



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O Stress Parental e o Temperamento de Crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Joana Maria Alves Fonseca (e-mail: joana.fonseca24@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação,
Desenvolvimento e Aconselhamento sob a orientação da Doutora
Maria Teresa Sousa Machado

O Stress Parental e o Temperamento de Crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Resumo

As crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção pelas características que manifestam provocam disfunções no sistema familiar. O Stress Parental surge como uma reacção aversiva dos pais aos problemas associados a estas crianças.

Este estudo tem como objectivos avaliar o Stress Parental em pais de crianças com PHDA, caracterizar o Temperamento destas crianças e determinar a influência do Temperamento de crianças com PHDA no Stress Parental.

Participaram no estudo 25 pais de crianças com PHDA, com idades entre os 6 e os 8 anos, que foram avaliados com dois questionários distintos, o Índice de Stress Parental (Abidin & Santos, 2003) e a Bateria de Avaliação do Temperamento Infantil – Revista, versão portuguesa da Temperament Assessment Battery for Children –Revised (Martin & Bridger, 1999).

Verificamos que em todas as subescalas do Domínio da Criança e do Domínio dos Pais, as médias encontradas são mais elevadas no grupo de estudo, o que sugere maiores índices de Stress Parental nos pais das crianças com PHDA. Já em relação ao Temperamento apenas não se verificam diferenças estatisticamente significativas na subescala Reforço aos Pais, que parece indiciar que o Temperamento da criança não condiciona o vínculo dos pais à criança.

Palavras-chave: PHDA, Stress Parental, Temperamento Infantil.

The Parenting Stress and Temperament of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Abstract

Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder apparent features cause dysfunctional ties in their family system. Parental Stress comes up as parent's repulsive reaction associated to these children.

This study has the objective of evaluating Parental Stress in parents of children with ADHD, outline these children's temper and determine its influence in Parenting Stress.

Participant in this study were twenty five parents of children with ADHD with ages between 6 and 8 years old, whose evaluation was done using two distinct queries, Parenting Stress Index (Abidin & Santos, 2003) and Portuguese version of Temperament Assessment Battery for Children - Revised (Martin & Bridger, 1999).

We verified that in every subscale of Child's Domain and Parent's Domain, the averages checked are higher in the study's subjects, which seems to show the existence of Parenting Stress in parents of children with ADHD. Concerning the temperament, we didn't verify statistically significant differences in the subscale Parent's Reinforcement, which appears to indicate that the child's temperament doesn't outline its parent's attachment.

Key Words: ADHD, Parenting Stress, Temperament in Childhood.

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Machado, pela sabedoria das sugestões, orientações, conhecimentos, e pelo acompanhamento permanente ao longo deste trabalho.

Ao Centro de Desenvolvimento Luís Borges do Hospital Pediátrico de Coimbra, em particular à equipa da consulta de Hiperatividade e Défice de Atenção, por ter permitido a recolha de dados.

À Dra. Margarida Sousa de Almeida, por todos os ensinamentos, pela amabilidade e disponibilidade para colaborar na concretização deste estudo.

Aos meus pais e irmão, por toda a força transmitida ao longo deste trabalho e pelo apoio incondicional.

Ao Cláudio, pela paciência, compreensão e por todas as ausências.

Aos meus amigos, pelas palavras de incentivo, por sempre acreditarem em mim e por acreditarem que seria possível.

Aos pais das crianças da consulta, que a partir do preenchimento dos questionários contribuíram para que este trabalho fosse realizável, e às crianças com quem contactei ao longo destes meses que apesar de todos os seus problemas retribuíram sempre com um sorriso.

Índice

Resumo.....	2
Agradecimentos.....	3
Introdução.....	6
I. Enquadramento Conceptual.....	8
1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	8
2. Stress Parental e PHDA.....	10
3. Temperamento e PHDA.....	14
II. Objectivos e Hipóteses.....	17
III. Metodologia.....	18
1. Amostra.....	18
2. Instrumentos Utilizados	20
2.1. Índice de Stress Parental.....	20
2.2. Bateria de Avaliação do Temperamento Infantil.....	21
2.3. Questionário de recolha de dados sócio-demográficos	22
3. Procedimentos.....	22
IV. Resultados.....	23
V. Discussão	32
VI. Conclusão	37
Bibliografia	39
Anexos.....	46

Índice de Tabelas

Tabela 1. Dados Sociodemográficos da amostra.....	19
Tabela 2. Confiabilidade dos Instrumentos Utilizados.....	23
Tabela 3. Comparação entre os dados obtidos em estudo com os dados normativos do Índice de Stress Parental.....	25
Tabela 4. Medidas descritivas observadas para as dimensões do Temperamento Infantil.....	26
Tabela 5. Intervalo de percentis de acordo com as subescalas do Stress Parental.....	27
Tabela 6. Matriz de correlação de Spearman entre as dimensões do Temperamento Infantil.....	29
Tabela 7. Correlação entre os domínios do Stress Parental e as idades das crianças e das figuras parentais.....	30
Tabela 8. Correlação do Domínio dos Pais com as dimensões do Temperamento (Impulsividade).....	30
Tabela 9. Correlação das dimensões do Temperamento Infantil com o Stress Parental.....	31

Introdução

Os primeiros anos na vida de uma criança são um importante período de desenvolvimento, quer a nível de aprendizagem como a nível social. No jardim de infância os comportamentos da criança não são diferenciados, mas a partir do 1º ciclo de escolaridade a concentração e a atenção na sala de aula aumentam e a criança é então confrontada com diversas dificuldades e problemas.

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma das patologias do desenvolvimento com maior prevalência na infância, que resulta em problemas de atenção, excesso de atividade motora e impulsividade (APA, 2006). Perante estes sintomas, os pais destas crianças sentem-se incapazes de compreender o comportamento dos seus filhos, podendo estas dificuldades originar stress.

Assim, o Stress Parental é frequentemente associado aos pais de crianças com PHDA devido às incompatibilidades da patologia no desenvolvimento da criança e do seu impacto no funcionamento familiar (Barkley et al., 2006; Johnston & Mash, 2001).

A PHDA e os seus sintomas estão fortemente relacionadas com o Temperamento Infantil, tendo uma relação directa com a atenção e com a atividade motora (Foley, McClowry, & Castellanos, 2008; Magallón, Eguiláz, Ecay, Poch-Olivé, & Narbona, 2009).

O presente estudo procura compreender de que forma as características da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção influenciam o Stress Parental nos pais destas crianças e qual o impacto das suas características temperamentais. Para tal, utilizámos o Índice de Stress Parental (Abidin & Santos, 2003) para avaliar em que grau as características da criança, as características das figuras parentais e o suporte social influenciam o Stress Parental, e a Bateria de Avaliação do Temperamento Infantil (Martin & Bridger, 1999) para avaliar o Temperamento, as diversas características individuais e os traços temperamentais da criança a partir da perspectiva dos pais.

Assim, no primeiro capítulo procurámos reflectir sobre alguns conceitos e formulações teóricas de diferentes autores sobre os três principais temas do estudo: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Stress Parental e Temperamento. No segundo e no terceiro

capítulos descrevemos respetivamente os objectivos e hipóteses em estudo, bem como a metodologia utilizada, a amostra e os instrumentos de avaliação aplicados. No quarto capítulo expomos a análise dos resultados obtidos neste estudo e no quinto a correspondente discussão. Por fim, apresentamos as conclusões do estudo, as limitações e possíveis sugestões para futuros estudos.

I – Enquadramento Conceptual

1.1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) tem vindo a ser objecto de diversas denominações ao longo do tempo: “défice de atenção”, “défice de atenção e hiperatividade”, “perturbação hipercinética” e “hiperatividade” são alguns dos conceitos utilizados para descrever esta patologia (Ather & Salmon, 2010).

Still (1902) e Tredgold (1908) foram os primeiros autores a referir esta perturbação nomeando-a como “deficiência de controlo motor”, baixos níveis de inibição, atenção e hiperatividade (Ramalho, 2005; Rotta & Newra, 2006). Chess, em 1960, realça necessidade de existirem evidências sintomatológicas objectivas para além das informações facilitadas pelos pais e professores, e refere como principal sintoma da perturbação o excesso de atividade física (Barkley et al., 2006; Lopes, 2004).

No final dos anos 60, a hiperatividade era considerada uma disfunção cerebral relacionada com determinadas estruturas do cérebro. Os anos 70 foram uma época de extrema importância para a definição da patologia, na medida em que os problemas de atenção se sobrepuseram aos sintomas de hiperatividade, passando a considerar o défice de atenção como um dos sintomas principais. Posteriormente, nos anos 80, a hiperatividade foi considerada como critério secundário no diagnóstico atribuindo-se a designação de Distúrbio de Défice de Atenção e Hiperatividade (Barkley et al., 2006).

A PHDA é das patologias infantis mais referidas e diagnosticadas em Saúde Mental, os diferentes sistemas de classificação do DSM combinaram as principais características desta perturbação adoptando actualmente, com o DSM-IV-TR, uma perspectiva bidimensional. A perturbação está dividida em três subtipos: 1) *Perturbação de hiperatividade e défice de atenção tipo predominantemente desatento*; 2) *Perturbação de hiperatividade e défice de atenção tipo predominantemente hiperactivo/impulsivo*; e 3) *Perturbação de hiperatividade e défice de atenção tipo combinado* (APA, 2006).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2006) a prevalência da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é de 3 a 7% em crianças de idade

escolar, e com uma maior predominância no sexo masculino, no entanto, estes dados variam de acordo com a natureza e o método de avaliação da amostra. O diagnóstico pressupõe que os sintomas interfiram em mais do que um contexto de vida quotidiana (familiar, escolar ou trabalho) e que se manifestem antes dos 7 anos de idade. Não é possível a co-existência de outra perturbação do desenvolvimento ou psiquiátrica. A PHDA apesar de possuir critérios de diagnóstico bem delimitados, está longe de conseguir alcançar concordância relativamente à sua definição como doença mental (Fonseca, 1988).

A PHDA é uma perturbação multifatorial com predisposição genética e neurobiológica que interage com fatores ambientais (Vicario & Esperón, 2004). No entanto, inicialmente restringiu-se a definição da PHDA exclusivamente às suas causas e sintomas, pondo em causa a própria entidade clínica da perturbação (Lopes, 2004).

Os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade desencadeiam problemas comportamentais e cognitivos, que igualmente afectam diversas áreas das crianças e das suas famílias, influenciando o funcionamento dos pais e da parentalidade (Pimentel, Vieira-Santos, Santos, & Vale, 2011).

O tratamento da PHDA é um longo processo que incide sobretudo na diminuição dos sintomas (Vásquez, Cadenas, Feria, Benjet, Palacios, & Peña, 2010) tendo por base uma equipa multidisciplinar que inclui um pediatra, um neurologista e um psicólogo, que em conjunto com a família e professores procuram melhorar o desenvolvimento destas crianças (Costa, Santos, & Ramalho, 2010; Vicario & Esperón, 2004). Existem diversas modalidades de tratamento que permitem controlar a impulsividade e diminuir o défice de atenção: a intervenção médica ou farmacológica, a intervenção psicológica e a intervenção cognitiva. A medicação é o recurso mais utilizado e eficaz, tendo como princípio activo o metilfenidato. Não deve ser usada como terapêutica isolada, mas sim associada a outras opções de tratamento (Polaino-Lorente & Avila, 2002).

Diversos estudos revelam que as crianças diagnosticadas com PHDA apresentam défices nas funções executivas, são mais pessimistas e apresentam interações negativas com os pais (como por exemplo, Barkley et

al., 2006), aumentando a probabilidade de conflitos/problemas conjugais entre os pais destas crianças e disfunções familiares (Barkley et al., 2006; Cunningham & Boyle, 2002; Stormont-Spurgin & Zentall, 1995).

Segundo Ramalho (2009), muitos dos pais de crianças com PHDA durante a primeira infância dos seus filhos apresentam sentimentos de impotência e frustração que se refletem no desenvolvimento destas crianças e que, de igual modo, originam padrões relacionais desajustados entre pais e filhos.

Diferentes autores demonstram que os pais das crianças com PHDA apresentam práticas disciplinares mais rígidas, são mais exigentes e têm dificuldade em compreender as dificuldades de aprendizagem dos filhos (Anastoplos et al., 1992; Barkley, 2006; Graziano, McNamara, Geffken & Reid, 2011; Johnston & Mash, 2001). Estes pais mencionam também bastantes dificuldades na regulação do comportamento dos filhos, menor organização e mais conflitos familiares (Schroeder & Kelly, 2009).

Estes sintomas conduzem a relações disfuncionais entre pais e filhos. Anastoplos e colaboradores (1992) referem a importância de algumas características, tais como problemas de comportamento e a severidade de sintomas da PHDA como preditores de Stress Parental. O Stress Parental é igualmente um bom preditor de problemas de comportamento, das características temperamentais da criança e das suas competências sociais (Anthony et al., 2005).

1.2. Stress Parental e a PHDA

As situações problemáticas que surgem no dia-a-dia de um sistema familiar originam stress (Ferreira, 2002). O modo como os pais avaliam essas situações influencia as práticas parentais e conseqüentemente o risco das crianças desenvolverem problemas de comportamento (Webster-Stratton, 1990).

A definição de Stress Parental surgiu na segunda metade do século XX quando os psicólogos tentaram compreender quais os fatores que incitavam uma parentalidade disfuncional (Abidin, 1990).

O Stress Parental pode ser concetualizado como uma reacção

psicológica provocada pela exigência inerente à educação dos filhos que podem despoletar sentimentos negativos em relação ao próprio ou à criança (Deater-Deckard, 1998).

Mash e Johnston (1990) referem que os conflitos entre os pais e filhos definem amplamente o constructo de Stress Parental, salientando que as características ambientais, parentais e da criança têm um impacto direto no Stress Parental.

Abidin (1992) defende que o Stress Parental é plurideterminado, baseado nas características das crianças, dos progenitores e nos fatores situacionais. A tarefa da parentalidade é extremamente exigente e complicada, pois depende da complexa interacção entre os pais, em que os pais têm que pôr em prática todos os recursos que dispõem para dar resposta aos seus filhos (Abidin, 1990). Neste sentido, o autor desenvolveu um modelo que integra um conjunto de variáveis fundamentais no exercício da parentalidade (Abidin, 1992, cf. Anexo I). No âmbito deste modelo, o stress resulta de um conjunto de acontecimentos experimentados pelos pais em situações difíceis de gerir (Abidin & Santos, 2003).

Segundo Anastopoulos e colaboradores (1992), as características das crianças e dos pais têm uma maior influência nos níveis de Stress Parental do que as condições ambientais/sociais da família. No entanto, para além destes, existem outros fatores, tais como o suporte social e conjugal, o rendimento familiar e os problemas financeiros que também têm bastante influência (Theule, Wiener, Rogers, & Marton, 2011). A presença de algum distúrbio ou doença na criança afecta de igual modo o exercício da parentalidade (Abidin, 1990). Assim, a severidade da PHDA é dos fatores mais significativos no Stress Parental (Anastopoulos et al., 1992).

O Stress Parental é definido pelo modo como as características de pais e filhos se manifestam ao longo da parentalidade (Baker & McCal, 1995).

Por outro lado, Deater-Deckard (1998) considera o stress como uma reação psicológica aversiva ou negativa em relação a si mesmo ou à criança e às exigências parentais. No entanto, a parentalidade confronta os pais com novas exigências que conseqüentemente desencadeiam um aumento de stress. Efetivamente, isto pode levar a uma deterioração da saúde e bem-estar parental, pelo que o Stress Parental é diferente do stress sentido em

outros contextos de vida, afirmando o autor que este é um bom preditor de saúde dos pais e do desenvolvimento da criança (*Ibidem*). O Stress Parental é igualmente considerado como uma discrepância entre as exigências relativas à parentalidade e os recursos pessoais disponíveis (Ostberg, Hagekull, & Hagelin, 2007).

As investigações têm vindo a demonstrar que o Stress Parental, quando é crónico, pode ter consequências negativas, quer no desenvolvimento da criança quer no funcionamento parental, podendo mesmo potenciar uma parentalidade disfuncional (Crnic & Low, 2002).

Porém, manifestar algum Stress Parental é considerado normal, e de forma adequada pode constituir motivação no exercício das práticas parentais (Abidin & Santos, 2003). O aumento de stress é condicionado por um conjunto de características que a criança possui, sobretudo as que estão diretamente relacionadas com o temperamento (nível de atividade motora e distração, humor, lidar com mudanças, e exigências que coloca), e com as expectativas parentais face à criança (Abidin, 1992).

A parentalidade nos pais de crianças com PHDA aparece como um constructo complexo que relaciona de forma positiva e negativa as características demográficas, as práticas parentais e o stress (Tamm, Holden, Nakonezny, & Hughes, 2012). Nas famílias das crianças hiperativas as características das crianças são vistas como os principais preditores de Stress Parental (Mash & Johnston, 1990). A idade dos progenitores é uma variável com influência na perceção do stress: quanto maior a idade, maior o stress (Moreira, 2010).

Os níveis de stress nos pais variam consoante a criança é saudável ou possui alguma patologia (Santos, 2008). Segundo Gupta (2007), o Stress Parental está relacionado com todo o tipo de perturbações, defendendo este autor que os problemas de comportamento geram stress pela sua natureza disruptiva e por muitas vezes estarem associados a baixos resultados escolares.

Os pais de crianças com PHDA apresentam maiores níveis de stress e têm mais dúvidas no exercício da parentalidade quando comparados com outros pais em que os filhos não apresentem a patologia (Johnston & Mash, 2001; Pimentel, Vieira-Santos, & Vale, 2011). Segundo Morgan et al. (2002,

citado em Pimentel et al., 2011) os elevados níveis de Stress Parental estão relacionados com uma parentalidade disfuncional. Estes pais apresentam também estilos parentais autoritários e demonstram-se menos envolvidos nas vidas dos filhos (Fagan, Schmitz, & Lloyd, 2007).

Os progenitores de crianças com PHDA do tipo combinado reportam níveis de stress superiores quando comparados com os pais de crianças com PHDA do tipo predominantemente desatento (Johnston & Reader, 2002, citado em Graziano et al., 2011). Ao melhorar os problemas de comportamento, a medicação utilizada nas crianças com PHDA diminui indirectamente os níveis de Stress Parental (Pimentel et al., 2011).

O nível socioeconómico representa também uma grande influência no Stress Parental, quanto maior for, menor serão os níveis de stress (Moreira, 2010). Neste sentido, os pais destas crianças requerem frequentemente suporte psicossocial tal como treino de pais, gestão de competências da criança e apoio escolar (Gupta, 2007).

O Stress Parental pode manifestar-se de diferentes formas como sentimentos de ansiedade, depressão, stress pós-traumático, pensamentos obsessivo-compulsivos e queixas somáticas (Vrijmoet-Wiersma et al., 2009). A depressão, o apego em excesso à criança, o isolamento social e a auto-culpa são sentimentos que as mães de crianças com PHDA manifestam quando comparadas com outras mães de crianças sem patologia (Mash & Johnston, 1982).

Deste modo, o Stress Parental é resultado das avaliações consumadas por cada um dos pais relativamente ao seu papel de pais, podendo também ser visto como uma variável motivacional que encoraja os pais a utilizarem todos os recursos disponíveis para suportarem a parentalidade (Abidin, 1992).

Quando se avalia de forma independente o comportamento das crianças e a relação entre pais e filhos confirma-se a existência de uma forte relação entre os problemas de comportamento e o Stress Parental (Baker & McCal, 1995).

Deste modo, vale a pena destacar que o treino de competências parentais contribui para a redução dos níveis de stress, aumentando a

confiança dos pais, contribuindo para uma melhoria das práticas parentais e da relação pais/filhos (Barkley et al., 2006), embora, determinadas características temperamentais da criança sejam influenciadas pelas práticas parentais e pelas reacções dos pais aos comportamentos da criança (Melo, 2005).

1.3. Temperamento e a PHDA

O Temperamento é dos constructos mais estudados na Psicologia do Desenvolvimento com maior foco nas crianças, sendo que, mais especificamente o Temperamento Infantil assume uma grande importância no desenvolvimento social e emocional das crianças. Diversos estudos surgem no sentido de procurar as suas origens, estrutura e desenvolvimento (Kiff, Lengua, & Zalewski, 2011; Martin & Bridger, 1999; Rothbart & Derryberry, 2000; Rothbart & Bates, 1998; Vaughn & Bost, 1999;).

O conceito de Temperamento emerge no início do século XX um pouco por todo o Mundo. No seu estudo surgem diversas abordagens com diferentes origens, ideias, definições e concepções (Ito & Guzzo, 2002; Tous, 1990).

Thomas, Chess e Birch (1970) revolucionaram o conceito de Temperamento Infantil, alterando a ideia de que a criança era um recetor passivo de influências externas. Segundo estes autores o temperamento é constituído por atributos psicológicos.

A abordagem de Thomas e Chess (1977) defende o conceito de Temperamento como a manifestação das características individuais, centrando-se no modo como estas se manifestam, e as suas características observáveis. Estes autores iniciaram em 1956 um estudo longitudinal, o “*New York Longitudinal Study - NYLS*”, em que analisaram a descrição que as mães faziam sobre o comportamento de bebés durante os primeiros seis meses (Klein & Linhares, 2007). Assim, organizaram uma estrutura de nove dimensões para representar as diferenças individuais no comportamento infantil, (nível de atividade, ritmo, aproximação ou retraimento, adaptabilidade, limiar de responsividade, intensidade de reacção, qualidade de humor, distratibilidade/período de atenção e persistência) que se mantêm

relativamente estáveis ao longo dos primeiros anos de vida. Deste modo, verifica-se que as crianças variam nas respostas às situações conforme as características individuais e os cuidados diários a que estão expostos (Chess & Thomas, 1996).

Por outro lado, os estudos efectuados por Rothbart (1981) definem o Temperamento como um conjunto de diferenças individuais de base constitucional na reatividade e auto-regulação, influenciadas ao longo do tempo pela hereditariedade, maturação e experiência (Rothbart, 2004). A reatividade está relacionada com as respostas das crianças aos estímulos internos e externos, reacções fisiológicas e comportamentais. A auto-regulação refere-se à orientação e ao controlo executivo da atenção e do comportamento que modelam a reatividade excitando ou inibindo. As características temperamentais da criança são predispostas por um conjunto de fatores que lhe concedem o seu carácter constitucional e que se apresentam estáveis ao longo do tempo (Rothbart & Bates, 1998, 2008).

Já Buss e Plomin (1984) sugerem que o Temperamento consiste num conjunto de traços de personalidade herdados geneticamente, que surgem no primeiro ano de vida e se mantêm estáveis ao longo do tempo. Estes autores desenvolveram um instrumento de avaliação do Temperamento Infantil, o EASI, que incluía as dimensões emocionalidade, atividade, sociabilidade e impulsividade. Porém, mais tarde chegaram à conclusão que a impulsividade não integrava as dimensões do Temperamento. Reformularam o instrumento, considerando como características principais do Temperamento a emocionalidade, a atividade e a sociabilidade - EAS.

Para Martin (1988), o Temperamento refere-se às características da personalidade influenciadas pela constituição genética de cada indivíduo. As variáveis do Temperamento podem ter origem genética ou congénita e descrevem qualidades emocionais e características do sistema nervoso central que se refletem no comportamento.

Apesar das divergências entre as perspectivas dos diferentes autores, todos defendem que o Temperamento: 1) é um comportamento que se refere a dimensões gerais de desenvolvimento; 2) manifesta-se durante a infância e constitui biologicamente a personalidade; 3) é relativamente estável ao longo do tempo; 4) apresenta um substrato biológico; e 5) é influenciado por

fatores do contexto (Goldsmith & Rieser-Dannet, 1986, citado em Ito & Guzzo, 2002).

Os diferentes tipos de Temperamento variam consoante os traços temperamentais. Martin e Bridger (1999) consideram que os traços inibição, impulsividade e emocionalidade positiva representam as três dimensões que melhor descrevem as características temperamentais das crianças.

No entanto, a personalidade de cada indivíduo e o modo como esta se desenvolve é representada a partir das características individuais do Temperamento (Rothbart & Putnam, 2002).

O Temperamento é utilizado como estrutura complementar em estudos normativos do desenvolvimento centrados no indivíduo. As suas características contínuas e descontínuas são importantes para a compreensão das interações criança/ambiente, contribuindo para a construção de uma trajetória de desenvolvimento específica para cada criança (Martin & Fox, 2008).

Segundo as investigações de Rothbart e Derryberry (citado em Rothbart, 1981), os pais descrevem o Temperamento dos filhos a partir dos comportamentos observados em casa. Uma vez que este comportamento reflete a relação entre os padrões de estimulação social em casa e os padrões de Temperamento das crianças. Assim, o Temperamento representa um sistema de interações que envolve os pais e irmãos das crianças, as características da criança e estabilidades ambientais (Rothbart, 1981).

O Temperamento é um constructo relativamente estável ao longo do tempo, que engloba diferentes áreas da personalidade, como a afectividade, a atenção e a activação, que surge a partir de um conjunto de interações com o meio ambiente, mantendo sempre as origens genéticas e biológicas (Foley et al., 2008).

As características de Temperamento são relevantes para a adaptação de crianças a situações de sucesso académico, social e pessoal. No entanto, cada contexto está associado com expectativas específicas que determinam a relevância de diferentes traços temperamentais. A influência do Temperamento nas várias situações pode ter efeitos diretos e/ou indiretos na adaptação das crianças a determinados contextos ambientais (Keogh, 1986,

citado em Martin & Fox, 2008).

Diversas características temperamentais têm uma relação direta com a atenção e com a atividade motora (Magallón, Eguílaz, Eca, Poch-Olivé, & Narbona, 2009). Para Rothbart () são as características individuais do Temperamento que determinam as respostas motoras e de atenção dos indivíduos em diversas situações, desempenhando, assim, um papel relevante nas interações sociais.

Segundo Foley e colaboradores (2008) os três subtipos de PHDA e os seus sintomas estão extremamente relacionados com as dimensões do Temperamento Infantil. As crianças com PHDA são caracterizadas por um Temperamento difícil com uma elevada reatividade emocional, insegurança e com dificuldades a nível do auto-controlo (Finzi-Dotan, Manor, & Tiano, 2006).

Em suma, as relações estabelecidas no contexto familiar também influenciam o Temperamento, na medida em que o comportamento dos pais pode ser um fator moderador do temperamento dos filhos (Whiteside-Mansell, Bradley, Casey, Fussell, & Conners-Burrow, 2009).

II - Objectivos e Hipóteses

O estudo irá incidir sobretudo em três variáveis a PHDA, o Stress Parental e o Temperamento. Os objectivos do estudo são:

- 1 - Avaliar os níveis de Stress Parental em pais de crianças com PHDA.
- 2 - Comparar os níveis de Stress Parental em pais de crianças com PHDA com os dados normativos do instrumento (Índice de Stress Parental).
- 3 - Avaliar o Temperamento de crianças com PHDA.
- 4 – Analisar de que forma o Temperamento de crianças com PHDA pode aumentar o Stress Parental.

As hipóteses de estudo são definidas em função das relações que nos pareceram mais relevantes e espectáveis a fim de poderem ser testadas. São a antecipação de resposta ao problema a partir de uma suposição sob a forma de afirmação. Em função dos objectivos definidos para o nosso estudo

equacionámos as seguintes hipóteses:

H1: A presença da Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção indicia o aumento do Stress Parental.

H2: Pais mais velhos de crianças com PHDA apresentam maiores níveis de stress.

H3: As crianças com PHDA apresentam um Temperamento difícil e provocam um aumento do Stress Parental.

III – Metodologia

A investigação efetuada apresenta um desenho não experimental, descritivo-correlacional, comparativo e de corte transversal.

1. Amostra

Definimos como população alvo os pais de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice Atenção. Privilegiámos como local para o desenvolvimento do nosso estudo o Centro de Desenvolvimento Luís Borges do Hospital Pediátrico de Coimbra, local onde foi desenvolvido o estágio curricular. Tendo em conta a abrangência da população, a definição da amostra obedeceu a alguns critérios de inclusão: pais de crianças entre os 6 e os 8 anos ($\bar{x} = 7,4$; $s = 0,64$) com PHDA, seguidas na consulta de Desenvolvimento. Assim, tal como demonstra a Tabela 1, neste estudo estão presentes 2 crianças (8%) de 6 anos, 11 crianças (44%) de 7 anos e 12 crianças (48%) de 8 anos. A recolha da amostra é não probabilística, de conveniência, constituída por 25 sujeitos, 18 do género masculino (72%) e 7 do género feminino (28%). Quanto à idade das figuras parentais, a idade predominante na mãe situa-se nas faixas etárias [30-35 anos[e [40-45 anos[contribuindo para uma média de idades de 35,9 pontos. No pai, a idade predominante situa-se na faixa etária [35-40anos[, contribuindo para uma média de 39,0. Relativamente à escolaridade, as mães, na sua maioria, possuem o 2º/3º ciclos ($n = 9$, 36,0) e os pais apresentam igual frequência para o 1º ciclo ($n = 10$, 40%) e 2º/3ºciclos ($n = 10$, 40%). A maioria das crianças vive com as figuras parentais ($n = 19$, 76,0%) , embora algumas vivam apenas com a mãe ($n = 6$, 24%). Em relação ao número de filhos, 10 pais revelaram ter dois filhos (40%) e 9 pais revelaram ter apenas 1 filho (36%).

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos da amostra

Variáveis	<i>n</i>	%
Género		
Masculino	18	72,0
Feminino	7	28,0
Idade		
6 anos	2	8,0
7 anos	11	44,0
8 anos	12	48,0
	$\bar{X} = 7,4; s = 0,64$	
Idade da Mãe		
[25-30[	5	20
[30-35[	6	24
[35-40[	5	20
[40-45[	6	24
[45-50]	3	12
	$\bar{X} = 35,9; s = 6,4$	
Idade do Pai		
[25-30[	0	0
[30-35[	6	24
[35-40[	8	32
[40-45[	6	24
[45-50]	5	20
	$\bar{X} = 39,0; s = 5,5$	
Escolaridade Mãe		
1º ciclo	5	20,0
2º/3º ciclos	9	36,0
Ensino Secundário	7	28,0
Ensino Superior	4	16,0
Mestrado/Doutoramento	0	0
Escolaridade Pai		
1º ciclo	10	40,0
2º/3º ciclos	10	40,0
Ensino Secundário	4	16,0
Ensino Superior	1	4,0
Mestrado/Doutoramento	0	0
Agregado Familiar		
Pais	19	76,0
Só Mãe	6	24,0
Só Pai	0	0
Número de Filhos		
Um	9	36,0
Dois	10	40,0
Três	1	4,0
Quatro	5	20,0

2. Instrumentos Utilizados

Neste trabalho de investigação são expostos os resultados obtidos a partir da aplicação de dois instrumentos distintos: o Índice de Stress Parental (Abidin & Santos, 2003), adaptação portuguesa do Parenting Stress Index (Abidin, 1983) e a Bateria de Avaliação do Temperamento Infantil Revista (Seabra-Santos, s.d.), adaptação portuguesa da Temperament Assessment Battery for Children Revised criada por Martin e Bridger (1999), e também de uma Ficha de Recolha de Informação.

2.1. Índice de Stress Parental (ISP)

O ISP (Abidin & Santos, 2003) é um inventário que avalia a intensidade de stress no sistema pais/filhos. O questionário é aplicado individualmente, tem uma duração variável, de aproximadamente 25 minutos, e pode ser respondido por qualquer dos progenitores de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos.

A versão Portuguesa é constituída por dois domínios: *Domínio da Criança*, que corresponde aos aspectos temperamentais da criança e ao grau de stress que as suas características provocam na figura parental e *Domínio dos Pais*, que corresponde às características pessoais da figura parental e às variáveis do contexto familiar que influenciam a parentalidade. Cada domínio engloba sete subescalas que possibilitam a identificação de fontes específicas de stress: o Domínio da Criança - Distração/Hiperatividade, Reforço aos Pais, Humor, Aceitação, Maleabilidade de Adaptação, Exigência e Autonomia) e o Domínio dos Pais - Sentido de Competência, Vinculação, Restrições do papel, Depressão, Relação Marido/Mulher, Isolamento Social e Saúde Parental (*Ibidem*).

Relativamente à cotação, o IPS é avaliado a partir de uma escala tipo *likert* de 1 a 5 (1 - *Concordo Completamente*; 2 - *Concordo*, 3 - *Não Tenho a Certeza*; 4 - *Discordo*; 5 - *Discordo Completamente*), distribuída por 108 itens. Inclui também uma escala opcional de Stress de Vida que pretende avaliar o stress de vida situacional, composta por 24 itens de resposta dicotómica *Sim/Não*, que não foi utilizada no nosso estudo.

As escalas do ISP demonstram uma boa estabilidade dos resultados num intervalo de três meses e satisfatórios níveis consistência interna, sendo os coeficientes Alpha de Cronbach nos Domínios da Criança, dos Pais e no

resultado Total, respetivamente de 0.89, 0.91 e 0.94 (Abidin & Santos, 2003).

2.2. Bateria de Avaliação do Temperamento Infantil

A Bateria de Avaliação do Temperamento Infantil (TABC-R) foi criada para avaliar o Temperamento de crianças e encontra-se disponível em duas versões: uma para pais (37 itens) e outra para professores (29 itens), aferido para crianças dos 2 aos 7 anos de idade. A sua aplicação é individual e tem uma duração aproximada de 12 minutos. Tendo em conta que a nossa amostra é dos 6 aos 8 anos, foi solicitado, via institucional, a autorização ao autor da escala para um alargamento da idade por mais um ano, que concordou com a proposta. A cotação do instrumento é realizada a partir de uma escala tipo *likert* de 1 a 7 (1 – *Quase Nunca*, 2 – *Raramente*, 3 – *Uma vez por outra*, 4 – *Às vezes*, 5 – *Várias vezes*, 6 – *Muitas vezes*, 7 – *Quase Sempre*).

O questionário é composto por duas escalas, a *Escala de Inibição* e a *Escala de Impulsividade*, as quais permitem reconhecer diversas características individuais das crianças, traços temperamentais, bem como os diferentes tipos de temperamento. A Escala de Inibição avalia a tendência da criança para evitar situações sociais novas como a aproximação de pessoas estranhas e a capacidade de se envolver em tarefas novas. A Escala de Impulsividade inclui três subescalas: 1) Emotividade Negativa, que pretende avaliar a incapacidade para controlar emoções e apresentar comportamentos como gritar, chorar, como resultado de frustrações; 2) Nível de Atividade, que procura avaliar a capacidade para controlar comportamentos motores em situações que o requeiram; e 3) Falta de Persistência em Tarefa, que permite avaliar a incapacidade para manter a atenção durante períodos prolongados ou para aprender tarefas novas que envolvam alguma dificuldade. Assim, a partir deste questionário podemos identificar 6 tipos de temperamento nas crianças: Tipo *Inibido* – resultados elevados na Escala de Inibição e resultados baixos na Escala de Impulsividade, Tipo *Emotividade Elevada* – resultados elevados em ambas as escalas, Tipo *Impulsivo* – resultados elevados na Escala de Impulsividade, Tipo *Típico* – resultados moderados em ambas as escalas, Tipo *Reservado* – resultados moderados na escala de Inibição e resultados baixos na Escala de Impulsividade, Tipo *Desinibido* –

resultados baixos na escala de Inibição e moderados na Escala de Impulsividade. O Tipo *Passivo* é apenas identificado no questionário para professores e diz respeito às crianças que obtêm resultados baixos em ambas as escalas.

As escalas do TABC-R demonstram uma boa consistência interna, sendo os coeficientes Alpha de Cronbach para a Escala de Inibição e para a Escala de Impulsividade, respetivamente de 0.64 a 0.86 e de 0.80 a 0.95 (Almeida, Seabra-Santos & Major, 2010).

2.3. Questionário de recolha de dados sociodemográficos

Foi adicionada uma ficha de recolha de informação que foi construída para reunir dados sociodemográficos referentes aos pais e às crianças.

3. Procedimentos

A aplicação de instrumentos de investigação em psicologia deve ter em conta uma avaliação cuidadosa respeitando todos os procedimentos éticos com o investigador e o investigado. Assim, para a aplicação do ISP e do TABC-R aos pais de crianças com PHDA da Consulta de Desenvolvimento foi elaborado um pedido de autorização formal à diretora do Centro de Desenvolvimento Luís Borges, explicando-se o tipo de trabalho, assim como os objectivos da investigação (cf. Anexo II).

Os instrumentos de recolha de dados foram entregues aos participantes que aceitaram voluntariamente colaborar na investigação e foram preenchidos nos espaços disponíveis na consulta sem a presença da investigadora, entre os meses de Dezembro de 2011 e Maio de 2012. Previamente foram dados os esclarecimentos necessários e solicitados assim como as garantias de anonimato e de privacidade relativos aos dados confidenciais que esta investigação envolve.

Não obstante, os instrumentos puderem ser respondidos pelo casal, alguns dos questionários foram preenchidos apenas por uma das figuras parentais. A recolha de dados consistiu na aplicação dos questionários ao cuidador principal no mesmo dia da consulta do filho/a, após o consentimento dos pais.

IV - Resultados

Para procedermos à análise estatística dos dados obtidos com a aplicação dos instrumentos às figuras parentais utilizámos o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.

De modo a sistematizar e realçar a informação obtida pelos dados, utilizámos técnicas de Estatística Descritiva e Estatística Não-Paramétrica, nomeadamente: Frequências (absolutas e percentuais), Medidas de Tendência Central (médias aritméticas), Medidas de Dispersão ou Variabilidade (desvio padrão), Coeficiente de Correlação de Spearman. Para testar as hipóteses formuladas optámos pela aplicação de testes não-paramétricos. Esta opção justifica-se pelo fato da amostra em estudo ser constituída por um pequeno número de participantes (<30) o que, por definição, leva a uma distribuição não normal.

Para estimar a confiabilidade dos instrumentos utilizados foi calculado o coeficiente Alpha de Cronbach, por ser considerada uma das medidas mais usadas para a verificação da consistência interna em escalas tipo *likert* (Pestana & Gajero, 2000). Os resultados obtidos estão apresentados na Tabela 2 e demonstram uma boa consistência interna nos instrumentos Índice de Stress Parental e na Bateria de Avaliação do Temperamento Infantil com um Alpha de Cronbach de 0,895 e 0.829, respetivamente.

Tabela 2 - Confiabilidade dos Instrumentos Utilizados

	Alpha de Cronbach	Número de Itens
Índice de Stress Parental	0,895	15
Bateria de Avaliação Temperamento Infantil	0,829	37

Na comparação entre os dados normativos do Índice de Stress Parental e os dados obtidos neste estudo, apresentados na Tabela 3, podemos verificar valores de médias mais elevadas no total dos dados normativos, quer no Domínio da Criança, quer no Domínio dos Pais. Contudo, as médias obtidas por subescala são superiores nos dados do estudo comparativamente com os dados normativos.

Podemos verificar, nos dados obtidos através da amostra em estudo, que as médias no Domínio da Criança variam entre 53,16 para a subescala *Maleabilidade* e 81,04 para a subescala da *Distração/Hiperatividade*; os

desvios padrão oscilam entre 16,02 para a subescala *Distração/Hiperatividade* e 29,68 para a *Maleabilidade*. No Domínio dos Pais as médias variam entre 37,40 na subescala *Sentido de Competência* e 51,28 na subescala *Marido/Mulher*; a variação do desvio padrão oscila entre 28,10 e 32,77 nas subescalas *Sentido de Competência* e *Isolamento Social*, respetivamente.

Quanto aos domínios do grupo de estudo podemos verificar um valor superior na média no Domínio da Criança, 77,28, em relação ao Domínio dos Pais, que apresenta uma média de 46,60, mas com uma tendência inversa para os valores do desvio padrão, 16,10 e 30,54 respetivamente, denotando, por isso que a dispersão de valores em relação ao Domínio dos Pais é muito superior ao do Domínio da Criança

A média mais elevada no Domínio da Criança dos dados normativos, corresponde à subescala *Maleabilidade* e que curiosamente corresponde à média mais baixa verificada nos dados da amostra em estudo, este resultado pode ser interpretado tendo em conta que as crianças com PHDA têm dificuldades em lidar com a mudança e em se adaptar a situações novas (Abidin & Santos, 2003). Também no Domínio dos Pais se verificou que a subescala *Sentido de Competência* é a subescala que apresenta a média mais baixa e nos dados normativos é também a média mais alta na amostra em estudo.

Tabela 3 - Comparação entre dados obtidos em estudo com os dados normativos do Índice de Stress Parental

	Índice de Stress Parental			
	Dados Estudo		Dados Normativos	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Distração/Hiper.	81,04	16,02	21,02	5,33
Reforço Pais	72,16	23,04	9,84	3,22
Humor	69,72	21,16	8,90	2,95
Aceitação	76,92	17,98	16,57	5,24
Maleabilidade A.	53,16	29,68	27,27	6,19
Exigência	66,00	23,31	17,68	4,67
DOMÍNIO CRIANÇA	77,28	16,10	101,21	20,71
Sentido Compet.	37,40	28,10	28,06	6,27
Vinculação	46,56	28,81	12,45	3,30
Restrição Papel	46,28	30,22	17,22	5,08
Depressão	49,40	29,23	20,25	5,46
Relação Ma/Mulh.	51,28	28,29	15,98	4,80
Isolamento S.	48,68	32,77	13,45	3,53
Saúde	44,00	29,33	12,16	3,39
DOMÍNIO PAIS	46,60	30,54	119,53	23,02
Total	61,96	25,06	220,73	39,94

(Sem a subescala Autonomia)

Relativamente aos dados apresentados na Tabela 4, verificamos que a dimensão do Temperamento Infantil que apresenta valores mais elevados é a *Impulsividade* com resultados que se situam entre 2,33 e 6,17 pontos, sendo a média 4,39 pontos e o desvio padrão 1,12 pontos. Por outro lado, sobressai a média mais baixa com 3,87 pontos para a dimensão *Nível de Atividade*, com resultados que se situam entre os 2,60 e 6,10 e um desvio padrão de 0,79. Assim, a média do total das dimensões do Temperamento Infantil é de 3,78 pontos, com valores que oscilam entre 2,81 e 5,54 e com um desvio padrão de 0,59.

Tabela 4 - Medidas descritivas observadas para as dimensões do Temperamento Infantil

	<i>n</i>	\bar{X}	<i>s</i>	X_{\min}	X_{\max}
Inibição	25	3,8700	0,93156	2,63	7,00
Impulsividade	25	4,3933	1,12101	2,33	6,17
Emoc. Negativa	25	3,9450	0,97900	2,38	6,25
Falta Persistência	25	4,3040	0,71442	2,80	5,60
Nível Atividade	25	3,8208	0,79344	2,60	6,10
Total	25	3,7838	0,59262	2,81	5,54

Na Tabela 5 encontram-se os dados que correspondem aos perfis dos pais relativamente ao Índice de Stress Parental. Os poucos resultados que se situam no percentil 0-15, sugerem a existência de baixos níveis de stress em alguns pais, mas também podem indiciar a existência de famílias disfuncionais (Abidin & Santos, 2003).

A maioria das percentagens das subescalas, situam-se no percentil 15-85 correspondendo a resultados considerados normais. Todos os resultados que se situam acima de 85, ou seja, no percentil 85-100, são considerados muito elevados e representativos de Stress Parental.

A maioria das respostas situa-se no percentil 15-85 do Domínio da Criança. Segundo Abidin e Santos (2003), estes resultados sugerem que as fontes de stress estão associadas à criança por apresentarem características que dificultam o desempenho do papel parental.

Tabela 5 - Intervalo de percentis de acordo com as subescalas do Stress Parental (%)

	Percentis do Índice de Stress Parental					
	0-15		15-85		85-100	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Distração/Hiper.	0	0	10	40	15	25
Reforço Pais	0	0	12	48	13	52
Humor	0	0	17	28	8	32
Aceitação	0	0	12	48	13	52
Maleabilidade A.	4	16	16	64	5	20
Exigência	0	0	16	64	9	36
DOMÍNIO CRIANÇA	0	0	15	25	10	40
Sentido Compet.	5	20	18	72	2	8
Vinculação	2	8	18	72	5	20
Restrição Papel	5	20	6	24	14	56
Depressão	3	12	18	72	4	16
Relação Ma/Mulh.	3	12	19	76	3	12
Isolamento S.	5	20	14	56	6	24
Saúde	3	12	18	72	4	16
DOMÍNIO PAIS	4	16	17	28	4	16
Total	1	4	17	28	7	28

(Sem a subescala Autonomia)

Na Tabela 6 estão descritos os valores obtidos através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman entre as dimensões do temperamento e as subescalas do Domínio da Criança (*Distração/Hiperatividade, Reforço, Humor, Aceitação, Maleabilidade e Exigência*). Podemos verificar que os valores de correlação obtidos são todos positivos, o que indica que a variação entre as dimensões do Temperamento Infantil e as subescalas pertencentes ao Domínio da Criança se faz no mesmo sentido.

Relativamente ao *Nível de Atividade* quando correlacionada com o domínio atrás referido, destaca-se uma correlação estatisticamente significativa ($p = 0,002$) com a subescala *Distração/Hiperatividade*, com um valor de $r_s = 0.604$ pelo que podemos afirmar que existe uma associação moderada entre as duas variáveis. Também com valores estatisticamente significativos ($p = 0,017$ e $p = 0,012$) a correlação entre aquela dimensão e as subescalas *Humor* e *Aceitação* revelam uma intensidade de relação também moderada. Ao nível da dimensão *Inibição*, evidenciam-se valores estatisticamente significativos na correlação com as subescalas *Maleabilidade e Exigência*.

Quanto à dimensão *Impulsividade* a correlação é significativa com

as subescalas *Distração/Hiperatividade* e *Humor* ($p = 0,010$ e $p = 0,016$, respetivamente). Já em relação à *Emocionalidade Negativa* os valores significativos estão evidenciados na correlação com as subescalas *Distração/Hiperatividade*, *Humor*, *Maleabilidade* e *Exigência* com valores de p a oscilarem entre 0,005 e 0,020 ($r_s = 0,541$, $r_s = 0,464$, $r_s = 0,358$, $r_s = 0,533$, respetivamente). Estas últimas três dimensões, e de acordo com os valores obtidos, permitem-nos afirmar que existe uma relação moderada com as diferentes subescalas. Não se evidencia nenhuma correlação significativa entre as dimensões do temperamento e a subescala *Reforço aos Pais*, com o qual estabelece uma associação de intensidade muito baixa.

Ao correlacionarmos a dimensão *Falta de Persistência* com as subescalas do Domínio da Criança verificamos a existência de correlações negativas, à exceção dos valores encontrados na subescala *Distração/Hiperatividade* que apresenta um valor positivo ($r_s = 0,084$), evidenciando uma relação positiva alta. Os resultados elevados nesta subescala estão associados a crianças que apresentam diversos comportamentos relacionados com a PHDA (Abidin & Santos, 2003). Da correlação da *Falta de Persistência* com as restantes subescalas do Domínio da Criança não sobressaiu nenhuma diferença estatisticamente significativa porque todos os valores de p encontrados são superiores a 0,05.

Quando analisamos o total das dimensões do Temperamento Infantil e as subescalas do Domínio da Criança sobressaem valores estatisticamente significativos em todas as subescalas, excepto ao nível do *Reforço aos Pais*.

Ao correlacionarmos todas as dimensões do Temperamento e o seu valor com o *Domínio da Criança* podemos verificar que todos os valores de correlação se revelaram positivos à exceção da *Falta de Persistência*, como já foi mencionado anteriormente. Os valores de r_s encontrados oscilam entre 0,474 e 0,632, o que nos permite inferir uma associação moderada entre si. Com valores estatisticamente significativos na correlação com o *Domínio da Criança* encontramos as dimensões *Inibição* ($p = 0,009$), *Impulsividade* ($p = 0,017$), *Emocionalidade Negativa* ($p = 0,002$), *Nível de Atividade* ($p = 0,010$) e o *Total* das dimensões do temperamento ($p = 0,001$).

Tabela 6 - Matriz de correlação de Spearman entre as dimensões do Temperamento Infantil e o Domínio da Criança

Dimensões Temperamento		Distração Hiper.	Reforço Pais	Humor	Aceitação	Maleab.	Exigência	Domínio Criança
Inibição	<i>rs</i>	0,302	0,204	0,262	0,318	0,462	0,402	0,514
	<i>p</i>	0,143	0,327	0,206	0,121	0,020	0,046	0,009
Impulsividade	<i>rs</i>	0,508	0,051	0,478	0,230	0,313	0,343	0,474
	<i>p</i>	0,010	0,810	0,016	0,268	0,127	0,093	0,017
Emocionalidade Negativa	<i>rs</i>	0,541	0,144	0,464	0,358	0,533	0,539	0,582
	<i>p</i>	0,005	0,491	0,020	0,079	0,006	0,005	0,002
Falta de Persistência	<i>rs</i>	0,084	-0,113	-0,044	-0,037	-0,045	-0,130	-0,079
	<i>p</i>	0,690	0,589	0,834	0,861	0,830	0,536	0,706
Nível de Atividade	<i>rs</i>	0,604	0,159	0,484	0,505	0,369	0,206	0,515
	<i>p</i>	0,002	0,459	0,017	0,012	0,076	0,334	0,010
Total	<i>rs</i>	0,598	0,147	0,480	0,451	0,494	0,390	0,632
	<i>p</i>	0,002	0,492	0,018	0,027	0,014	0,059	0,001

(*rs* – Correlação de Spearman; *p* – Significância)

Na Tabela 7 apresentam-se os dados obtidos através da aplicação da correlação efetuada entre os domínios e o valor total do Índice de Stress Parental e as idades das crianças e das figuras parentais. Podemos verificar que todas as correlações apresentam uma associação negativa, o que nos permite inferir que o aumento dos valores obtidos nos diferentes domínios e no total corresponde à diminuição dos valores obtidos nas idades. Podemos então afirmar que idades mais elevadas, seja na criança ou nos pais, correspondem a níveis de stress mais baixos. Os dados revelaram ainda que na idade da mãe se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao total e ao Domínio da Criança, com $p = 0,034$ e $p = 0,001$ respetivamente, e na idade do pai $p = 0,014$, também relativo ao Domínio da Criança.

Tabela 7 - Correlação entre os domínios do Stress Parental e as idades das crianças e das figuras parentais

	Idade da Criança		Idade da Mãe		Idade do Pai	
	<i>rs</i>	<i>p</i>	<i>rs</i>	<i>p</i>	<i>rs</i>	<i>p</i>
Domínio da Criança	-0,355	0,082	-0,632	0,001	-0,485	0,014
Domínio dos Pais	-0,319	0,120	-0,252	0,224	-0,163	0,436
Total	-0,382	0,060	-0,425	0,034	-0,314	0,126

(*rs* – Correlação de Spearman; *p* – Significância)

Quando correlacionamos as subescalas do Domínio dos Pais com todas as dimensões do Temperamento Infantil (Tabela 8) apenas se evidencia uma diferença estatisticamente significativa entre a subescala *Relação Marido/Mulher* e a dimensão *Impulsividade* da criança com $p = 0,000$, revelando uma associação positiva moderada ($rs = 0,656$). A subescala *Relação Marido/Mulher* está relacionada com a falta de apoio emocional por parte de uma das figuras parentais na educação da criança existindo uma relação negativa entre os progenitores. Abidin e Santos (2003) perante estes resultados afirmam que um dos progenitores não está disposto a assumir as responsabilidades que a parentalidade impõe, considerando que a educação da criança é um dos sintomas que faz sobressair a relação disfuncional.

Tabela 8 - Correlação do Domínio dos Pais com as Dimensões do Temperamento Infantil (Impulsividade)

Subescalas Domínio dos Pais	Impulsividade	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Sentido de Competência	0,276	0,181
Restrição aos Pais	0,255	0,219
Depressão	0,195	0,350
Relação Marido/Mulher	0,656	0,000
Isolamento	0,182	0,384
Saúde	0,222	0,286

(*rs* – Correlação de Spearman; *p* – Significância)

Os resultados que constam na Tabela 9 demonstram a existência de correlações positivas entre todas as dimensões do Temperamento Infantil, os domínios e o total do Stress Parental, excepto na correlação da dimensão *Falta de Persistência* com todos os domínios do Stress Parental. O que nos permite inferir que a *Falta de Persistência* está associada ao aumento de *Stress Parental*. É no domínio da criança que se verificam mais diferenças estatisticamente significativas em relação às dimensões do temperamento: *Nível de Atividade*, $p = 0,010$; *Emocionalidade Negativa*, $p = 0,002$; *Impulsividade*, $p = 0,017$; *Inibição*, $p = 0,009$; *Total*, $p = 0,001$. Já em relação aos valores totais do Stress Parental existem diferenças estatisticamente significativas quando correlacionamos o total do *Stress Parental* com a *Emocionalidade Negativa* ($p = 0,006$) e com o *Nível de Atividade* ($p = 0,010$). A correlação total *Stress Parental* com o total Temperamento Infantil é também estatisticamente significativa ($p = 0,010$). Relativamente ao Domínio dos Pais nenhum dos valores é significativo, no entanto, na *Emocionalidade Negativa* o valor de p (0,055) ultrapassa a significância estatística, mas por estar muito próximo poderia estar correlacionado com o Stress Parental. Provavelmente se a amostra fosse maior este valor seria significativo.

Tabela 9 - Correlação das dimensões do Temperamento Infantil com o Stress Parental

	Domínio da Criança		Domínio dos Pais		Total	
	<i>rs</i>	<i>p</i>	<i>rs</i>	<i>p</i>	<i>rs</i>	<i>P</i>
Inibição	0,514	0,009	0,181	0,388	0,362	0,075
Impulsividade	0,474	0,017	0,181	0,388	0,382	0,060
Emocionalidade Negativa	0,582	0,002	0,388	0,055	0,536	0,006
Falta de Persistência	-0,079	0,706	-0,198	0,342	-0,196	0,349
Nível de Atividade	0,515	0,010	0,344	0,100	0,516	0,010
Total	0,632	0,001	0,295	0,162	0,518	0,010

(*rs* – Correlação de Spearman; *p* – Significância)

Quando analisado o Stress Parental em relação às variáveis sociodemográficas tais como o género, o número de filhos, a escolaridade dos pais e a existência de outras patologias para além da PHDA, os

resultados obtidos não revelaram diferenças estatisticamente significativas.

V – Discussão

Este estudo consistiu na análise da relação existente entre o Stress Parental e a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. É importante salientar que a interpretação dos resultados do teste Índice de Stress Parental pode estar condicionada pelo tipo de resposta defensiva obtida por parte dos participantes no estudo. Segundo Abidin e Santos (2003), quando este valor é inferior ou igual a 24 pontos pode indicar que o indivíduo respondeu de forma defensiva. Quando isso acontece os resultados apontam para níveis elevados de resposta defensiva. O resultado obtido neste estudo (Médias da resposta defensiva = 32,6), não demonstra resposta defensiva por parte dos pais, parecendo indicar a não existência de constrangimentos na interpretação dos resultados do teste.

O exercício da parentalidade implica por si só um conjunto de competências necessárias que permitam uma boa estrutura familiar e um desenvolvimento saudável dos seus membros ao longo de todo o seu ciclo vital. Daí que a avaliação do Stress Parental, que pode decorrer de inúmeros fatores, se revela de extrema importância ao permitir intervenções adequadas de acordo com a sua origem e com o objectivo de encontrar respostas para uma adequada organização e funcionamento das famílias.

Ao reflectirmos sobre os resultados mais significativos deste estudo, parece ser possível afirmar que os pais de crianças com PHDA apresentam níveis de Stress Parental superiores ao de outros pais com crianças sem a patologia (Graziano et al., 2011; Gupta, 2007). Tendo em conta as evidências estatísticas encontradas podemos confirmar a hipótese por nós formulada de que **a presença da Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção indicia o aumento de Stress Parental.**

Tal como Kunrath e Wagner (2009), reconhecemos que a experiência de ter um filho com PHDA se pode transformar num percurso desgastante, mas igualmente stressante para as próprias crianças. De acordo com Barkley e colaboradores (2006), a criança deve ser apoiada pela família a enfrentar e ultrapassar as dificuldades relacionadas com a patologia.

Quanto às principais fontes de stress na relação entre pais e filhos, as

caraterísticas da criança são o principal fator a contribuir para o stress global no sistema mãe/pai-criança uma vez que os resultados totais do Domínio da Criança são superiores aos do Domínio dos Pais. A opinião de Abidin e Santos (2003), Gupta (2007) e Johnston e Mash (2001) ganha particular destaque na explicação dos resultados para as crianças com PHDA. As subescalas do Domínio da Criança avaliam o impacto e a perceção que os pais têm das crianças (Pimentel et al., 2011), o que dá ainda mais ênfase a estes resultados.

No Domínio da Criança os dados da subescala Distração/Hiperatividade foi, em termos médios, os que mais sobressaíram. De acordo com a opinião de Abidin e Santos (2003), os resultados elevados, como já referido anteriormente, estão relacionados com crianças que apresentam comportamentos de agitação/atividade, impulsividade e períodos curtos de atenção. Tal é consistente com o fato das crianças com PHDA apresentarem uma constante falta de atenção, excesso de atividade motora e elevados níveis de impulsividade (APA, 2006).

De forma igualmente expressiva, a Aceitação apresenta também resultados elevados o que significa que a criança possui caraterísticas que não vão de encontro ao que os pais idealizaram (Abidin & Santos, 2003). A Maleabilidade foi a característica que apresentou resultados mais baixos no nosso estudo, e que pode estar relacionada com as dificuldades da criança em se adaptar a situações novas, mudança de rotinas e pessoas estranhas (Abidin & Santos, 2003). Se direcionarmos o resultado obtido nesta subescala para os resultados que sobressaíram nas subescalas Reforço aos Pais (Domínio da Criança) e Vinculação (Domínio dos Pais), e porque consideramos ter obtido valores relativamente elevados, parece ser possível afirmar que existe uma relação positiva entre a figura parental e a criança, ainda que seja fraca.

Reflectindo agora sobre os resultados do Domínio dos Pais, na subescala Sentido de Competência verificamos que é o que contribui menos para o Stress Parental. Abidin e Santos (2003) consideram que um resultado elevado nesta subescala, pode por exemplo estar relacionada com pais que denotem falta de conhecimento em aspectos práticos do desenvolvimento ou que possuam competências educativas limitadas. Se atendermos ao fato de que os pais que participaram neste estudo possuem habilitações literárias até

ao 3º ciclo, seria expectável obtermos um resultado mais elevado na subescala Sentido de Competência, o que não se verificou.

Por outro lado, e ainda de acordo com os mesmos autores, resultados elevados no Sentido de Competência estariam também associados com a crítica e falta de aceitação por parte da outra figura parental especialmente quando a subescala Relação Marido/Mulher se apresenta elevada. Neste estudo o resultado desta subescala é o mais expressivo no Domínio dos Pais, mas não se refletiu no resultado da subescala Sentido de Competência, como seria esperado. Parece então que estes pais assumem o papel parental que esperavam, sem estarem subjugados ao sentimento de terem um filho diferente, apresentando resultados elevados na subescala Aceitação do Domínio da Criança. A relação entre mãe e pai pode apresentar aspetos negativos provavelmente relacionados com alguma falta de apoio mútuo na área do cuidado à criança, podendo dar origem a relações disfuncionais discretas.

A parentalidade proporciona momentos singulares. De acordo com Monteiro (2011) ter um filho com PHDA provoca pressão sobre a coesão conjugal porque se torna difícil manter o equilíbrio e uma relação saudável quando tendencialmente se culpabiliza o outro pelo descontrolo da criança. Quando esta se apercebe que o clima de tensão está associado ao seu comportamento aumenta o nível de stress e a sua instabilidade.

A existência de Stress Parental nos pais participantes deste estudo é corroborada pelo resultado obtido na subescala Isolamento Social, revelador de stress considerável. Estes resultados permitem-nos equacionar a possibilidade destes pais estarem socialmente isolados dos pares e familiares. Os pais de crianças com PHDA podem revelar isolamento social e falta de apoio por parte da família e da sociedade e os poucos contactos que têm são desagradáveis, críticos e confusos (Barkley et al., 2006; Mash & Johnston, 1982). Deste modo, o suporte social é um meio importante para lidar com o stress e, conseqüentemente, diminuir o isolamento social (Barkley et al., 2006; Moreira, 2010). Se pensarmos neste resultado, e também no resultado obtido na subescala Relação Marido/Mulher já referida anteriormente, continuamos a supor que poderão existir entre os cônjuges relações distantes.

Constatámos que os pais mais velhos apresentam níveis de Stress

Parental mais baixos do que os pais mais novos, como tal, rejeitamos a hipótese de investigação **pais mais velhos de crianças com PHDA apresentam maiores níveis de stress**. O resultado por nós obtido vai de encontro à posição de Pereira (1996) ao afirmar que os pais mais jovens apresentam níveis de stress mais elevados quando comparados com pais mais velhos. Contrariamente, Moreira (2010) refere que à medida que a idade aumenta o Stress Parental aumenta também. Tendo em conta a hipótese por nós formulada é possível que esta contradição nos resultados de diferentes autores se deva a estudos desenvolvidos em contextos muito díspares entre si, nos quais as características das amostras sejam um fator condicionante dos resultados.

A integração da avaliação do Temperamento Infantil neste estudo justifica-se pela possibilidade das características temperamentais das crianças com PHDA potenciarem o Stress Parental.

De acordo com Sevilla (2007), grande parte das crianças com PHDA, desde o seu nascimento, apresenta um temperamento difícil, irritabilidade, forte reatividade emocional e dificuldade para cumprir regras ou ordens, o que dificulta as interações e o controlo dos seus pais.

Neste estudo, e relativamente às dimensões temperamentais os valores mais elevados são assumidos pela Impulsividade. De acordo com Sevilla (2007), as crianças com PHDA caracterizam-se por níveis de Impulsividade muito mais elevados do que seria esperado para a sua idade, o que implica que os comportamentos impulsivos que apresentam as façam proceder de forma mais precipitada.

Era relevante perceber a importância das diferentes dimensões do Temperamento nas características das crianças com PHDA. Porém, no nosso estudo à exceção da Impulsividade, todas as outras dimensões apresentam médias muito próximas.

Elevados níveis de agitação motora, impulsividade e elevada distratibilidade são as características das crianças com PHDA que estão relacionadas com as dimensões do temperamento infantil: baixa persistência, elevada impulsividade, elevados níveis de atividade e emocionalidade negativa (Foley et al., 2008). Ao analisarmos as diferentes dimensões do temperamento e as relações que estabelece com as subescalas do Domínio da Criança (Stress Parental) verificamos algumas evidências estatísticas, sendo

que, os resultados mais significativos situam-se ao nível da Emocionalidade Negativa e do Nível de Atividade, enquanto dimensões do temperamento. A emocionalidade está relacionada com a instabilidade psicológica e com tendência para experimentar sentimentos de medo e tristeza (Klein & Linhares, 2007). Segundo Martin e Bridger (1999), elevados resultados nesta dimensão indicam a frustração das crianças por muitas vezes serem mal interpretadas pelos pares e pelos familiares. O nível de atividade está relacionado com a componente motora de uma criança (Thomas & Chess, 1977) e elevados resultados no Nível de Atividade revelam uma grande capacidade da criança para se envolver em atividades motoras muito enérgicas, revelando dificuldades em se manterem sossegadas por longos períodos de tempo (Martin & Bridger, 1999).

A Emocionalidade Negativa enquanto dimensão do Temperamento tem uma associação moderada com as subescalas Distração/Hiperatividade, Humor, Maleabilidade e Exigência. A Emocionalidade Negativa pode ser uma característica temperamental de risco para conflitos e rejeição (Seabra-Santos, 2007).

Os fatores de stress associados à subescala Distração/Hiperatividade exibem uma associação moderada com algumas dimensões do Temperamento: Emocionalidade Negativa, Impulsividade e Nível de Atividade.

Um dos aspectos que sobressai quando analisamos a importância do Temperamento no Stress Parental é a ausência de evidência estatística na associação entre as diferentes dimensões do Temperamento e a subescalas do Reforço aos pais. É possível que os pais, independentemente das crianças apresentarem estas características, mantenham uma resposta afetiva positiva que contribui para o processo de vinculação (Abidin & Santos, 2003).

As disposições temperamentais não são estáticas nem imutáveis, mas vão-se adaptando às solicitações do ambiente. Uma criança considerada difícil demonstra estados anímicos intensos e frequentemente negativos, contudo estas reacções temperamentais são determinadas pela etapa de desenvolvimento na qual a criança se encontra, e igualmente por diferentes situações ou estímulos (Thomas & Chess, 1977).

De acordo com os resultados obtidos, estas crianças reúnem características que parecem enquadrá-las num Temperamento impulsivo, que

está associado a características desafiadoras, comportamentos desadaptativos, dificuldades de auto-controlo e atitudes impulsivas (Machado, 2006). O efeito do temperamento dos filhos no relacionamento conjugal dos pais destaca as características vinculadas ao temperamento difícil das crianças em associação a prejuízos na qualidade da conjugalidade (Schmidt, Crepaldi, Vieira, & Moré, 2011).

Não podemos aceitar a hipótese por nós formulada, que **as crianças com PHDA apresentam um Temperamento difícil e provocam um aumento do Stress Parental**, na medida em que não há evidências estatísticas significativas que indiquem uma associação significativa entre todas as subescalas do Stress Parental e todas as dimensões do Temperamento. Contudo, se fosse possível fazer um exercício de fragmentação desta hipótese poderíamos supor, tal como anteriormente referido, que algumas dimensões do Temperamento podem estar associadas aos níveis de Stress Parental nos pais de crianças com PHDA, ou mesmo aumentá-los.

Não foi um propósito inicial procurar associações entre as variáveis sociodemográficas das crianças e dos seus pais e o Stress Parental. Ainda assim, e aplicando técnicas estatísticas para o efeito, foi possível perceber que a grande maioria das características sociodemográficas dos pais e das crianças não determinam a existência de Stress Parental.

VI – Conclusão

Este estudo constitui-se como um pequeno contributo no sentido de compreender o Stress Parental nos pais de crianças com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Por ser uma perturbação do desenvolvimento de carácter crónico pode ter repercussões no sistema familiar, impedindo o seu funcionamento normal.

Neste caso verificámos que a PHDA é um elemento potenciador do Stress Parental, estando, especificamente, mais associado às características da criança (Domínio da Criança). Relativamente ao Temperamento da criança com PHDA, este não é na sua totalidade um aspeto que esteja associado com o Stress Parental, mas a evidência estatística da relação de algumas das suas dimensões com as subescalas do Stress Parental indica-nos a possibilidade

de se estar na presença de um agravante do stress dos pais.

As medidas interventivas devem ser direccionadas para as necessidades dos pais e das crianças, pois aprender a lidar com o stress é um passo importante para ajudar estas famílias, daí a necessidade de desenvolver estratégias de resposta às situações geradoras de stress, atenuando o comportamento hiperativo e promovendo mais e melhor a qualidade de vida. É importante promover a criação de redes de suporte social para que estas famílias se sintam mais apoiadas e possam partilhar as suas dificuldades, reduzindo também o isolamento social.

Ainda que escassos, os resultados são sempre uma mais-valia no sentido de enriquecer e acrescentar conhecimento, melhorando a qualidade das intervenções. No entanto, estes foram condicionados pela escassez do tempo para a recolha dos mesmos, produzindo uma amostra pequena.

Como esta avaliação foi feita na primeira consulta julgamos contribuir para conhecer melhor este segmento da população infantil com PHDA, podendo antever as estratégias de intervenção mais adequadas para as crianças e suas famílias.

Sugere-se que em futuros estudos se alargue o tamanho da amostra. Seria pertinente a realização de estudos longitudinais para que permitissem avaliações em diferentes momentos no sentido de avaliar as intervenções efectuadas e de que forma o Stress Parental regredia em função dessas intervenções.

Bibliografia

Abidin, R. (1990). Introduction to the Special Issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 4, 298-301.

Abidin, R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.

Abidin, R., & Santos, S. (2003). *Índice de Stress Parental – Manual*. Lisboa: Cegoc.

Almeida, M., Seabra-Santos, M., & Major, S. (2010) Bateria de avaliação do temperamento infantil- forma revista. *Psychologica*, 53, 313-328.

Anastopoulos, A., Guevremont, D., Shelton, T. & DuPaul, G. (1992). Parenting Stress Among Families of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(5), 503-520.

Anthony, L., Anthony, B., Galnville, D., Naiman, D., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14(2), 133-154.

Associação Americana de Psiquiatria. (2006). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ather, M. & Salmon, G. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Hospital Medicine*, 71(11), 641-644.

Baker, D., & McCal, K. (1995). Parenting Stress in Parents of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Parents of Children with Learning Disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 4(1), 57-68.

Barkley, R., et al. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. (3th Ed.) New York: The Gilford Press.

Buss, A. & Plomin, R. (1984). *Temperament: early developing personality traits*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Chess, S., & Thomas, A. (1996). *Temperament: Theory and practice*. New York: Brunner/ Mazel.

Costa, C., Santos, T., Ramalho, J. (2010). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: Revisão Teórica e Áreas de Intervenção. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho*, Braga.

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday Stresses and Parenting. In M., Borustein. (2002). *Handbook of Parenting – Practical Issues in Parenting*, Vol. 5, 248-260. London: Lawrence Erlburn Associates.

Cunningham, C., & Boyle, M. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555-569.

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314-332.

DuPaul, G. et al. (2001) In V., Schroeder & M., Kelly. (2009). Associations Between Family Environment, Parenting Practices, and Executive Functioning of Children with and without ADHD. *Journal Child Family Studies*, 18, 227-235.

Fagan, J., Schmitz, M., & Lloyd, J. (2007). The relationship between adolescent and young fathers' capital and marital plans of couples expecting a baby. *Family Relations*, 56, 231-243.

Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança – Teoria e prática psicanalítica na infância*. Lisboa: Assírio e Alvim.

Finzi-Dotan, R., Manor, I., & Tyano, S. (2006). ADHD, Temperament, and Parental style as Predictors of the Child's Attachment Patterns. *Child Psychiatric Human Development*, 37, 103-114.

Foley, M., McClowry, S., & Castellanos, F. (2008). The relationship between attention deficit hyperactivity disorder and child temperament. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 157-169.

Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e hiperatividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, 19, 165-199.

Goldsmith & Rieser-Dannet (1986). Variation among temperament theories and validation studies of temperament assessment. In P., Ito, & R., Guzzo. (2002). *Diferenças Individuais: Temperamento e Personalidade*, a

Importância da Teoria. *Revista Estudos da Psicologia*, 19(1), 91-100.

Graziano, P., McNamara, J., Geffken, G., & Reid, A. (2011). Severity of Children's ADHD Symptoms and Parenting Stress: A Multiple Mediation Model of Self-Regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1073-1083.

Gupta, V. (2007). Comparison of Parenting Stress in Different Developmental Disabilities. *Journal Developmental Psychologist Disabilities*, 19, 417-425.

Ito, P., & Guzzo, R. (2002). Diferenças Individuais: Temperamento e Personalidade, a Importância da Teoria. *Revista Estudos da Psicologia*, 19(1), 91-100.

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

Johnston, J. & Reader, S. (2002). Assessing stress in families of children with ADHD: Preliminary development of the Disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI). In P., Graziano, J., McNamara, G., Geffken, & A. (2011). Severity of Children's ADHD Symptoms and Parenting Stress: A Multiple Mediation Model of Self-Regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1073-1083.

Keogh (1986). In J., Martin, & N., Fox. (2008). Temperament. 126-146 In K., McCartney, & D. Phillips. (2008). *Blackwell Handbook of Early Childhood Development*. USA: Blackweel Publishing.

Kiif, C., Lengua, L., & Zalewski, M. (2011). Nature and Nurturing: Parenting in the Context of Child Temperament. *Clinical Child and Family Psychology*, 14, 251-301.

Klein, V., & Linhares, M. (2007). Temperamento, comportamento e experiencia dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 17(36), 33-44.

Kunrath, L. & Wagner, A. (2009). Reflexões acerca das estratégias educativas nas famílias com TDAH. 32, 251-265.

Lopes, J. (2004). *Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto.

Machado, M. (2006). Modelos Internos e Dinâmicos de Vinculação, Características Temperamentais da Criança e o Contexto Social: que ligação? Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada,

Lisboa.

Magallón, S., Crespo-Eguílaz, N., Eclay, M., Poch-Olive, M., & Narbona, J. (2009). Estilo comportamental al inicio del segundo año de vida: estudio retrospectivo en escolares afectados de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Anales de Pediatría*, 70(6), 562-569.

Martin, R. (1988). *Assessment of Personality and Behaviour Problems – Infant through adolescence*. New York: Guilford.

Martin, J., & Fox, N. (2008). Temperament. In K., McCartney, & D. Phillips. (2008). *Blackwell Handbook of Early Childhood Development* (pp. 126-146). USA: Blackweel Publishing.

Martin, R., & R., Bridger (1999). *Temperament Assessment Battery for Children – Revised. A Tool for the Assessment of Temperamental Traits and Types of Young Children*. Documento cedido à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Mash, E., & Johnston, C. (1982). A Comparison of the Mother/Child Interactions of Younger and Older Hyperactive and Normal Children. *Child Development*, 53, 1371-1381.

Mash, E., & Johnston, C. (1990). Determinants of Parenting Stress: Illustrations from Families of Hyperactivity Children and Families of Physically Abused Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 313-328.

Mehall, K., Spinrad, T., Eisenberg, N., & Gaertner, B. (2009). Examining the relations of infant temperament and couples' marital satisfaction to mother and father involvement: a longitudinal study. *Fathering*, 7(1), 23-48.

Melo, A. (2005). *Emoções no Período Escolar: Estratégias Parentais Face à Expressão Emocional e Sintomas de Internalização e Externalização da Criança*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Minho, Braga.

Monteiro, A. (2011). *Hiperatividade e Estratégias de Intervenção: Aplicação de estratégias de intervenção por docentes do 1ºCEB*. Tese de Mestrado. Lisboa, Escola Superior Almeida Garrett.

Morgan, J., Robinson, D., & Aldridge, J. (2002). Parenting stress and externalizing child behavior. In M., Pimentel, S., Vieira-Santos, V., Santos, & M., Vale. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity

disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behavior. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 3, 61-68.

Moreira, M. (2010). *Stress e Suporte Social em Pais de Crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Ostberg, M., Hagekull, B., & Hagelin, E. (2007). Stability and prediction of parenting stress. *Infant and Child Development*, 16, 207-223.

Pestana, M. & Gajreiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS (4ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, F. (1996). *As representações dos professores de educação especial e as necessidades das famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Pimentel, M., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behavior. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 3, 61-68.

Ramalho, J. (2005). Procesos controlados de atención: estudio exploratório en los subtipos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Educación, Desarrollo y Diversidad*, 8(2), 19-42.

Ramalho, J. (2009). *Psicologia e psicopatologia da atenção*. Braga: Edições APPACDM.

Rodrigues, A. (2008). Intervenção multimodal na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. *Diversidades*, 6(21), 9-19.

Rothbart, M. (1981). Measurement of Temperament in Infancy. *Child Development*, 52, 569-578.

Rothbart, M. (2004). Commentary: Differentiated measures of temperament and multiple pathways to childhood disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 82-87.

Rothbart, M. & Bates, J. (1998). Temperament. In W. Damon, & N. Eisenberg, *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development, Vol.3, (pp.105-176)*. New York: Wiley.

Rothbart, M. & Bates, J. (2008). Temperament. In N. Dammon, & R. Lerner. (2008). *Child and Adolescent development: An advanced course*. USA: Wiley

Rothbart, M., & Derryberry, D. Development of individual differences in temperament. In M., Rothbart. (1981). *Measurement of Temperament in Infancy. Child Development, 52*, 569-578.

Rothbart, M., & Derryberry, D. (2000). *Temperament in Child*. International Congress of Psychology, Stockholm, Sweden.

Rothbart, M., & Putman, S. (2002). *Temperament and socialization*. In L. Pukinnen, & A. Caspi (2002). *Paths to successful development: Personality in the life course*, (pp.19-45). UK: Cambridge University Press.

Rotta, A. & Newra, T. (2006). *Transtornos de Aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.

Salinas, C. (2008). *El Temperamento en la Infancia*. Murcia: Universitat de Murcia.

Schmidt, D., Crepaldi, M., Vieira, M., & Moré, C. (2011). Relacionamento conjugal e temperamento em criança. Uma revisão da Literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 63*(3).

Schroeder, V., & Kelley, M. (2009). Associations Between Family Environment, Parenting Practices, and Executive Functioning of Children with and without ADHD. *Journal of Child Family Studies, 18*, 227-235.

Seabra-Santos, M. (2010). *Diferenças individuais no temperamento – Implicações para o contexto escolar*. In A. Fonseca, M. Seabra-Santos & M. Gaspar (Eds.) (2010). *Psicologia e Educação Novos e Velhos Temas*. Coimbra: Almedina.

Sevilla, N. (2007). *Análisis del contexto familiar en niños con TDAH*. Tesis Doctoral, Universitat de Valencia, España.

Stormont-Spurgin, M., & Zentall, S. (1995). Contributing Factors in the Manifestation of Aggression in Preschoolers with Hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(3), 491-509.

Tamm, L., Holden, G., Nakonezny, P., Swart, S., & Hughes, C. (2012). Metaparenting: associations with parenting stress, child-rearing practices, and retention in parents of children at risk for ADHD. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 4*, 1-10.

Teule, J., Wiener, J., Rogers, M., & Marton, I. (2011). Predicting Parenting Stress in Families of Children with ADHD: Parent and Contextual Factors. *Journal of Child & Family Studies, 20*, 640-647.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New

York: Brunner/Mazel.

Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. (1970). The origin of personality. *Scientific American*, 8, 102-109.

Tous, J. (1990). Estructura de la personalidad y temperamento. *Anuario de Psicología*, 46, 5-16.

Vásquez, J., Cárdenas, E., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., & Peña F. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz: México.

Vicario, M., & Espéron, C. (2004). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

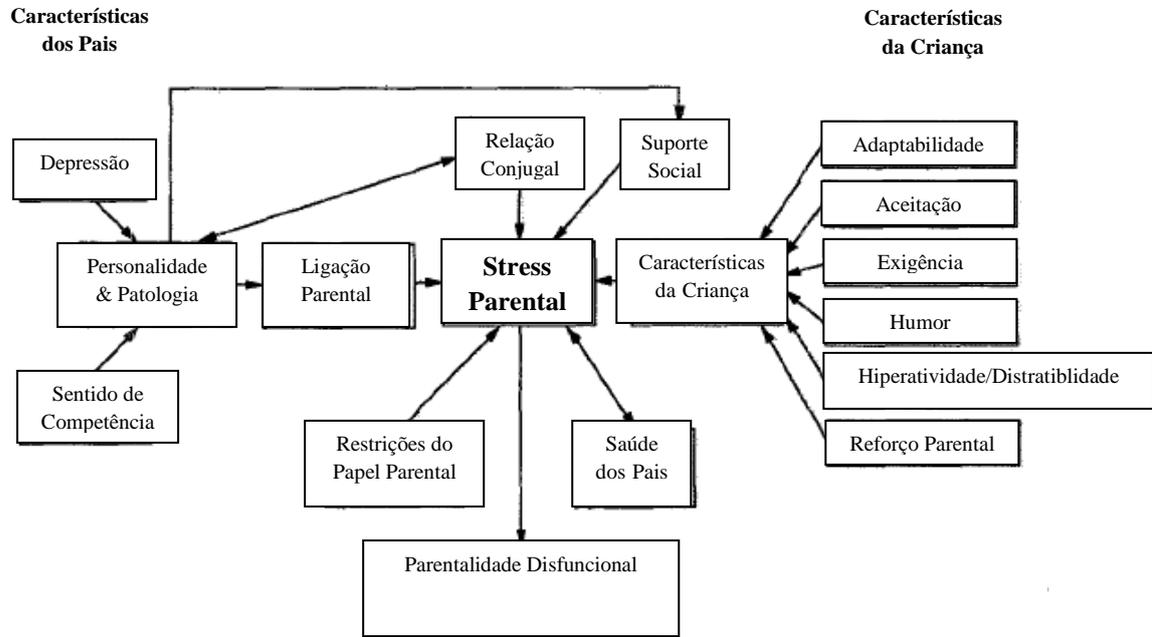
Vrijmoet-Wierma, C., Egeler, R., Koopman, H., Norberg, A., & Grootenhuis, M. (2009). Parental stress before, during, and after pediatric stem cell transplantation: a review article. *Support Care Cancer*, 19(12), 1435-1443.

Webster-Stratton, C. (1990). Stress: a potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 302-312.

Whiteside-Mansell, L., Bradley, R., Casey, P., Fussell, J., & Conners-Burrow, N. (2009). Triple risk: Do difficult temperament and family conflict increase the likelihood of behavioral maladjustment in children born low birth weight and preterm. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 396-405.

Anexos

Modelo de Stress Parental - subescalas do Índice de Stress Parental (Abidin, 1992)



Ex.ma Sra. Directora do
Centro de Desenvolvimento da Criança Luís Borges
Hospital Pediátrico de Coimbra

Na qualidade de aluna do Mestrado Integrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento da Faculdade de Psicologia e ciências da Educação da Universidade de Coimbra, estou a desenvolver a monografia de mestrado com o tema "O Stress Parental e o Temperamento em Crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção", sob a orientação da Doutora Teresa Sousa Machado.

Os principais objectivos são conhecer os níveis de stress parental em pais de crianças com hiperactividade e défice de atenção, o impacto do temperamento destas crianças e identificar os conhecimentos de pais relativamente a esta perturbação. Os instrumentos utilizados serão o Índice de Stress Parental e a Bateria de Avaliação do Temperamento Infantil, com crianças dos 6 aos 8 anos e com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

Sou a solicitar a V. Ex^a se digne autorizar a recolha de dados junto dos pais destas crianças tendo em conta o momento mais oportuno e a estratégia que considerar a mais adequada. Os resultados da investigação estarão oportunamente ao dispor de V. Ex^a, bem como de toda a comunidade hospitalar.

Pede deferimento

De acordo
LDF
7/12/11

Coimbra, 6 de Dezembro de 2011

Joana Maria Alves Fonseca

Joana Maria Alves Fonseca

ESCLARECIMENTO E PEDIDO DE COLABORAÇÃO AOS PAIS

Joana Maria Alves Fonseca, aluna do Mestrado Integrado em Psicologia, vem solicitar a sua participação no preenchimento de um questionário com o objectivo de recolher dados para uma investigação que estou a realizar com crianças hiperactivas e com défice de atenção, para melhor compreender de que forma os pais lidam com o problema dos seus filhos.

Peço-lhe que preencha na totalidade o questionário que agora lhe apresento seguindo as instruções nele contidas. Só eu terei acesso às informações que gentilmente me vai fornecer pelo que dou total garantia de confidencialidade. Quando o estudo estiver concluído nenhum dado como por exemplo idade, profissão, morada ou outro de carácter pessoal, será divulgado. Os resultados estarão disponíveis para sua consulta se o desejar.

Este trabalho tem a orientação da Professora Doutora Teresa Machado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Junto com este questionário segue um envelope selado. Agradecia que me enviasse para essa morada que está no envelope assim que o preenchesse.

A sua participação é muito importante. Grata pela sua colaboração.

Joana Fonseca

