c/ stress</i>
<i>Materno</i>		
Ótimo	00,00%	11,11%
Bom	28,57%	16,67%
Regular	57,14%	16,67%
De risco	14,29%	55,56%

Teste exato de Fisher: $p = 0.12$

Com base nos dados referentes à resposta dadas na questão 3 da Escala de *Stress* Infantil observou-se que 71,43% das crianças que não tinham *stress* indicavam que sentiam apenas “um pouco” de dificuldades atencionais, enquanto 72,22% das crianças com *stress* indicam sentir “sempre” dificuldades atencionais. O teste de Fischer mostra que há diferença significativa conforme pode ser visto na Tabela 8.

Tabela 8 - Relação entre dificuldades atencionais e *stress* infantil.

<i>Dificuldade atencional</i>	<i>Crianças s/ stress</i>	<i>Crianças c/ stress</i>
Um Pouco	71,43%	0,00%
Às vezes	28,57%	11,11%
Quase sempre	0,00%	16,67%
Sempre	0,00%	72,22%

Teste exato de Fisher: $p = 0.001$

Análise comparativa das variáveis categóricas entre os subtipos de TDAH

Na comparação entre o tipo de mãe e o tipo de TDAH observou-se que 80% das crianças desatentas possuem mãe biológica e 20% possuem mãe substituta. A mesma proporção é observada entre as crianças com TDAH combinado. Entre as crianças hiperativas, 100% têm mãe biológica (Tabela 9). Segundo o Teste de Fischer não há diferença significativa entre os tipos de mães.

Tabela 9 - Comparação entre tipo de mãe e tipo de TDAH.

<i>Tipo de Mãe</i>	<i>Desatento</i>	<i>Hiperativo</i>	<i>Combinado</i>
Biológica	80,00%	100,00%	80,00%
Substituta	20,00%	0,00%	20,00%

Teste Exato De Fisher: $p=0.793$

Quando se compara gênero e tipo de TDAH observou-se que 100% das crianças desatentas são do sexo masculino. Entre as crianças hiperativas, 80% são do sexo masculino e 20% são do sexo feminino. A mesma proporção é observada entre as crianças com TDAH combinado (Tabela 10). Contudo, segundo o Teste de Fischer não há diferença significativa entre o gênero e o tipo de TDAH.

Tabela 10 - Comparação entre sexo e tipo de TDAH.

<i>Sexo</i>	<i>Desatento</i>	<i>Hiperativo</i>	<i>Combinado</i>
Masculino	100,00%	80,00%	80,00%
Feminino	0,00%	20,00%	20,00%

Teste Exato De Fisher: $p=0.793$

Na comparação entre stress materno e tipo de TDAH pode-se notar que 60% das crianças desatentas não possuem mães com sintomas de *stress*. Com base na Tabela 11 também se pode observar que todas as mães de crianças hiperativas tiveram *stress*. Apesar destas diferenças de porcentagem o Teste de Fischer mostra não há diferença significativa.

Tabela 11 - Comparação entre *stress* e subtipo de TDAH.

<i>Stress</i>	<i>Desatento</i>	<i>Hiperativo</i>	<i>Combinado</i>
Não	60,00%	0,00%	26,67%
Sim	40,00%	100,00%	73,33%

Teste Exato De Fisher: $p=0.142$

Relacionando os resultados do teste ISSL quanto as fases do stress de Alerta, Resistência, Quase –Exaustão e Exaustão e tipo de TDAH, observou-se que todas as crianças hiperativas possuíam mães que estavam na fase de

resistência. Pode-se notar que 60% das crianças desatentas possuíam mães que não têm *stress* enquanto 60% das crianças com TDAH combinado possuem mães na fase de resistência (Tabela 12). Porém o Teste de Fischer não há relação significativa.

Tabela 12 - Comparação entre ISSL e tipo de TDAH.

<i>ISSL</i>	<i>Desatento</i>	<i>Hiperativo</i>	<i>Combinado</i>
<i>S/Stress</i>	60,00%	0,00%	26,67%
Resistência	20,00%	100,00%	60,00%
Exaustão	20,00%	0,00%	13,33%

Teste Exato De Fisher: $p=0.125$

Com relação aos sintomas ISSL, todas as crianças desatentas têm mães com sintomas psicológicos. Entre as crianças hiperativas, 80% possuem mães com sintomas físicos e entre as crianças com TDAH combinado mais de 90% têm mães com sintomas psicológicos (Tabela 13). Segundo o Teste de Fischer há diferença significativa.

Tabela 13 - Comparação entre os tipos de sintomas ISSL e subtipo de TDAH.

<i>Sintomas ISSL</i>	<i>Desatento</i>	<i>Hiperativo</i>	<i>Combinado</i>
Psicológico	100,00%	20,00%	90,91%
Físico	0,00%	80,00%	9,09%

Teste Exato De Fisher: $p=0.009$

Comparando IEP e tipo de TDAH observa-se que apenas crianças hiperativas possuem mães com IEP ótimo. Nenhuma criança hiperativa possui mãe com IEP bom. Os dados da Tabela 14 mostram que as maiores proporções estão entre as crianças que têm mães com IEP de risco. O Teste de Fischer não indica diferença significativa.

Tabela 14 - Comparação entre IEP das mães e tipo de TDAH.

<i>IEP</i>	<i>Desatento</i>	<i>Hiperativo</i>	<i>Combinado</i>
Ótimo	0,00%	40,00%	0,00%
Bom	20,00%	0,00%	26,67%
Regular	40,00%	20,00%	26,67%
De risco	40,00%	40,00%	46,67%

Teste Exato De Fisher: $p=0.321$

Fazendo referência à questão número 1 da Escala de *Stress* Infantil, sobre sintomas de hiperatividade motora, percebe-se que a maioria das crianças responderam que sempre estão se mechendo e fazendo coisas diferentes. Entre as crianças com TDAH combinado, a minoria respondeu “um pouco” e a maioria respondeu “sempre” (Tabela 15). Com base no Teste de Fischer não existiu diferença significativa entre os tipos de TDAH.

Tabela 15 - Comparação entre os sintomas de hiperatividade motora e tipo de TDAH.

<i>Questão 1</i>	<i>Desatento</i>	<i>Hiperativo</i>	<i>Combinado</i>
Um pouco	40,00%	20,00%	6,67%
Às vezes	20,00%	0,00%	20,00%
Quase sempre	0,00%	20,00%	13,33%
Sempre	40,00%	60,00%	60,00%

Teste Exato De Fisher: $p=0.629$

Com relação à questão 3 da Escala de *Stress* Infantil, sobre sintomas de dificuldades atencionais, vemos que a maioria das crianças acham que tem dificuldade em conseguir prestar atenção. A maior proporção está entre as crianças com TDAH combinado que responderam “sempre” (60%). Entre as crianças desatentas, a mesma proporção (40%) aparece nas respostas “um pouco” e “sempre” (Tabela 16). Entretanto o Teste de Fischer não mostra diferença significativa.

Tabela 16 – Relação entre a percepção da dificuldade atencional e tipo de TDAH.

<i>Questão 3</i>	<i>Desatento</i>	<i>Hiperativo</i>	<i>Combinado</i>
Um pouco	40,00%	0,00%	20,00%
Às vezes	20,00%	40,00%	6,67%
Quase sempre	0,00%	20,00%	13,33%
Sempre	40,00%	40,00%	60,00%

Teste Exato De Fisher: $p=0.421$

Análise comparativa das variáveis categóricas entre stress materno e estilo parental.

A Tabela 17 apresenta a comparação entre stress materno e estilo parental. Pelos resultados, verifica-se que não houve associação estatística significativa ($p=0.532$) entre stress materno e estilo parental. Apesar disto observa-se que as mães com stress possuem as maiores porcentagens de estilo parental de risco (81,82%).

Tabela 17 - Comparação entre stress materno e estilo parental.

<i>Stress Materno</i>	<i>Ótimo</i>	<i>Bom</i>	<i>Regular</i>	<i>De Risco</i>
Sim	100,00%	60,00%	57,14%	81,82%
Não	0,00%	40,00%	42,86%	18,18%

Teste Exato De Fisher: $p=0.$

Discussão

Este estudo pretendeu avaliar a relação entre o *stress* e o estilo parental materno e sua influência no *stress* dos filhos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A amostra foi composta por 25 mães e seus respectivos filhos com idade média de 9.4 anos. A partir da análise dos resultados, foi possível confirmar alguns apontamentos realizados em outros estudos da atualidade, mas também ocorreram dados discrepantes com a literatura atual.

O primeiro aspecto a ser considerado é alta prevalência de *stress* encontrada nesta amostra em que 72% tanto de mães quanto de crianças tiveram o diagnóstico de *stress*. Acredita-se que este resultado seja justificado, pois a população infantil escolhida é portadora do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e assim, possuem dificuldades relacionadas com a persistência ao esforço, impulsividade, dificuldades escolares e no convívio social. Deste modo a condição de vulnerabilidade ao *stress* pode ter sido fortalecida por este fator de risco. Segundo Poletto et al (2004), todos aqueles elementos que potencializam situações de risco ou impossibilitam que os indivíduos respondam de forma satisfatória ao *stress* podem remeter à vulnerabilidade. Com relação ao *stress* infantil observou-se que as crianças mais novas são mais vulneráveis ao *stress*, e este resultado corrobora pesquisas feitas na área como de Vilela (1995). Em sua pesquisa com 40 crianças da 1ª à 4ª série de escolas particulares e públicas de Campo Grande (MS) verificou que 62% da amostra total apresentavam sintomas de *stress*. Dentre os sintomas apresentados, os psicológicos foram os mais comuns, com 60%, e as fontes externas do *stress* foram as mais citadas.

Este resultado de alto nível de *stress* tanto nas mães quanto nas crianças confirma achados de outras pesquisas que mostram que pais mais estressados tendem a ter filhos com mais sintomas de *stress*. Segundo Lazarus (1966) e Ellis (1973), as diversas formas de apoio social que a criança recebe, principalmente dos pais, influenciam diretamente os fatores de maior ou menor vulnerabilidade ao *stress* na infância.

Pesquisas mostram que pais de crianças com TDAH, quando comparados com pais de crianças sem diagnóstico psiquiátrico, relatam maior nível de *stress* ligado ao manejo da criança e maior discordância entre os cônjuges a respeito das práticas educativas (Campbell 2000). Segundo Rohde e Matos (2003), diversos conflitos nas relações familiares são gerados levando-se em consideração sintomas de dificuldades de atenção, hiperatividade e impulsividade. A incidência de tais sintomas é muito alta em crianças (5% a 13% – uma em 12) contribuindo para que o convívio familiar seja permeado por agressividade, desassossego, incompreensão, desajustes e *stress*.

Como postulado por Ellis (1973) provavelmente não são os acontecimentos em si que provocam as emoções, mas a maneira como se pensa sobre eles, ou seja a interpretação dada. Deste modo, acredita-se que as mães têm grande dificuldade em entender e aceitar as dificuldades de seus filhos, interpretando de forma errada a incapacidade como desobediência para algumas atividades e potencializando tanto o seu *stress* como o *stress* nas crianças. Os pais necessitam fazer uma distinção entre desobediência e incapacidade (dificuldade). Sabe-se que a maioria dos comportamentos da criança com TDAH ocorrem em razão de suas dificuldades e não de teimosia. Quando os pais aprendem a fazer esta distinção conseguem reduzir punições inadequadas e orientar a criança para realizar comportamentos mais assertivos promovendo um desenvolvimento favorável de suas potencialidades (Benzick, 2000).

A presente pesquisa foi constituída apenas de mulheres, sendo elas mais suscetíveis a desenvolver sintomas de *stress* como já foi apontado pela literatura. Segundo Calais et al. (2003), a prevalência de *stress* no gênero feminino pode ser explicada pela exigência da sociedade atual com relação às mulheres, gerando-lhes uma sobrecarga de atividades: a carreira (profissional ou acadêmica) se soma às exigências pessoais, biológicas, hormonais, sexuais e sociais.

Entre as mães com *stress*, 60% estão na fase de resistência. De fato, esta concentração é provável como demonstrou Lipp (2000 a) nas pesquisas de validação do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos (ISSL), e significa que o *stress* dessas mães é de grande duração ou de grande intensidade, e

que alguns dos sintomas da fase de alerta, especialmente aqueles relacionados à motivação, desapareceram dando lugar a sensação de cansaço e desgaste constante.

Outra característica relevante é a prevalência de 72% de sintomas psicológicos - este dado vem ao encontro com os estudos atuais. De acordo com Lipp et al. (2007), muitos são os estudos que abordam as relações entre variáveis psicológicas e o *stress*, e como apontam relações significativas entre alexitimia, estado de ansiedade, depressão, raiva e *stress* da vida diária.

O estilo parental de risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais foi o mais encontrado nesta amostra, sendo ele marcado pela utilização, por parte das mães, de várias práticas parentais consideradas negativas, como: negligência, punição inconsistente e abuso físico, em detrimento das positivas.

Quanto à classificação do estilo parental, os resultados indicaram, um predomínio do estilo parental de risco seguido pelo estilo regular, bom e ótimo, e este resultado independe do subtipo de TDAH. Observou-se também que a grande maioria das mães com sintomas de *stress* apresentaram estilo parental considerado de risco. Deste modo levanta-se o questionamento: o *stress* leva a um estilo parental de risco ou o estilo parental de risco levaria ao *stress*? Para responder esta questão se farão necessárias mais pesquisas no futuro, com outro desenho metodológico, mas desde já se observa indícios de uma relação entre estas variáveis.

Outro achado importante refere-se à constatação de que número de crianças com *stress* aumenta na medida em que diminui a utilização por parte das mães de práticas parentais consideradas positivas. Durante a coleta de dados foi possível, mais uma vez, verificar a desorientação das mães referente tanto ao manejo do *stress* como estratégias assertivas para conduzir a educação de seus filhos, mostrando grandes dificuldades de adaptação. Esta realidade é muito preocupante, já que o prognóstico favorável do TDAH depende muito desta relação entre a criança e sua mãe, pois quando os estilos parentais são adequados, auxiliam o enfrentamento dos problemas favorecendo desenvolvimento desta criança. Estas famílias necessitam de

intervenções que as capacitem a lidar com as dificuldades impostas pelo TDAH e as instrumentalizem para a utilização de estratégias de direcionamento dos comportamentos dos filhos para a autonomia, regras morais e sociais, ou seja, auxiliem estas mães no uso das práticas consideradas positivas – comportamento moral e monitoria positiva – em detrimento das negativas, que caracteriza um estilo parental ótimo (Gomide, 2006). Também se sugere que pesquisas futuras sejam realizadas com uma amostra maior de participantes, objetivando encontrar uma relação estatisticamente significativa entre estas variáveis: estilo parental da mãe, *stress* materno e infantil.

A maioria das crianças participantes deste estudo era do sexo masculino o que confirma os achados da literatura internacional. Segundo Benzick (2000) uma hipótese sugerida é que os meninos seriam normalmente encaminhados para tratamento por desenvolverem problemas de conduta e incomodarem mais os adultos. Observa-se que as crianças de menor idade foram mais vulneráveis aos sintomas de tensão excessiva e a sintomatologia foi psicológica. Bignotto (1997) levantou a hipótese de que a criança ainda está no início do desenvolvimento humano e assim o *stress* ainda não atinge o organismo físico de maneira mais intensa.

O maior número de crianças com sintomas de *stress* é do subtipo de TDAH combinado, seguido pelas crianças hiperativas, enquanto o *stress* parece atingir menos as crianças do subtipo desatento. Assim, resultados indicam que a desatenção é menos *estressante* quando comparada com a hiperatividade, e as crianças que possuem as duas dificuldades somadas seriam as mais vulneráveis ao *stress*. A desatenção também é um estímulo menos *estressor* para as mães, já que a maioria delas com filhos desatentos não o apresenta, e quando apresentam existe uma predominância dos sintomas psicológicos. Já com as mães de crianças hiperativas, ocorre o oposto, todas as mães apresentaram sintomas de *stress* com predominância dos sintomas físicos. Deste modo os resultados indicam uma diferenciação nos sintomas do *stress* materno em função do subtipo do TDAH. Possivelmente isto ocorra porque a criança com hiperatividade motora demanda um desgaste físico maior, o que poderia potencializar os sintomas físicos. A hiperatividade está relacionada a esta dificuldade em controlar os impulsos. Pode ser

observada através dos sintomas de níveis de atividade excessivos ou inadequados ao desenvolvimento seja atividade motora, como inquietação, agitação e movimentos corporais bruscos, seja verbal (Barkley 2007).

Outro resultado importante refere-se à intensidade dos sintomas do *stress* infantil. Observou-se um dado estatisticamente significativo - o *stress* potencializa os sintomas de dificuldades atencionais. Este achado pode ser muito útil uma vez que abre caminho para futuras intervenções que objetivem o treino do controle do *stress*, já que se mostra possível efetivamente diminuir os sintomas de desatenção de uma maneira não medicamentosa. Este conhecimento poderá ter relevância para as áreas de reabilitação cognitiva, educacional, familiar e social. Atualmente a reabilitação cognitiva para o TDAH é feita com base na técnica de treino de função cognitiva, objetivando a neuroplasticidade; técnica de compensação de função cognitiva, que busca contrabalançar os déficits através da utilização de apoios externos; orientações psicoeducativas para a família e escola e terapia cognitiva-comportamental. O treino do controle de *stress* seria mais uma ferramenta para a reabilitação na busca de auxiliar o desenvolvimento destas crianças desatentas e melhorar a qualidade de vida delas. Pesquisas futuras deverão aprofundar este conhecimento, buscando a confirmação deste achado e também a mensuração através de avaliação neuropsicológica do impacto do treino do controle do *stress* sobre a atenção. Outra questão a ser levantada para futuras pesquisas seria a investigação sobre o impacto do *stress* sobre as funções cognitivas.

Na área educacional, a diminuição dos sintomas de desatenção poderia facilitar o processo de ensino e aprendizagem, uma vez que a criança se tornaria mais atenta e um maior número de informações seria codificado, armazenado e posteriormente evocado, podendo ajudar na diminuição do fracasso escolar. Deste modo torna-se importante intervenção para instrumentalizar as crianças a lidar com este *stress* e possivelmente diminuir este sintoma de desatenção.

Com o objetivo de promover a qualidade de vida desta população sugere-se:

- Mais trabalhos de pesquisa com uma amostra maior de participantes que envolva estilos parentais maternos e *stress* infantil, objetivando aprofundar o conhecimento nesta área;
- Trabalhos junto a essas mães para o controle de *stress* e promoção de práticas educativas positivas, objetivando que elas desenvolvam um estilo parental classificado como positivo.
- Novas pesquisas para aprofundar a investigação sobre a relação entre o subtipo de TDAH e os sintomas do *stress* materno;
- Trabalhos de prevenção e manejo do *stress* infantil juntos a crianças com TDAH, para favorecer o desenvolvimento infantil.

Considerações Finais

O estudo sobre o *stress* e o estilo parental materno no contexto do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade realizado no presente trabalho confirma os dados da literatura que vêm indicando a infância como um período muito suscetível ao *stress*. A criança passa por transformações físicas, psíquicas, neurológicas e sociais, em um pequeno espaço de tempo, exigindo adaptações constantes e as tornando mais vulneráveis ao *stress*. Com relação ao tipo de sintomas, foi identificada tanto nas mães quanto nas crianças uma prevalência dos sintomas psicológicos, o que também vem ao encontro dos resultados de outras pesquisas.

Observou-se que o nível de *stress* infantil aumenta com a utilização por parte das mães de práticas parentais consideradas negativas. E também que a grande maioria das mães com sintomas de tensão excessiva utilizam práticas parentais de risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais.

Outro achado importante refere-se à relação significativa entre o subtipo de TDAH e os sintomas de *stress* materno, sendo que as mães de crianças do subtipo desatento apresentam sintomas psicológicos, já as mães de crianças hiperativas expressam o *stress* através de sintomas físicos.

Por fim, a presente pesquisa encontrou uma relação significativa entre o *stress* infantil e a intensidade dos sintomas de desatenção, ou seja, o *stress* potencializa os sintomas de dificuldades atencionais. Este achado abre caminho para futuras intervenções que objetivem o treino do controle do *stress*, tendo em vista que se mostra possível diminuir efetivamente os sintomas de desatenção de uma maneira não medicamentosa.

Conclui-se que esta população apresenta alto nível de *stress*, estilo parental classificado como de risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais, que a sintomatologia do *stress* materno tem relação com o subtipo de TDAH, e também que para estas pessoas a desatenção é um estímulo menos estressor que a hiperatividade, sendo que os sintomas de desatenção infantil são potencializados pela tensão excessiva.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir, mesmo que modestamente, para uma melhor compreensão do nível de stress envolvendo esta população e para um melhor entendimento do impacto dos estilos parentais no nível de stress dos filhos. Também colaborem para uma melhor elucidação quanto aos efeitos do subtipo de TDAH da criança na natureza da sintomatologia materna e, adicionalmente, para que se possa conscientizar educadores e outros profissionais que lidam com esta população quanto a como o stress infantil é capaz de potencializar os sintomas de desatenção na criança portadora de TDAH.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Andrade, E. R. (2003). Quadro clínico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In L. A. Rohde, P. Mattos & cols (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH. Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.

Barbosa, G. A. (1995). Transtornos hipercinéticos. *Infanto Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência*, 3, 2-6.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2007). *Transtorno de Déficit Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.

Benczick, E. B. (2000). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bignotto, M. M. (1997). *Stress e suas fontes na ontogênese e manutenção da obesidade infantil*. Dissertação de mestrado. PUC, Campinas.

Bignotto, M. M. (2000). O papel dos pais na prevenção do stress infantil. In M. N. Lipp (Org.), *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções* (1 ed., pp. 101-121). Campinas: Papirus.

Bignotto, M. M. (2010). *A eficácia do treino de controle do stress infantil*. Tese de Doutorado, PUC, Campinas.

Calais, S. L., Andrade, L. M., & Lipp, M. N. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicologia - Reflexão e Crítica*, 16 (2), 32-40.

Campbell, S. B., (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a developmental view. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller, (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Kluwer/Plenum, 383-401.

Cohen, S. & Williamson, G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.

Conover, W. J. (1971). *Practical nonparametrical statistics*. New York: John Wiley & Sons.

Costa, F. T., Teixeira, M. A., & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (3), 465-473. Recuperado em 11 de maio 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7972200000300014&lang=pt

Cypel, S., (2007). *Déficit de atenção e hiperatividade e as funções executivas: Atualização para pais, professores e profissionais da saúde*. São Paulo: Lemos Editorial.

Elkind, D. (1981). *O direito de ser criança: Problemas da criança apressada*. São Paulo: Fundo Educativo Brasileiro.

Ellis, A. (1973). *Humanistic Psychology: The rational emotive approach*. New York: Julian.

Faraone, S. V. & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10, 299–316.

Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley & Sons.

Goldstein, S. & Goldstein, M. (1990). *Managing Attention Disorders in children. A guide for practitioners*. New York: Wiley Interscience Press.

Goldstein, S. & Goldstein, M. (1998). *Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Campinas: Papirus.

Gomide, P. I. (2003). Estilos parentais e comportamento anti-social. In A. Del Prette & Z.A.P. Del Prette (Orgs), *Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção*. Campinas: Alínea Editora.

Gomide, P. I. (2006). *Inventário de estilos parentais - IEP: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in schoolaged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4, Article 1. Available from <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001a.html>

Grünspun, H. (1980). *Distúrbios psicossomáticos da criança. O corpo que chora*. São Paulo: Atheneu.

Guardiola, A. (1994). *Distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção: um estudo de prevalência e fatores associados em escolares de 1ª série de Porto Alegre*. Tese de Doutorado, UFRGS, Porto Alegre.

- Guardiola, A., Fuchs, F., & Rotta N. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2000, 58, 401-7.
- Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80, 2, 104-110.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 11, 213-218.
- Hutz, C. S., Koller, S. H. & Bandeira, D. R. (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. *Coletâneas da ANPEPP*, 1(12), 79-86.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGrawHill.
- Lemes, S. O., Fisberg, M., Rocha, G. M., Ferrini, L. G., Martins, G., Siviero, K., & Ataka, M. A. (2003). Stress Infantil e Desempenho Escolar: avaliação de crianças de 1ª a 4ª série de uma escola pública do município de São Paulo. *Estudos de Psicologia*, 20 (1). Recuperado em 10 de junho de 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000100001&lang=pt
- Lipp, M. N. (Org.) (1996). *Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus.
- Lipp, M. N. (1998). *Como enfrentar o stress* (5 ed.). São Paulo: Ícone.
- Lipp, M. N. (2000a). *Inventário de sintomas de stress para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. N. (2000b). Conclusões. In M. N. Lipp (Org.). *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções* (1 ed., Vol. 1, pp. 149-160). Campinas: Papirus.
- Lipp, M. N. (2000c). O stress da criança e suas consequências. In M. N. Lipp (Org.), *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções* (1 ed., pp. 101-121). Campinas: Papirus.
- Lipp, M. N. (2001a). *O Stress e a Beleza da Mulher*. São Paulo: Connection Books.
- Lipp, M. N. (2001b). Stress emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Revista de Psicologia Clínica*, 28(6), 347-349.
- Lipp, M. N. (2003). O Modelo Quadrifásico do Stress. In M. N. Lipp (Org.), *Mecanismo Neuropsicofisiológicos do Stress: teoria e aplicações clinicas* (1 ed., Vol. 1, pp. 17-21). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. N. (Org.) (2004). *O stress no Brasil: Pesquisas Avançadas*. Campinas: Papirus.

- Lipp, M. N., Frare, A., Santos, F. U. (2007). Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. *Estudos de Psicologia Campinas*, 24(2), 161-167. Campinas.
- Lipp, M. N., & Lucarelli, M. D. (1997). *Escala de stress infantil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. N., & Malagris, L. N. (1995). O manejo do stress. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas II* (pp. 279-292). Campinas: Fundo Editorial Psy.
- Lipp, M. N., & Romano, A.S.F. (1987). O stress infantil. *Estudos de Psicologia*, 4, 42-54.
- Lipp, M. N., & Tanganelli, M. S. (1998). Sintomas de stress na rede pública de ensino. *Estudos de Psicologia*, 15 (3), 17-27.
- Lipp, M. N., Souza, P. A., Romano, F. S., & Covolan, M. A. (1991). *Como enfrentar o stress infantil*. São Paulo: Ícone.
- Lohman, B. J., & Jarvis, P. A. (2000). Adolescent stressors, coping strategies, and psychological health studied in the family context. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 14-43.
- Mangabeira, R. M., Pedrosa, E. C., Camino, C., & Costa, J. B. (2001). A percepção que os filhos tem dos pais enquanto agentes socializadores. *Conselho Regional de Psicologia – 3ª Região e Universidade Federal da Bahia (Orgs.). Anais do II Congresso Norte Nordeste de psicologia (FAMPN 71)*. Salvador.
- Margis, R., (2003). Relação entre estressores, stress e ansiedade. *Revista de Psiquiatria RS*, 25, 65-74.
- Marturano, E. M. & Gardinal, E. C. (2008). Um estudo prospectivo sobre o stress cotidiano na 1ª série. *Aletheia*, 27, 81-97.
- McBride-Chang, C. & Chang, L. (1998). Adolescent-parent relations in Hong Kong: Parenting styles, emotional autonomy, and school achievement. *Journal of Genetic Psychology*, 159(4), 421-436.
- Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. A., & Hutz, C. S. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: Uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 55-61.
- Pereira, M. (2004). Transtornos de Personalidade. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

- Pilnik, C. P. (1985). Psicologia do Adolescente: seu meio e sua família. In I. Zecker, *Adolescente também é gente*. São Paulo: Summus Editorial.
- Poletto, M., Wagner, T. M. C., & Koller, S. H. (2004). Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: Uma visão em perspectiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 241-250.
- Rangé, B. (2003). Influência das Cognições na Vulnerabilidade ao Stress. In M. N. Lipp (Org), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas (75-78)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rohde, L. A., Biederman, J., Busnello, E. D., Zimmermann, H., Schmitz, M., & Martins, S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(6), 716-22.
- Rohde, L. A., Mattos, P., (2003). *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Roman, T., Schmitz, M., Polanczyk, G., & Hutz, M. (2003). Etiologia. In L. A. Rohde & P. Mattos (Orgs.), *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- Seger, L. (1992). *Psicologia e Odontologia - uma abordagem integradora*. Santos: Editora Santos.
- Selye, H. (1952). *The story of the adaptation syndrome*. Montreal: Acta.
- Selye, H. (1965). *Stress: A tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Shaffer, D. R. (1988). *Social and personality development*. Pacific Grove, CA, USA: Brooks/ColePublishing Company.
- Siegel, S. & Castellan Jr., N. J. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, A. B., (2003). *Mentes inquietas: Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Gente.
- Spielberger, C. (1979). *Understanding stress and anxiety*. San Francisco, CA, USA: Harper & Row.
- Stevenson-Hinde, J. (1998). Parenting in different cultures: time to focus. *Developmental Psychology* , 34(4), 698-700.
- Tanganelli, M. S. (2000). Mulheres chefe de família – perfil estudo e tratamento do stress. Tese de Doutorado. PUC, Campinas.
- Toates, F. (1999). *Stress: Conceptural and Biological Aspects*. New York: John Wiley & Sons.

- Tricoli, V. (1997). *Stress e aproveitamento escolar em crianças do 1º grau*. Dissertação de Mestrado. PUC, Campinas.
- Tricoli, V. (2002). *Escala de stress para adolescentes: criação e validação*. Tese de Doutorado. PUC, Campinas.
- Udwin, O. (1993). Children's reactions to traumatic events. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 34, 115-127.
- Vilela, M. V. (1995). *Sintomas e fontes de stress: amostra de escolares do primeiro grau*. Dissertação de Mestrado. PUC, Campinas.
- Vilela, M. V. (1996). Sintomas e fontes de stress em escolares de 1ª a 4ª séries. In M. N. Lipp (Org.), *Pesquisas sobre stress no Brasil*. Campinas: Papirus.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in head start children: Strengthening parent competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.
- Wells, A. (1995). Stress. In F. M. Dattílio & A. Freeman (Orgs.), *Estratégias Cognitivo-Comportamentais para intervenção em crises* (pp. 121-128). Campinas: Editora Psy I.
- Witkin-Lanoil, G. (1985). *A Síndrome do Stress Feminino*. Rio de Janeiro: Imago.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

São João da Boa Vista, dede 2010.

Prezados Pais,

Sou Joseana Azevedo e Bargas, psicóloga, especialista em Avaliação Neuropsicológica, mestranda em Prevenção e Intervenção Psicológica pela PUC - Campinas, tendo como orientadora a Dra. Marilda E. Novaes Lipp, docente na mesma instituição.

No momento venho realizando um estudo sobre o stress associado ao Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade e ao estilo parental materno, com o objetivo de compreender melhor a manifestação do stress nesta população. Esta pesquisa corresponde a minha dissertação, que me concederá o título de Mestre em Psicologia. Além disso, este estudo poderá contribuir para o desenvolvimento de intervenções que poderão beneficiar crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e suas famílias e não acarretará nenhum ônus para seu filho ou para você.

Solicito sua valiosa colaboração na pesquisa e também a de seu filho (a). A sua participação envolverá de um encontro com a pesquisadora, onde você responderá a dois instrumentos de avaliação psicológica, e uma ficha com alguns dados de identificação. O seu filho terá um encontro com a pesquisadora para responder um instrumento de avaliação psicológica, referente ao stress infantil. Os dados serão sigilosos e a ética será mantida; não haverá divulgação de nomes ou dados que de alguma forma venham identificar os participantes.

Serão oferecidas as mães devolutivas dos resultados dos testes aplicados e orientação sobre técnicas de manejo do stress, e praticas parentais.

A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento durante o estudo se o participante o desejar, sem que exista prejuízo para você ou sua criança. Será respeitada a vontade da criança de não participar da pesquisa, mesmo que a mãe autorize a participação.

Este Termo de Consentimento está sendo assinado em duas vias, sendo que uma das vias permanecerá com o participante

O telefone do Comitê de Ética caso deseje entrar em contato é; (19) 3343-67-77

Desde já agradeço a atenção.
Atenciosamente,

Joseana Azevedo Bargas
Psicóloga – CRP – 06/71818
Fone: (19) 36235355

Declaro que fui informado (a) sobre os detalhes do estudo, compreendi sua natureza e autorizo a participação de meu filho (a) e concordo em participar voluntariamente.

Nome do (a) filhos (a): _____

Nome da mãe: _____

Assinatura da mãe: _____ RG: _____

ANEXO B

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DAS MÃES E CRIANÇAS

Ficha de Identificação das mães e crianças

A mãe participante do estudo deverá responder as perguntas abaixo se referindo ao pai com quem a criança mora e convive diariamente, seja biológico ou substituto.

Data: ____/____/____

I. Dados da Mãe (biológica)

Iniciais do nome: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Número de filhos: _____

Informações complementares: _____

II. Dados do Pai

() biológico

() substituto

Iniciais do nome: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Número de filhos: _____

Informações complementares: _____

III. Dados da Criança

Nome ou iniciais: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Tem irmãos? _____ Quantos? _____ Qual a idade e o sexo dele (s)? _____

Ano: _____ Ano que ingressou na escola _____

Tem Hiperatividade ()

Desatenção ()

Problemas de aprendizagem ()

Problemas Comportamentais ()

Informações complementares: _____