

MAFALDA SAMPAIO MOREIRA

STRESS E SUPORTE SOCIAL EM PAIS DE CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE
ATENÇÃO

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010

MAFALDA SAMPAIO MOREIRA

STRESS E SUPORTE SOCIAL EM PAIS DE CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE
ATENÇÃO

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010

MAFALDA SAMPAIO MOREIRA

STRESS E SUPORTE SOCIAL EM PAIS DE CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE
ATENÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

Mafalda Sampaio Moreira

PORTO, 2010

Resumo

O presente trabalho teve como objectivos analisar a relação entre o stress e a satisfação com o suporte social em pais de crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, assim como a forma como a percepção de stress e a satisfação com o apoio social variam em função das características sócio-demográficas dos participantes.

Foram estudados 110 pais/mães de crianças com PHDA, adultos de ambos os sexos (55 mulheres e 55 homens), com idades compreendidas entre os 23 e os 53 anos de idade ($M=38,86$; $DP=6,794$). Os participantes responderam à *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) (Ribeiro, 1999a) e à *Life Experiences Survey* (LES) (Silva, Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003).

Os resultados do estudo apontam para a existência de uma correlação significativa ($p=0,048$) entre a satisfação com o suporte social e o stress percebido pelos pais/mães de crianças com PHDA – à medida que aumenta o suporte social, diminuem os níveis de stress. Observou-se que a percepção de suporte social varia em função do sexo da figura parental ($p=0,0001$). As figuras parentais do sexo masculino apresentam maior satisfação com o suporte social do que as figuras parentais do sexo feminino. Constatou-se que a percepção de stress está relacionada com a idade da figura parental ($p=0,018$) – à medida que aumenta a idade da figura parental, aumentam os níveis de stress. Verificou-se que a percepção de suporte social está relacionada com o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA ($p=0,034$) – à medida que aumenta o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA, diminui a satisfação com o suporte social percebido.

Os resultados deste estudo vêm reforçar a importância do suporte social na diminuição dos níveis de stress de ambos os pais de crianças com PHDA e enfatizar a importância das intervenções no fortalecimento das redes de apoio social em pais de crianças com PHDA.

Abstract

The main objective of this study was assay the relation between the stress perception and the satisfaction with social support in parents which children were diagnosis Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, as well as verify the behaviour of these variables in function of the demographic and social features.

This study involved 110 parents with children whom ADHD was diagnosed, 55 women and 55 men, adults with ages between 23 and 53 years old ($M=38,86$; $DP=6,794$). The participants answered to *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) (Ribeiro, 1999a) and to *Life Experiences Survey* (LES) (Silva, Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003).

The results of this study had shown us a significant correlation between the different variables. On one hand, social support influences the levels of stress perceived by the parents involved ($p=0,048$). As the social support increases, the levels of stress fall. On the other hand, the perception of social support is straightly related with the sex of parents ($p=0,000$). The perception of social support is higher in males than in females. Further more, it was noted that stress perception oscillate with the parents' age ($p=0,018$). The levels of stress rise with increasing age. Finally, it was verified that social support perception is related with the time passed since ADHD was diagnosed ($p=0,034$). The perception of the levels of social support decrease while the time after diagnosis increase.

The results of this study strengthen the importance of social support in the decrease of stress levels of parents which children were diagnosis ADHD and exalt the importance of the interventions in the strengthening of social support nets.

Résumé

Le travail suivant a eut comme objectifs l'analyse de la relation entre le stress et la satisfaction du support social pour les parents d'enfants ayant été diagnostiqués des Troubles du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité, ainsi comme est due la perception du stress et la satisfaction de l'appui social qui en dépend peuvent varier en fonction des caractéristiques sociodémographiques des intervenants.

Ont été étudiés 110 pères/mères d'enfants ayant le TDAH, adultes des deux sexes (55 femmes et 55 hommes), avec des âges compris entre les 23 et les 53 ans ($M=38,86$; $DP=6,794$). Les participants ont répondu à *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) (Ribeiro, 1999a) et à *Life Experiences Survey* (LES) (Silva, Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003).

Les résultats de l'étude montrent une corrélation significative ($p=0,048$) entre la satisfaction du support social et le stress perçut par le père/mère d'enfants ayant des TDAH – à mesure que augmente l'appui social, les niveaux de stress diminuent. Il a été observé que la perception du support social varie en fonction du sexe de la figure parentale ($p=0,0001$). Les figures parentales du sexe masculin montrent plus satisfaites du support social que celles de sexe féminin. Il a été constaté que la perception du stress est liée à l'âge de la figure parentale ($p=0,018$) – à mesure que l'âge de la figure parentale augmente les niveaux de stress s'accroissent. Il a été vérifié que la perception du support social est liée au temps qui s'écoulent après le diagnostique de TDAH ($p=0,034$) – plus de temps s'écoule après le diagnostique, plus diminue la satisfaction du support social perçut.

Ces résultats viennent renforcer l'importance du support social sur la diminution des niveaux de stress des parents d'enfants atteints de TDAH et pointent la portée que peuvent avoir les interventions sur la consistance des réseaux d'appui social sur les parents d'enfants atteints de TDAH.

Dedicatória

Aos meus pais

Por tudo...

Agradecimentos

No momento de apresentar este trabalho quero deixar expressa a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram para a sua realização.

Este foi o passo mais difícil de concretizar, talvez pelo receio de não conseguir traduzir por escrito todos os sentimentos que emergiram ao longo da realização deste árduo trabalho. Desde já, apresento o meu sincero pedido de desculpa se alguém que me foi importante neste caminho aqui não foi referenciado.

Primeiramente, o meu mais profundo reconhecimento destina-se aos pais das crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, que anuíram participar no estudo, contribuindo com dados preciosos. Sem eles nada seria possível.

À Professora Doutora Isabel Silva estou profundamente grata pela oportunidade da sua orientação, pela mais valia das suas sugestões e exigências, bem como por me fazer crescer enquanto investigadora e pessoa. No seu saber se esteou a presente investigação. Agradeço ainda, as suas palavras sábias de apoio e incentivo.

A todos os meus Professores, sem excepção, por serem fonte de criatividade e de inspiração, por terem despertado a avidez pelo saber e o desejo de lavrar novos e longos caminhos.

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

À Universidade Fernando Pessoa por ajudar a iluminar o meu caminho.

A todos os profissionais do C.H.E.D.V. – Unidade São Sebastião que permitiram que, de um modo ou de outro, este trabalho se realizasse, designadamente a equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria (Dir. Prof. Doutor Rui Carrapato), inclusive a secretária deste serviço, a Flor, bem como, a equipa multidisciplinar do Serviço de Psiquiatria (Dir. Doutora Sara Mariano), nomeadamente a Dra. Salomé Oliveira,

Psicóloga Clínica. O meu sincero obrigado por toda a colaboração dispensada para a viabilização do estudo.

Aos meus pais, Manuela e Luís, por todo o amor e apoio incondicional, por estarem presentes na minha vida, por terem tornado tudo possível... Pelos sorrisos que me aquecem o coração e me dão força para continuar, por serem o meu refúgio e o meu porto seguro, por contribuírem para a pessoa que sou... Por tudo o que são... Adoro-vos.

Ao meu irmão, André, por partilhar comigo todos os momentos, doces e amargos, de toda a minha vida... Obrigada por seres o meu irmão mais velho... Obrigada por me adorares... Também te adoro.

Às minhas de sempre e para sempre amigas, Ana Cristina e Maria João, pela amizade, pelo apoio, pela disponibilidade, pelo carinho, pela cumplicidade, pelos sorrisos e gargalhadas, pelas palavras certas no momento certo, por todos os segredos e momentos únicos partilhados... Mesmo nos momentos de maior silêncio vocês estavam sempre lá, nunca me deixando sentir sozinha...

À Ana Catarina, por ser uma companheira neste longo caminho que parece demorar sempre mais um pouco a chegar ao fim... Obrigada pelas deliciosas viagens, repletas de discussão de saberes, de partilha, de confidências, de lágrimas e de sorrisos... Pela amizade, pelo carinho, pelo apoio, pelos momentos irrepetíveis proporcionados... Obrigada por estares sempre lá...

Ao Joaquim, pelo carinho, pela dedicação, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade, pela empatia... Obrigada por teres sido, indubitavelmente, um grande pilar na minha vida... Obrigada pelos momentos únicos e irrepetíveis...

A todos o meu sincero obrigado...

Índice

Introdução	1
I. Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA)	4
1.1. Definição e diagnóstico	4
1.2. Prevalência	7
1.3. Etiologia	8
1.4. Percurso evolutivo	10
II. Stress	12
2.1. Stress: Abordagens teóricas	12
2.2. Efeitos do stress	14
2.3. Stress parental	15
2.3.1. Stress parental e PHDA	20
III. Suporte Social	22
3.1. Suporte social: Abordagens teóricas	22
3.2. Efeitos do suporte social	26
3.3. Percepção de suporte social	29
3.4. Stress e suporte social em pais de crianças com PHDA	30
IV. Estudo Empírico	35
4.1. Pertinência do estudo	35
4.2. Desenho da investigação	37
4.3. Objectivos do estudo	37
4.3.1. Objectivo geral	37
4.3.2. Objectivos específicos	37
4.4. Variáveis do estudo	38
4.5. Método	39
4.5.1. Participantes	39
4.5.2. Material	42
4.5.2.1. Questionário Sócio - Demográfico e Clínico	42
4.5.2.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	43
4.5.2.3. <i>Life Experiences Survey</i> (LES)	44
4.5.3. Procedimento	46
4.6. Resultados	48

4.7. Discussão	59
4.7.1. Limites do estudo e orientações para a prática	66
4.7.2. Conclusão	68
Referências	71

Índice de Figuras

Figura 1: Variáveis em estudo	37
-------------------------------------	----

Índice de Quadros

Quadro 1: Distribuição dos participantes de acordo com o sexo	39
Quadro 2: Caracterização dos participantes de acordo com a idade e a escolaridade	39
Quadro 3: Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil	40
Quadro 4: Caracterização dos participantes de acordo com o número de pessoas com quem vive	40
Quadro 5: Caracterização dos participantes de acordo com o número de filhos	41
Quadro 6: Distribuição dos filhos dos participantes de acordo com o sexo	41
Quadro 7: Caracterização dos filhos dos participantes – idade, escolaridade e tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA	42
Quadro 8: Caracterização dos filhos dos participantes de acordo com a posição na fratria	42
Quadro 9: Correlação entre stress e suporte social	48
Quadro 10: Diferenças entre os dois sexos das figuras parentais quanto ao suporte social e ao stress	49
Quadro 11: Correlação entre o stress e o suporte social com a idade da figura parental	50
Quadro 12: Diferenças entre os estados civis quanto ao stress e ao suporte social	51
Quadro 13: Diferenças entre os estados civis quanto ao suporte social relativo à intimidade (<i>Post-Hoc</i> LSD)	52
Quadro 14: Diferenças entre os estados civis quanto ao suporte social relativo à satisfação com a família (<i>Post-Hoc</i> LSD)	53
Quadro 15: Correlação entre o suporte social e o stress com o número de pessoas com quem vive	54
Quadro 16: Correlação entre o stress e o suporte social com a posição da criança na fratria	55
Quadro 17: Diferenças entre os dois sexos das crianças quanto ao suporte social e ao stress	56
Quadro 18: Correlação entre o suporte social e o stress com a idade da criança	57

Quadro 19: Correlação entre o stress e o suporte social com o tempo decorrido após o diagnóstico	58
Quadro 20: Descrição do nível de suporte social percebido pelos pais de crianças com PHDA	59

Índice de Anexos

ANEXO 1 – Questionário Sócio - Demográfico e Clínico

ANEXO 2 – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

ANEXO 3 – *Life Experiences Survey* (LES)

ANEXO 4 – Grelha de correcção da Escala de Satisfação com o Suporte Social

ANEXO 5 – Pedido de autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

ANEXO 6 – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do C.H.E.D.V. – Unidade São Sebastião

ANEXO 7 – Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

ANEXO 8 – Autorização do Conselho de Administração do C.H.E.D.V. – Unidade São Sebastião

ANEXO 9 – Autorização do autor da Escala de Satisfação com o Suporte Social

ANEXO 10 – Formulário de Consentimento Informado

Introdução

O presente trabalho centra-se no stress e no suporte social em ambos os pais de crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA).

A eleição desta temática decorre, em parte, do facto de se constatar que, na prática clínica em contexto pediátrico, as queixas dos pais associadas a comportamentos externalizantes têm vindo a aumentar, constituindo-se a PHDA como uma das patologias mais diagnosticadas em Saúde Mental Infantil (Dieudonné, 2004).

A PHDA, presente nas sociedades contemporâneas, tem suscitado um elevado interesse nos profissionais de ciências da saúde, sociais e humanas, devido à sua elevada prevalência, às implicações no funcionamento da criança e ao inegável impacto no funcionamento familiar. Revela-se assim a necessidade de aprofundar o conhecimento relativo aos familiares que mais directamente lidam com as crianças com PHDA – os pais.

A realização do estágio curricular em contexto hospitalar, no âmbito da Psicologia Pediátrica, nomeadamente a consulta psicológica individual com crianças com PHDA, foi o principal impulsionador na escolha do tema deste estudo, devido essencialmente ao contacto com as crianças com esta perturbação e com os seus pais. Assim, com base na experiência profissional e pessoal adquirida, considera-se pertinente estudar o stress e o suporte social em pais de crianças com PHDA.

O stress é considerado um problema de saúde pública, responsável por custos directos e indirectos na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (Luís, 1998). Este constructo pode ser entendido como um processo complexo através do qual o indivíduo responde aos acontecimentos de vida diários susceptíveis de ameaçarem o seu bem-estar (Gatchel, Baum, & Krantz, 1989; Taché & Selye, 1976). Uma das perspectivas de stress presentes na literatura enfatiza a importância do impacto subjectivo dos acontecimentos, sendo que um mesmo acontecimento pode ser percebido de diferentes formas por indivíduos distintos (Sarason, Levine, & Sarason, 1982; Taché & Selye, 1976).

É em situações de stress ou face a acontecimentos de vida ameaçadores que o suporte social surge como mais relevante para os indivíduos (Kaniasty & Norris, 1995; McNally & Newman, 1999). O suporte social pode constituir um recurso importante para lidar com o stress, podendo reduzir o isolamento social (Cassel, 1976; Cobb, 1976), e amortecer o impacto de acontecimentos que causam stress quer no indivíduo (Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997; Lima, 1999; Lovisi, Milanil, Caetano,

Abelha, & Morgado, 1996; Ribeiro, 1999a; Savoia, 1999), quer na família (Savoia, 1999), influenciando directamente a percepção da experiência vivenciada (McCubbin, 1995). Por seu turno, a privação de suporte social pode constituir um stressor (Dumbar, Ford, & Hunt, 1998; Singer & Lord, 1984).

O suporte social tem suscitado um elevado interesse, sendo um dos principais objectos de estudo da Psicologia da Saúde (Paixão & Oliveira, 1996). Neste sentido, o suporte social é considerado como uma variável capaz de proteger e promover a saúde (Siqueira, 2008).

A definição de suporte social está longe de ser consensual. Todavia, a definição mais utilizada de suporte social é a de Saranson, Levine, Basham e Sarason (1983) que remete para a presença ou disponibilidade de indivíduos em quem se pode confiar, que demonstram preocupar-se connosco, que nos valorizam e gostam de nós. Na mesma perspectiva, Dunst e Trivette (1990) referem que o suporte social se relaciona com os recursos que se encontram ao dispor do indivíduo, bem como às unidades sociais (como por exemplo, a família) de que o indivíduo pode usufruir quando necessita de ajuda e de assistência. Neste sentido, revela-se pertinente referir que a família é a principal responsável pelo suporte emocional (Matsukura, Marturano, Oishi, & Borasche, 2007), e que para a população portuguesa, de acordo com a revisão da literatura efectuada por Ribeiro (1999a), a família é tida como a maior fonte de apoio social.

Cramer, Henderson e Scott (1997) fazem uma distinção entre suporte social percebido e suporte social recebido, sendo que o primeiro diz respeito ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se necessitar dele e o segundo é relativo ao suporte social que foi efectivamente recebido por alguém. A percepção de que existe um número de indivíduos disponíveis a quem se pode recorrer caso se necessite e o grau de satisfação relativamente a esse suporte disponível parecem ser os aspectos essenciais para a conceptualização da percepção de suporte social (Barrera, 1986).

Estudos realizados com pais de crianças com PHDA, embora escassos, sugerem que ambos os pais de crianças diagnosticadas com esta perturbação apresentam elevados níveis de stress (Baker, 1994; Barkley, 2002; Goldstein, Harvey, & Friedman-Weieneth, 2007; Gupta, 2007; Johnston & Mash, 2001; Mash & Johnston, 1983) e menor suporte social (Barkley, 2002; Kendall, 1998; Lange et al., 2005), comparativamente às figuras parentais de crianças da população em geral.

Em suma, na revisão da literatura efectuada, constata-se uma lacuna no que se refere a estudos acerca da PHDA e os níveis de stress e suporte social percebidos

por ambos os pais de crianças com PHDA, uma vez que estes são escassos, e que os estudos realizados neste âmbito se referem essencialmente à figura materna, daí a pertinência do estudo empírico com ambos os pais de crianças com PHDA.

O principal objectivo do presente trabalho é assim aprofundar o estudo da relação entre o suporte social e o stress percebidos por ambos os pais de crianças com PHDA.

A apresentação do mesmo obedece à estrutura seguidamente descrita. Inicialmente, no capítulo I, procede-se a uma caracterização da PHDA quanto à definição, diagnóstico, prevalência, etiologia e percurso evolutivo. No capítulo II será abordado o stress no âmbito da sua conceptualização teórica, dos seus efeitos e do stress parental, nomeadamente em relação à PHDA, incluindo estudos realizados na área. No capítulo III será exposto o tema de suporte social no que se refere à sua conceptualização teórica, aos seus efeitos, à percepção de suporte social e à relação entre o stress e o suporte social em pais de crianças com PHDA, incluindo uma revisão dos estudos realizados neste âmbito. Por fim, no capítulo IV apresentar-se-á a pertinência, o desenho, os objectivos, as variáveis e o método deste estudo empírico. Neste último capítulo, serão também descritos os resultados obtidos e respectiva discussão, nomeadamente os limites do estudo e orientações para a prática, e a conclusão resultante da presente investigação.

I. Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA)

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA), presente em diversas culturas, tem suscitado um elevado interesse nos profissionais oriundos de diversas disciplinas científicas (Psicologia, Pedagogia, Sociologia, Medicina, entre outras), devido à sua elevada prevalência, às implicações no funcionamento social, emocional e escolar da criança, bem como ao inegável impacto a nível familiar. Revela-se, assim, necessária uma melhor compreensão desta perturbação, dos factores que influenciam a sua expressão sintomática e das suas consequências na criança e no ambiente familiar.

Na prática clínica em contexto pediátrico, as queixas dos pais associadas a comportamentos externalizantes têm vindo a aumentar, constituindo-se a PHDA (incluída na referida categoria), como uma das patologias mais diagnosticadas em Saúde Mental Infantil (Dieudonné, 2004). De acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), que constitui o sistema de classificação mais usado nos contextos clínicos e de investigação (Fonseca, 1998), a PHDA define-se como um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperactividade, com uma intensidade desadaptativa e inconsistente relativamente ao nível de desenvolvimento. Todavia, a definição e a configuração desta perturbação estão envoltas em alguma controvérsia (A.P.A., 2002).

A PHDA tem início na infância, apresentando um carácter crónico. Embora seja atenuada ao longo do ciclo vital, nomeadamente na sua componente hipercinética, implica dificuldades significativas relacionadas com esta perturbação no decorrer de todo o processo desenvolvimental (A.P.A., 2002; Brown, 2003; Bugalho, Correa, & Viana-Baptista, 2006; Ramalho, 2009; Wender, 1995).

1.1. Definição e diagnóstico

A definição da PHDA sofreu diversas alterações ao longo dos séculos XIX e XX, quer em termos da sua conceptualização, quer ao nível dos factores de diagnóstico, contudo, actualmente, a definição desta perturbação mantém-se envolta em alguma discussão, dado as diferentes classificações de diagnóstico – a ICD-10 (1992), da Organização Mundial de Saúde, e o DSM-IV-TR (2002), da Associação Americana de

Psiquiatria, diferirem não só na sintomatologia, mas também no valor que os sintomas apresentam para estabelecer o diagnóstico (Ramalho, 2009).

O DSM-IV-TR (A.P.A., 2002) considera como principais sintomas da PHDA o défice de atenção, a hiperactividade e a impulsividade, enquanto que a ICD-10 (O.M.S., 1992) considera somente os dois primeiros sintomas, o que contribui para que exista alguma ambiguidade na forma de realizar o diagnóstico (Ramalho, 2009). Contudo, o DSM tornou-se o sistema de classificação mais usado nos contextos clínicos e de investigação (Fonseca, 1998).

A PHDA, segundo o DSM-IV-TR (A.P.A., 2002), insere-se no quadro das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção e define-se como um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperactividade, com uma intensidade desadaptativa e inconsistente relativamente ao nível de desenvolvimento. Para o diagnóstico de PHDA, é também, necessário que os sintomas estejam presentes antes dos sete anos de idade (embora muitos indivíduos sejam diagnosticados após vários anos dos sintomas estarem presentes), que persistam pelo menos há seis meses e se manifestem em mais do que um contexto de vida da criança (A.P.A., 2002). Deverá ainda, existir evidência de disfunção significativa a nível social, académico ou ocupacional, que não deverá ser resultado de outra perturbação mental (A.P.A., 2002).

Os critérios de diagnóstico, segundo a A.P.A. (2002), para a falta de atenção são: não prestar atenção suficiente aos pormenores ou cometer erros por descuido nas suas tarefas; ter dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades; parecer não ouvir quando se lhe dirigem directamente; não seguir as instruções e não terminar os trabalhos escolares ou outras tarefas; ter dificuldade em organizar-se; evitar as tarefas que requerem esforço mental persistente; perder objectos necessários a tarefas ou actividades; distrair-se facilmente com estímulos irrelevantes; esquecer-se com frequência de actividades quotidianas ou de algumas rotinas.

De acordo com o DSM-IV-TR (A.P.A., 2002), os critérios de diagnóstico para a hiperactividade são: movimentar excessivamente as mãos e os pés, e mover-se quando está sentado; levantar-se na sala de aula ou em outras situações em que deveria estar sentado; correr ou saltar excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo; ter dificuldade em jogar ou em dedicar-se tranquilamente a uma actividade de ócio; agir como se estivesse “ligado a um motor”; falar em excesso.

Segundo a A.P.A. (2002), os critérios de diagnóstico para a impulsividade são: precipitar as respostas antes que as perguntas tenham terminado; ter dificuldade em esperar pela sua vez; interromper ou interferir nas actividades dos outros.

Note-se que, para os critérios de diagnóstico de falta de atenção, devem persistir, no mínimo, 6 dos sintomas mencionados, enquanto que para os critérios de hiperactividade e de impulsividade, devem persistir, pelo menos, 6 dos sintomas de hiperactividade-impulsividade, em conjunto (A.P.A., 2002).

Em função do predomínio de determinados sintomas, existem três subtipos de PHDA, que são: (1) PHDA Tipo Misto, no qual o défice de atenção e a hiperactividade-impulsividade estão presentes, sendo ambos significativos (A.P.A., 2002; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Sell-Salazar, 2003; Van-Wielink, 2005); (2) PHDA Tipo Predominantemente Desatento, onde predomina a desatenção e a hiperactividade-impulsividade não é significativa (A.P.A., 2002; Doyle, Faraone, DuPre, & Biederman, 2001; Sell-Salazar, 2003; Van-Wielink, 2005); (3) PHDA Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo (A.P.A., 2002).

É importante referir que é comum aparecer na literatura referências a controvérsias relativas ao diagnóstico da PHDA, persistindo a ideia de se tratar de uma perturbação passível de ser sobrediagnosticada. Neste sentido, é de salientar que, embora os critérios de diagnóstico publicados no DSM-IV-TR (A.P.A., 2002) apontem no sentido da objectividade do diagnóstico, a aplicação destes critérios está baseada em considerações e julgamentos subjectivos dependentes da precisão da informação fornecida por pais e professores, revelando-se pertinente citar Wender (2002, p. 209), quando refere que “apenas, quando e se marcadores biológicos forem encontrados para identificar a condição, esta subjectividade será eliminada”. Esta é de facto uma inerência da Psicologia que sempre suscitará discussões, todavia ao abordar a PHDA é necessário considerar uma abordagem multimodal, tocando em diferentes perspectivas e autores.

Englobando os aspectos comuns das diferentes definições apresentadas por diversos autores, as crianças com PHDA apresentam diversos sintomas, geralmente mais proeminentes durante os primeiros anos escolares, que se manifestam em diferentes contextos (familiar, social, escolar ou laboral), e que, embora se atenuem, persistem ao longo de todo o processo desenvolvimental, tais como: défice de atenção (nomeadamente em situações que exigem vigilância e manutenção da atenção); actividade motora excessiva; maior nível de produção verbal; desinibição

comportamental (baixa capacidade de manutenção da inibição de respostas); baixa tolerância à frustração; baixa auto-estima; labilidade emocional; dificuldades de adesão a regras e de regulação de comportamentos em situações sociais; dificuldades de relacionamento interpessoal com outras crianças e com adultos; insucesso académico e dificuldades de aprendizagem; conflitos familiares; e isolamento e rejeição por parte da família alargada (A.P.A., 2002; Barkley, 2002; García, 2001; Gratch, 2000; Kendall, 1998; Lewis, 1995; Lopes, 2003; Phelan, 2005; Rohde, Mattos, & cols., 2003).

1.2. Prevalência

Ainda que exista consenso em considerar a PHDA como uma das perturbações mais frequentes da infância, os dados relativos à sua prevalência não reúnem consenso entre os vários estudos realizados (Barkley, 1998). Contudo, estima-se que cerca de 3 a 7% das crianças em idade escolar sejam portadoras de PHDA, existindo uma margem de variabilidade em função do sexo, da idade, dos subtipos ou do meio sociocultural (A.P.A., 2002; Barkley, 1998; Capilla-González et al., 2005; Cardo & Servera-Barceló, 2005; Maynard, Tyler, & Arnold, 1999; Veciana, 2002).

Existe consistência quanto ao facto da PHDA apresentar maior prevalência nos indivíduos do sexo masculino do que nos do sexo feminino (A.P.A., 2002; Cardo & Servera-Barceló, 2005), com uma proporção que oscila entre 2:1 e 9:1, dependendo do tipo (por exemplo, o Tipo Predominantemente Desatento pode ter uma relação entre sexos menos pronunciada) e do ambiente (por exemplo, é mais provável que as crianças referenciadas clinicamente sejam do sexo masculino) (A.P.A., 2002).

Relativamente à idade, a maioria dos estudos revelam que a prevalência é maior em idades inferiores, estimando-se que em 75% dos casos se verifica antes dos cinco anos (Vaquerizo-Madrid, 2005) ou entre os seis e os nove anos (Cardo & Servera-Barceló, 2005). Segundo Herreros, Sánchez, Ajoy e García (2002) e Vaquerizo-Madrid (2005), a PHDA manifesta-se de forma distinta em cada etapa do processo de desenvolvimento, considerando que antes dos sete anos as crianças são essencialmente hiperactivas e impulsivas, enquanto que depois dos sete anos começam a manifestar-se as consequências do défice de atenção.

No que se refere às diferenças de prevalência nos diferentes subtipos da PHDA, segundo Cardo e Servera-Barceló (2005), a percentagem é de cerca de 11% para a

PHDA Tipo Misto, de 16% para a PHDA Tipo Predominantemente Desatento, e de 24% para a PHDA Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo.

Apesar da variabilidade em termos de prevalência, é consensual que a PHDA surge em diferentes culturas, estratos sócio-económicos e famílias dos mais variados níveis escolares (Fonseca, 1998; Van-Wielink, 2005).

1.3. Etiologia

Outrora considerava-se que a PHDA estava associada a erros educacionais por parte dos pais, no entanto nenhuma das manifestações comportamentais da PHDA é consequência da educação que a criança recebe, logo não se trata de indisciplina, nem deve ser confundida com uma educação inadequada (Barkley, 2002; Phelan, 2005).

Diversos estudos realizados têm vindo a comprovar a existência de factores que poderão estar na origem da PHDA, nomeadamente os factores biológicos, pré e perinatais, genéticos e psicossociais (Ramalho, 2009). Todavia, estes factores interagem mutuamente, actuando como um todo, sendo difícil, na maioria dos casos, determinar uma etiologia precisa (Ramalho, 2009; Villar, 1998).

Relativamente aos factores biológicos, ao longo dos anos, foram realizadas investigações no sentido de analisar a relação existente entre a PHDA e as alterações estruturais e funcionais do cérebro, partindo do princípio de que existiria uma lesão cerebral na génese de determinados efeitos que poderiam originar perturbações psicológicas, mais concretamente actividade motora excessiva, impulsividade ou falta de atenção (Barkley, 2002; Ramalho, 2009). Contudo, segundo García (2001), os estudos realizados com o objectivo de relacionar a PHDA com lesões cerebrais não obtiveram correlação positiva. Assim, embora as alterações na estrutura do cérebro originem efeitos psicológicos, estes não são específicos, levando a comunidade científica a concordar que não existem efeitos específicos sobre o comportamento consoante a localização do dano cerebral (Betancourt-Jiménez, Jiménez-Léon, & Jiménez-Betancourt, 2006; Ramalho, 2009).

Os factores pré e perinatais têm vindo a ser considerados como causas directamente relacionadas com o comportamento infantil. No período pré-natal, factores como o consumo tabágico, o abuso de bebidas alcoólicas e o stress da mãe grávida, têm vindo a ser mencionados como factores de elevada influência na manifestação de perturbações, tais como a PHDA (Cardo & Servera-Barceló, 2005; García, 2001).

Diversas investigações, também têm vindo a realçar a influência negativa dos partos prematuros e do baixo peso à nascença, havendo fortes possibilidades de estas crianças desenvolverem problemas de comportamento, como a PHDA (Doyle et al., 2001; Maynard et al., 1999).

No que se refere aos factores genéticos, foram desenvolvidos estudos distintos com crianças diagnosticadas com PHDA e com gémeos, visando-se estabelecer uma relação entre o desenvolvimento e as características dessas crianças e o desenvolvimento e as características das suas famílias biológicas ou adoptivas. Nestes estudos verificou-se que um número considerável de pais de crianças com PHDA manifestaram também os mesmos sintomas na infância (García, 2001). Verificou-se também, que a prevalência de perturbações psicológicas é maior nos familiares biológicos do que nos adoptivos, constatando-se inclusive que os pais adoptivos apresentam uma taxa de perturbações psicológicas similar à observada na população em geral (García, 2001). Os estudos realizados com gémeos monozigóticos e com gémeos dizigóticos, demonstraram que, superficialmente, os primeiros coincidem mais nos padrões comportamentais do que os gémeos dizigóticos, sobretudo se apresentam níveis de actividade motora excessiva similares nos primeiros anos de vida (Betancourt-Jiménez, et al., 2006).

Os factores psicossociais influenciam reconhecidamente o desenvolvimento da PHDA (García, 2001). Neste sentido, foram realizadas diversas investigações com o objectivo de se verificar as influências de determinadas variáveis familiares com diferentes factores sociais, tais como os estilos educativos que os pais adoptam, que compreendem normas, regras e hábitos de comportamento que se tornam rotineiros para que as crianças possam prever as consequências das suas acções. Os autores Hartsough e Lambert (1982) verificaram que os pais de crianças com PHDA que adoptam frequentemente posturas de castigo para controlo do comportamento são pessoas pessimistas, que avaliam de forma mais negativa as capacidades intelectuais da criança, exercem menor pressão relativamente ao seu desempenho escolar e participam menos nas suas tentativas de aprendizagem.

Embora o conhecimento das causas que conduzem à PHDA permita realizar um diagnóstico mais rigoroso e possibilite a adopção de medidas preventivas, deve haver uma preocupação mais focalizada nas medidas que reduzam o impacto desta perturbação na vida das crianças (Villar, 1998).

1.4. Percurso evolutivo

A PHDA, embora seja atenuada no decorrer do ciclo vital, apresenta um carácter crónico, havendo evidência empírica de que 50 a 80% dos indivíduos que manifestaram PHDA na infância, experimentam ainda dificuldades significativas relacionadas com esta perturbação ao longo da fase adulta, nomeadamente o défice de atenção (A.P.A., 2002; Brown, 2003; Bugalho, Correa, & Viana-Baptista, 2006; Ramalho, 2009; Wender, 1995).

A PHDA tem início na infância, havendo estudos que demonstram que em cerca de 75% dos casos, se desenvolve e manifesta na primeira infância (Vaquerizo-Madrid, 2005). Segundo alguns autores, diversos pais referem que os bebés apresentavam irritabilidade, necessidade de atenção contínua, agitação motora, baixa tolerância à frustração, dificuldades ao nível dos padrões de sono e na alimentação, e resistência aos cuidados habituais (Betancourt-Jiménez et al., 2006; García, 2001; Miranda-Casas, Luz & Fernández, 2001). Este padrão de comportamentos de crianças com PHDA durante a primeira infância promove nos pais sentimentos de impotência pessoal e frustração, o que, por sua vez, origina padrões de relacionamento desajustados entre pais e filhos, que podem afectar ainda mais o desenvolvimento adequado das crianças com PHDA (Ramalho, 2009).

Na segunda infância, é difícil a distinção entre crianças com e sem PHDA. Contudo, as crianças com PHDA em idade pré-escolar distinguem-se das outras crianças, uma vez que manifestam: excessiva actividade motora, sofrendo, com frequência, quedas; dificuldades de atenção perante tarefas, nomeadamente quando estas são mais monótonas e com períodos mais alongados de tempo; dificuldades em actividades de grupo que impliquem cooperação; dificuldades em estabelecer relações afectivas com outras crianças (Brown, 2003; Fernández, 2003; García, 2001; Gratch, 2000; Miranda et al., 2001).

É na etapa escolar que se tornam mais visíveis as dificuldades que as crianças com PHDA manifestam, principalmente a nível postural, como, por exemplo, permanecer sentado durante períodos de tempo, e a nível cognitivo-emocional, através da impulsividade, do défice de atenção, das dificuldades de partilha, de cooperação e de interacção com os pares, o que origina situações negativas em termos de funcionamento académico e comportamental (Ramalho, 2009). Estas crianças dedicam menos tempo a actividades escolares, empregam menor esforço para alcançarem os seus objectivos,

utilizam estratégias de aprendizagem mais simples (Brown, 2003), apresentam imaturidade perante responsabilidades, desmotivação e falta de empenho em algumas tarefas (Benassini, 2005; Miranda-Casas et al., 2001). Desta forma, é na fase escolar que os sintomas da PHDA se tornam mais evidentes e, conseqüentemente, que a PHDA é diagnosticada à criança (Ramalho, 2009).

Na fase da adolescência, ocorrem mudanças a nível físico e emocional, que podem provocar diversas alterações, tais como ao nível da auto-estima e do auto-conceito, e ao nível do relacionamento familiar e com os pares, que provocam, não raras vezes, manifestações comportamentais de carácter desafiador e oposicional (García, 2001). Nos adolescentes com PHDA, estas mudanças tornam-se mais intensas, uma vez que para além de manifestarem as alterações associadas à fase de desenvolvimento, manifestam também as alterações associadas à perturbação (Benassini, 2005).

Na generalidade, os comportamentos com características hiperactivas e impulsivas vão-se atenuando até ao início da fase adulta (Brown, 2003), contudo os adultos continuam a manifestar alguns sintomas da PHDA, tais como a inquietude, desorganização, dificuldades atencionais, falta de premeditação, dificuldade em estabelecer e manter uma rotina diária, dificuldades em realizar actividades com os filhos e uma progressão no estatuto educativo e ocupacional significativamente mais lenta (Miranda-Casas et al., 2001; Ramalho, 2009).

II. Stress

O stress é um dos conceitos que é utilizado na linguagem diária, aplicado ao nível do senso comum como uma forma dos indivíduos explicarem o seu comportamento, assim como o dos outros. Desta forma, tornou-se, inevitavelmente, num elemento que caracteriza a vida moderna. O stress é também considerado um problema de saúde pública, responsável por custos directos e indirectos na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (Luís, 1998).

Embora a definição de stress não seja consensual, de acordo com a revisão da literatura realizada, o stress pode ser entendido como uma resposta do organismo face aos acontecimentos de vida diários susceptíveis de ameaçarem o seu bem-estar (Gatchel et al., 1989; Selye, 1946, citado por Cartwright & Cooper, 1997; Taché & Selye, 1976), podendo também ser conceptualizado como o resultado da transacção entre o indivíduo e o meio, salientando-se assim os processos cognitivos (Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1984).

A educação de uma criança dita saudável em determinados momentos induz stress, contudo no caso de uma criança com diagnóstico de PHDA as dificuldades agravam-se, tornando-se situações permanentemente stressantes para os pais (Vitanza & Guarnaccia, 1999). Os estudos referentes ao stress experimentado pelas figuras parentais, embora escassos, têm vindo a demonstrar que quer as mães quer os pais de crianças com PHDA apresentam níveis de stress mais elevados comparativamente às figuras parentais de crianças que se desenvolvem segundo parâmetros considerados normais (Baker, 1994; Barkley, 2002; Goldstein et al., 2007; Gupta, 2007; Johnston & Mash, 2001; Mash & Johnston, 1983).

2.1. Stress: Abordagens teóricas

O termo stress tem recebido, ao longo da história, diversas atribuições. Detectando-se a sua existência, de acordo com Serra (2000), no decurso do séc. XV, foi inicialmente usado para designar tensões ou pressões de natureza física. No séc. XVIII, ultrapassa a dimensão física, referindo-se a tensões ou adversidades. No século seguinte, o termo passou a ser utilizado em ligação com a tensão exercida sobre um órgão corporal ou com o poder mental (Leal, 1995; Serra, 2000).

Alguns autores consideram o stress como a resposta do organismo face aos acontecimentos de vida diários susceptíveis de ameaçarem o seu bem-estar (Gatchel et al., 1989; Selye, 1946, citado por Cartwright & Cooper, 1997; Taché & Selye, 1976), enquanto outros conceptualizam o stress como o resultado da transacção entre o indivíduo e o meio, dando ênfase aos processos cognitivos (Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1984).

Apesar de ainda não haver consenso na literatura, destacam-se duas perspectivas que contribuíram de forma significativa para a compreensão do stress, sendo estas, a perspectiva biológica e a perspectiva psicossocial.

A perspectiva biológica tem por base os trabalhos de Selye (1946, citado por Cartwright & Cooper, 1997), considerado pioneiro na abordagem científica ao stress. Selye (1956, 1965, 1982, citado por Labrador, 1992), define o stress como uma resposta geral do organismo perante qualquer estímulo ou situação stressante, conceptualizando-o como um fenómeno essencialmente biológico e orgânico. Desta forma, o stress é considerado como uma resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação (Machado & Lima, 1998).

Selye (1946, citado por Cartwright & Cooper, 1997), denominou as respostas reguladoras de origem fisiológica, face a ameaças do organismo, de Síndrome de Adaptação Geral, que se desencadeia em situações de stress, segundo três fases: fase de alarme, fase de resistência e fase de esgotamento ou exaustão. Na primeira fase, ocorre a mobilização dos recursos de defesa do organismo, seguindo-se, geralmente, a fase de resistência, na qual o organismo procura adaptar-se ao factor causador de stress, contudo, se o organismo continuar exposto a um stress intenso, ocorre a fase de exaustão, ocorrendo uma estimulação fisiológica prolongada do organismo, diminuição de resistência e esgotamento dos mecanismos adaptativos (Selye, 1946, citado por Cartwright & Cooper, 1997).

Relativamente à perspectiva psicossocial, os seus principais impulsionadores foram Lazarus e Folkman (1984), que conceptualizam o stress como uma resposta multidimensional que envolve aspectos fisiológicos, comportamentais e cognitivos. Segundo a perspectiva transaccional destes autores, o stress é entendido como a resposta resultante da interacção indivíduo-meio e surge de um desequilíbrio entre os recursos do indivíduo e as exigências que lhe são colocadas, ameaçando assim o seu bem-estar. Considera-se como um acontecimento precipitante, um estímulo interno ou externo que é percebido pelo indivíduo de uma determinada forma, tratando-se portanto da avaliação

cognitiva que o indivíduo faz da situação (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, se o indivíduo perceber que determinada situação lhe é prejudicial e que não dispõe de meios para lidar com ela, entra em stress, produzindo respostas neurofisiológicas, autónomas e endócrinas, e sentindo emoções negativas, sendo que a qualidade e a intensidade dessas emoções depende da avaliação subjectiva do indivíduo (Serra, 2002).

Segundo Serra (2000), o facto de um indivíduo se sentir ou não em stress resulta do grau de vulnerabilidade ou de auto-confiança que desenvolve em relação a determinada situação. Desta forma, um indivíduo sente stress quando considera não ter aptidões e recursos pessoais ou sociais para lidar com as exigências estabelecidas por determinada circunstância, que é importante para si (Serra, 2000).

Uma outra perspectiva de stress apresentada na literatura enfatiza a importância do impacto subjectivo dos acontecimentos, sendo que um mesmo acontecimento pode ser percebido de diferentes formas por indivíduos distintos (Sarason et al., 1982; Taché & Selye, 1976). Esta perspectiva salienta, portanto, que a essência do stress não é o acontecimento *per se*, mas sim a avaliação subjectiva que o indivíduo faz, sendo determinante a percepção que este tem do acontecimento de vida e o significado que lhe atribui (Sarason et al., 1982; Taché & Selye, 1976). Outro aspecto que depende da avaliação subjectiva que o indivíduo faz do acontecimento gerador de stress é a intensidade do seu impacto, seja este positivo ou negativo (Leventhal, Patrick-Miller, & Leventhal, 1998). Ribeiro (1998) refere dois tipos de apreciação relacionados com a resposta do indivíduo a um acontecimento de vida: (a) a apreciação primária, que consiste na interpretação do acontecimento como irrelevante, positivo ou stressante; (b) a apreciação secundária, que se refere à avaliação dos recursos para lidar com o acontecimento.

Segundo Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos (2003), uma das formas de avaliar o stress é através de acontecimentos de vida a que o indivíduo esteve sujeito num determinado período de tempo anterior, da (in)desejabilidade destes e da intensidade do seu impacto.

2.2. Efeitos do stress

Quando um indivíduo entra em stress ocorre um processo de activação que envolve todo o organismo. O stress interfere com os mecanismos biológicos e cognitivos, induz emoções e altera o comportamento observável, sendo que quanto mais

tempo e maior for a intensidade da circunstância indutora de stress no organismo, mais acentuadas são as alterações sofridas pelo mesmo (Serra, 2002). As repercussões que o stress pode ter sobre o indivíduo podem interferir com o seu bem-estar e a sua saúde.

São diversas as manifestações que ocorrem no organismo do indivíduo face a uma situação de stress, podendo estas ser: manifestações biológicas (Labrador, 1992), manifestações cognitivas (Serra, 2002), manifestações comportamentais (Serra, 2002) e manifestações emocionais (Lazarus, 1993).

No que se refere às manifestações biológicas, segundo Labrador (1992), apenas quando as respostas às situações de stress são excessivamente intensas ou duradouras podem produzir-se perturbações orgânicas.

Perante uma situação geradora de stress, também ocorrem manifestações cognitivas, tais como diminuição da tolerância à frustração, ansiedade e diminuição da capacidade de atenção, de concentração e de memória (Serra, 2002).

Os efeitos do stress em relação ao comportamento do indivíduo variam em função da circunstância indutora de stress e dos recursos e aptidões que possui para lidar com ela, sendo que as modificações comportamentais do indivíduo são mais visíveis, quanto mais intenso e prolongado for o stress (Serra, 2002). Um indivíduo que se sente em stress pode demonstrar um de dois tipos de comportamento: manifestação de respostas desproporcionais em relação à circunstância e irrelevantes para a resolução do problema, denotando um estado geral de tensão e hostilidade; ou manifestação de uma atitude passiva, de evitamento do confronto com a situação, de isolamento e de incapacidade para resolver o problema (Serra, 2002).

Segundo Lazarus (1993), as emoções são respostas a uma avaliação subjectiva que o indivíduo faz da sua relação com o ambiente e das aptidões e dos recursos de que dispõe para agir. Desta forma, as manifestações emocionais, quer de carácter positivo quer de carácter negativo, são respostas a uma significação relacional. Estas não surgem apenas pelas exigências do ambiente, pelos constrangimentos ou pelos recursos, mas pelas suas justaposições com as motivações e as crenças do indivíduo (Lazarus, 1993).

2.3. Stress parental

O interesse pela temática da parentalidade surgiu, de forma mais evidente, na segunda metade do século XX, visando-se compreender os factores responsáveis por uma acção parental disfuncional e as suas consequências no comportamento e

desenvolvimento das crianças (Abidin, 1992). Actualmente, a investigação relativa à parentalidade abrange populações diversas, com ou sem patologias associadas (Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990).

É irrefutável a influência da acção parental nos filhos, podendo constituir-se como potenciadora de um desenvolvimento e adaptação harmoniosos ou, pelo contrário, como desencadeadora de perturbações (Macoby, 2000). Uma parentalidade disfuncional pode ter consequências nefastas na criança com PHDA, no que respeita ao aparecimento e amplificação dos sintomas subjacentes a esta perturbação (Johnston & Mash, 2001).

Relativamente aos factores que influem no comportamento parental, foram desenvolvidos diversos modelos que, não obstante diferirem ao nível da natureza das dimensões intervenientes e das suas inter-relações, assemelham-se na sua essência pelo facto de defenderem o multi-determinismo do funcionamento parental, o qual é extensível à experiência de stress parental (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990).

O stress parental pode ser conceptualizado como uma reacção psicológica, suscitando sentimentos negativos em relação a si próprio ou à criança, face às exigências inerentes à educação dos filhos (Deater-Deckard, 1998). De facto, a parentalidade, para além de proporcionar momentos únicos e gratificantes, confronta igualmente os pais com novas exigências que constituem um risco para o aumento do nível de stress o que, por sua vez, pode levar a uma deterioração da saúde e do bem-estar parental (Deater-Deckard, 1998).

Não obstante todos os pais experimentarem stress, a sua intensidade é variável, dependendo bastante da percepção dos mesmos sobre os recursos para cumprir as exigências inerentes ao papel parental (Deater-Deckard, 1998). Existem, portanto, diferenças individuais relativamente à natureza e nível de stress experimentado, sendo ele também função da avaliação subjectiva do progenitor no que se refere ao impacto do factor gerador de stress no seu bem-estar (Deater-Deckard, 1998). A investigação tem vindo a demonstrar que o stress parental, quando se torna crónico, pode ter consequências muito negativas no desenvolvimento das crianças e no funcionamento parental (Crnic & Low, 2002).

Na literatura, encontram-se referidas duas principais linhas de investigação na área do stress parental: uma primeira focalizada no impacto do stress decorrente dos acontecimentos de vida diários (acontecimentos *minor*), subjacentes à parentalidade, no funcionamento familiar (Crnic & Greenberg, 1990); e uma segunda centrada nas

relações pais-filhos (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990). Apesar de diferirem na sua essência, ambas as perspectivas convergem para a ideia de que elevados níveis de stress podem potenciar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional (Crnic & Low, 2002).

O modelo teórico focalizado nos acontecimentos *minor* sugere que os potenciais problemas diários inerentes às necessidades e exigências específicas e continuadas da função parental, se constituem como a principal fonte de stress, sendo que o efeito cumulativo do stress que daí decorre pode ter um impacto negativo nas interações pais-filhos (Crnic & Greenberg, 1990).

Na perspectiva teórica referente às relações pais-filhos, são considerados aspectos gerais relacionados com o sofrimento experimentado pelos pais em contexto familiar e as dificuldades das crianças, por oposição às situações “normais” geradoras de stress (Crnic & Low, 2002). O stress resulta, portanto, de acontecimentos difíceis de gerir em que os recursos que os pais têm à sua disposição são limitados (Abidin, 1990). Esses acontecimentos, quando de elevada intensidade e se experimentados com frequência, podem potenciar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional (Abidin & Santos, 2003).

Relativamente às causas do stress parental, estas são compreendidas através de uma perspectiva dinâmica e complexa que propõe a existência de interações entre variáveis relacionadas com os pais, a criança, e o meio em que estão inseridos, e que reconhece mudanças no comportamento e nas cognições em função de determinados acontecimentos que tendem a reproduzir-se ao longo do tempo. Encontram-se na literatura diversos modelos que salientam a ideia de que o stress parental é multi-determinado e que tem repercussões no comportamento dos pais e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990).

Belsky (1984) sugere que o comportamento parental é directamente influenciado por factores relacionados com os pais (por exemplo, personalidade), com a criança (por exemplo, processo desenvolvimental) e com o contexto social em que as relações pais-filhos estão inseridas (por exemplo, relação conjugal, rede de apoio social e ambiente profissional dos pais). Contudo, os referidos determinantes não possuem igual preponderância quanto à sua influência na parentalidade (Belsky, 1984). O autor acrescenta que existem relações bi-direccionais entre a personalidade, as relações conjugais, a rede social e o ambiente profissional dos pais.

Por seu turno, o modelo proposto por Mash e Johnston (1990) salienta que as características ambientais (por exemplo, acontecimentos de vida, suporte social, variáveis demográficas), parentais (por exemplo, auto-eficácia parental, auto-estima) e da criança (por exemplo, sintomas de PHDA, comportamentos stressantes) têm um impacto directo no stress parental. Refere, ainda, que essa relação é bi-direccional e que os factores relacionados com a figura parental podem actuar como mediadores entre os restantes determinantes (Mash & Johnston, 1990).

Vitanza e Guarnaccia (1999), partindo deste modelo como base, propõem um modelo que considera como stressor específico serem pais de crianças com PHDA (enquanto um preditor), podendo afectar o *distress* psicológico (enquanto resultado). O indivíduo encontra-se em *distress* caso não consiga resolver determinado problema, o que poderá levar a uma diminuição da percepção de controlo e eficácia pessoal, podendo progredir para a exaustão (*distress*), assumindo assim o carácter de um problema (Pacheco & Jesus, 2002). O modelo anteriormente referido apresenta os sintomas da PHDA na criança e as tarefas parentais que a perturbação implica como sendo os principais factores promotores de stress parental, apresentando como mediadores características pessoais dos pais e os factores de stress gerais. Assim, considera-se que se os pais não conseguirem através destes mediadores lidar com o stress provocado pela presença da PHDA e as exigências que lhes são feitas entrarão em *distress* psicológico (Vitanza & Guarnaccia, 1999).

Abidin (1992), procurou desenvolver um modelo dinâmico e integrativo que incluísse características sociológicas, comportamentais e da personalidade dos pais, tendo em consideração as cognições e crenças dos pais relativamente ao seu papel parental, pelo facto de cumprirem a função de moderador face a potenciais elementos geradores de stress. No seu modelo, o stress parental é multi-determinado, na medida em que decorre de características relacionadas com os pais, de características da criança e de factores situacionais, e corresponde ao resultado de uma série de avaliações realizadas pelos progenitores, tendo em conta o seu nível de envolvimento com o papel parental, e das situações com que são confrontados. Quando os níveis de stress parental são adequados, este constitui-se como uma variável motivacional que fornece energia aos pais para utilizarem os recursos disponíveis à realização do seu papel parental (Abidin, 1992). Por outro lado, níveis de stress parental demasiado elevados são susceptíveis de comprometer a qualidade da parentalidade o que, por sua vez, pode ter consequências negativas no funcionamento da criança (Abidin, 1992).

Os autores que se inscrevem na perspectiva que evidencia as relações pais-filhos, focalizam-se essencialmente nas situações em contexto familiar que se enquadram no espectro da patologia (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Mash & Johnston, 1990). A parentalidade, tarefa deveras complexa, torna-se ainda mais complicada quando a criança apresenta algum distúrbio (Abidin, 1990). Neste sentido, estudos revelam níveis de stress mais elevados em mães de crianças com uma doença crónica, comparativamente às mães de crianças sem patologia (Gupta, 2007; Santos, 2002). Tem igualmente sido demonstrado que as mães de crianças que sofrem de perturbações do desenvolvimento experimentam níveis mais elevados de stress, comparativamente com mães cujas crianças são saudáveis (Esdaile & Greenwood, 2003; Gupta, 2007; Woolfson & Grant, 2006). De acordo com Keltner e Ramey (1992), uma grande percentagem de mães refere elevados níveis de stress face a problemas de saúde dos filhos. Depreende-se portanto, com base nestes estudos, que o nível de stress difere de acordo com a criança ser saudável ou portadora de determinada patologia.

O nível de stress é igualmente diferente consoante o sexo da figura parental. Nas famílias em que as crianças padecem de perturbações do desenvolvimento, o nível de stress é mais elevado na mãe do que no pai, o que não se verifica nas famílias de crianças que se desenvolvem segundo parâmetros considerados normais (Oelofsen & Richardson, 2006). Estudos, ao comparar o nível de stress das mães e dos pais de crianças com perturbações do comportamento, têm demonstrado que este é mais elevado nas figuras parentais femininas (Saloviita, Itälina, & Leinonen, 2003). Contudo, o mesmo padrão não se verifica em todas as famílias cujas crianças sofrem de algum tipo de distúrbio. Segundo Baker (1994), nas famílias de crianças com PHDA o nível de stress parental é semelhante nas figuras parentais de ambos os sexos.

Relativamente à estrutura familiar, ao se analisar o nível de stress de mães de crianças sem perturbações de comportamento, verifica-se que este é semelhante quer em famílias monoparentais, quer em famílias nucleares (Ethier & Frenière, 1993). Todavia, nas famílias em que as crianças manifestam comportamentos externalizantes, o nível de stress é mais elevado nas mães de famílias monoparentais, comparativamente com mães que vivem com o cônjuge (Ethier & Frenière, 1993).

2.3.1. Stress parental e PHDA

As interacções pais-filho numa família de uma criança com PHDA são geralmente conflituosas e stressantes (Barkley, 2002; Johnston & Mash, 2001). Com efeito, há evidência empírica de que as mães e os pais de crianças diagnosticadas com PHDA apresentam um nível de stress mais elevado do que as mães das crianças ditas saudáveis (Baker, 1994; Barkley, 2002; Goldstein et al., 2007; Gupta, 2007; Johnston & Mash, 2001; Mash & Johnston, 1983). Segundo Barkley (2002) quanto mais graves são os problemas de comportamento da criança, maiores são os níveis de stress vivenciados.

O stress vivenciado no sistema familiar e particularmente por cada um dos seus membros, depende de vários factores, como, por exemplo, de como e quando a situação problemática aparece na família, da idade da criança doente e da dos restantes irmãos, da ordem de nascimento, do sexo, da gravidade, do tipo de doença, do seu diagnóstico, prognóstico e evolução, dos cuidados médicos e familiares requeridos (Fernandes, 2002).

Como factores geradores de stress têm vindo a ser referidas as características relacionadas com a criança com PHDA, tais como a permeabilidade à distração, o facto da criança não corresponder às expectativas da mãe, de ser demasiado exigente nos cuidados que requer (Gupta, 2007; Mash & Johnston, 1983), e de não constituir uma fonte de reforço positivo na interacção com a mãe (Gupta, 2007). Por outro lado, no estudo realizado por Baldwin, Brown e Milan (1995), o comportamento da criança explica uma percentagem reduzida, embora significativa, do nível de stress total experimentado pela figura parental. Verificou-se também a influência das características relacionadas com a figura parental, constatando-se que as mães destas crianças são mais deprimidas, socialmente isoladas, restritivas no seu papel parental, menos vinculadas aos seus filhos, sentindo-se pouco competentes para lidar com eles (Mash & Johnston, 1983). Todavia, existem estudos que sugerem que é a perturbação, *per se*, que gera o stress familiar (Hechtman, 1996).

Encontram-se também na literatura estudos relativos aos níveis de stress parental em função do sexo da criança, contudo os resultados revelam-se contraditórios. Por um lado, os dados obtidos por Barkley e Breen (1988) não indicam que existam diferenças significativas entre as figuras parentais das crianças do sexo masculino e as figuras parentais das crianças do sexo feminino. Por outro, os resultados obtidos por Fossum, Morch, Handegard e Drugli (2007) sugerem que os níveis de stress das mães das

crianças do sexo feminino são mais elevados, comparativamente aos das mães das crianças de sexo masculino.

Relativamente à idade da criança, esta parece não se relacionar de forma significativa com o stress parental (Spratt, Saylor, & Macias, 2007; Vitanza & Guarnaccia, 1999). Segundo Mash e Johnston (1983), os níveis de stress de mães de crianças em idade pré-escolar são mais elevados do que os das mães de crianças em idade escolar, contudo, encontram-se relacionados com as características parentais.

Segundo Fernandes (2002), o stress vivenciado no sistema familiar depende, entre outros factores, da ordem de nascimento da criança doente. Investigações levadas a cabo em famílias com filhos com algum tipo de problema sugerem que, à medida que vai aumentando o número de filhos, os pais apresentam menor nível de stress (Pereira, 1996).

O diagnóstico apresenta-se como um dos factores mencionados como preponderante para a percepção de stress parental, sendo que maiores níveis de stress parental parecem estar relacionados com um menor período de tempo de conhecimento do diagnóstico (Campos, 2002).

Alguns dos factores supramencionados, como sejam o sexo e a idade da criança, a posição da criança na fratria, e o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA, serão abordados no estudo empírico que será apresentado no presente trabalho.

III. Suporte Social

O suporte social tem suscitado um elevado interesse, principalmente na área das Ciências Humanas e Sociais, sendo um dos principais objectos de estudo da Psicologia da Saúde (Paixão & Oliveira, 1996).

Definir suporte social é uma tarefa assaz difícil, uma vez que a sua conceptualização está longe de ser consensual. Este constructo não deve ser encarado simplesmente como uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo, que envolve transacções entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos (Martins, 2005). Todavia, a definição mais utilizada de suporte social é a de Saranson, Levine, Basham e Sarason (1983), que remete para a presença ou disponibilidade de indivíduos em quem se pode confiar, que demonstram preocupar-se connosco, que nos valorizam e gostam de nós. É de salientar que para a população portuguesa, de acordo com a revisão da literatura efectuada por Ribeiro (1999a), a família é tida como a maior fonte de apoio social.

Após uma revisão dos estudos realizados que relacionam o suporte social e/ou o stress com a PHDA, depreende-se que a existência da criança com PHDA na família está relacionada com elevados níveis de stress em ambos os pais da criança (Baker, 1994; Barkley, 2002; Goldstein et al., 2007; Gupta, 2007; Johnston & Mash, 2001; Mash & Johnston, 1983), e que estes têm menor suporte social do que pais de crianças da população em geral (Barkley, 2002; Kendall, 1998; Lange et al., 2005). Contudo, os estudos que analisam o stress em ambos os pais de crianças com PHDA são escassos, sendo ainda mais rara a investigação relativa ao suporte social das figuras parentais das crianças com esta perturbação.

3.1. Suporte social: Abordagens teóricas

O suporte social, actualmente, é considerado como uma variável capaz de proteger e promover a saúde (Siqueira, 2008). Contudo, este constructo é alvo de inúmeras definições, que raramente são concordantes entre si (Nunes, 2005).

Uma das primeiras definições de suporte social deve-se a Cobb (1976), que o considerou como a informação que conduz o indivíduo a acreditar que é amado e que as

peçoas se preocupam com ele, a informação que leva o indivíduo a crer que é apreciado e que tem valor e a informação que o conduz a acreditar que pertence a uma rede de comunicações e de obrigações mútuas.

Todavia, conforme já foi referido, a definição mais usada de suporte social é a de Saranson, Levine, Basham e Sarason (1983) que se refere à presença ou disponibilidade de indivíduos em quem se pode confiar, que demonstram preocupar-se connosco, que nos valorizam e gostam de nós. Na mesma perspectiva, Dunst e Trivette (1990) referem que o suporte social se relaciona com os recursos que se encontram ao dispor do indivíduo, bem como às unidades sociais (como por exemplo, a família) de que o indivíduo pode usufruir quando necessita de ajuda e de assistência.

Serra (2002) define apoio social como sendo a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de forma dinâmica o indivíduo. Trata-se, portanto, de um conceito interactivo que se refere a transacções entre os indivíduos, no sentido de promover o seu bem-estar. Contudo, segundo Ribeiro (1999a), o suporte social refere-se a uma experiência pessoal e não a um conjunto objectivo de interacções e trocas.

Dunst e Trivette (1990) distinguem dois tipos de fontes de suporte social – as informais e as formais. As fontes de suporte social informais expedem para os indivíduos (por exemplo, familiares, amigos, vizinhos, pai) e grupos sociais (por exemplo, clubes, igrejas) susceptíveis de fornecer apoio nas actividades do dia-a-dia, constituindo uma forma de resposta a situações de vida normativas e não-normativas. As fontes de suporte social formais incluem tanto as organizações sociais formais (por exemplo, hospitais, serviços de saúde), como profissionais (por exemplo, médicos, assistentes sociais, psicólogos), visando fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas. Desta forma, o suporte social provém de diversas fontes, sendo a família a principal responsável pelo suporte emocional e os serviços de assistência os maiores responsáveis pelo suporte informacional (Matsukura et al., 2007).

Cramer, Henderson e Scott (1997) fazem uma distinção entre suporte social percebido e suporte social recebido, sendo que o primeiro diz respeito ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se necessitar dele e o segundo é relativo ao suporte social que foi efectivamente recebido por alguém.

Outra distinção feita pelos autores é entre suporte social descrito e suporte social avaliado, em que o primeiro se refere à presença de um tipo particular de comportamento de suporte e o segundo é relativo a uma avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda.

Nesta última concepção, é notório o efeito positivo do suporte social, uma vez que protege o indivíduo das perturbações induzidas pelo stress, sendo benéfico (Singer & Lord, 1984).

De acordo com Lima (1999), o suporte social relaciona-se com um conjunto de factores significativos e apropriados, que o ambiente é capaz de fornecer aos indivíduos, dotando-os de formas de lidar com acontecimentos de stress. No mesmo seguimento, segundo Ribeiro (1999a), o suporte social pode constituir um recurso importante para lidar com o stress, podendo amortecer o impacto deste na vida do indivíduo. Outros autores advogam que a privação de suporte social é um stressor (Dumbar et al., 1998; Singer & Lord, 1984), sendo que o isolamento social aparece como um risco de vida tão elevado quanto o tabagismo, a obesidade, a inactividade física e elevados níveis de colesterol (Hockenbury & Hockenbury, 2003).

O suporte social tem, assim, sido alvo de diversas definições. Este constructo contém várias componentes e dimensões no interior dessas componentes (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000; Pierce, Sarason, & Sarason, 1996; Ribeiro, 1999a; Wills & Fegan, 2001). As discordâncias entre os diversos autores surgem a nível da identidade dessas componentes. Alguns autores, tais como Cohen e Wills (1985), optam por definir o suporte social em estrutural e funcional e outros, como Dunst, Trivette e Deal (1988), subdividem-no em outras categorias diferentes, determinando uma proliferação de designações heterogéneas. Segundo Ribeiro (1999a), actualmente, o suporte social é descrito em função de aspectos estruturais/objectivos (tamanho do grupo, frequência e intensidade de contactos, participação em actividades e em instituições sociais) e funcionais/subjectivos (percepção do apoio efectivo e satisfação das necessidades).

Apesar da existência de diversas definições de suporte social, há uma distinção que se revela comum a todas elas, que remete para a estrutura do apoio, a função das relações sociais e os efeitos destas relações na saúde e bem-estar dos indivíduos. Desta forma, as definições de suporte social baseiam-se em três principais aspectos, que são a quantidade, a qualidade e os efeitos do suporte fornecido pelos outros.

A quantidade das relações sociais remete para a presença ou ausência de relações sociais, sendo esta avaliada por meio de indícios globais, tais como o número de amigos, o estado civil, a frequência dos contactos com a família, e a pertença ou participação em organizações sociais (Cohen & Wills, 1985; Dunst et al., 1988; Pierce et al., 1996; Sarason, Sarason, & Pierce, 1990; Vaux, 1988; Wills & Fegan, 2001).

Vaux (1988) sugeriu que os indivíduos que recebem mais suporte social deviam demonstrar maior bem-estar e níveis de stress menores do que os que recebem menor suporte social, e que a relação entre a maior quantidade de apoio e o stress poderia surgir da maior necessidade de suporte social, fazendo com que surja o maior apoio. Segundo Taylor (1995), o suporte social recebido pode manifestar consequências que diminuem o possível efeito positivo no bem-estar. Uma forma explicativa poderá ser a de que a experiência de receber suporte pode ser stressante, já que se sabe que, perante o suporte recebido, terá de se retribuir de igual forma (Pierce et al., 1996).

Outra perspectiva do conceito de suporte social compreende particularmente o conteúdo, a natureza e a qualidade do apoio ou assistência facultados pelos membros das redes sociais. Neste âmbito, embora haja uma diversidade de termos para qualificar o suporte social, Mazzei, Monroe, Sasaki, Gonzales e Villa (2003), após uma revisão da literatura, encontraram algum consenso para a sua classificação. Desta forma, e segundo os autores, o suporte social pode ser classificado em: suporte instrumental (que se relaciona com a ajuda financeira e ao fornecimento de bens e serviços que ajudem a resolver problemas básicos); suporte emocional (que diz respeito ao sentimento de estima, de pertença a um grupo e de confiança, sendo este um factor essencial na manutenção da saúde e do bem-estar do indivíduo); suporte informativo (através do qual os indivíduos procuram informação e conselhos de terceiros, de forma a que estes os ajudem a resolver os problemas); suporte confirmativo (que fornece a percepção de que os sentimentos do indivíduo são compreendidos); suporte corporativo (que fornece o sentimento de pertença ou manutenção da identidade social); e suporte avaliativo (que fornece *feedback* ao indivíduo).

De acordo com uma revisão da literatura realizada por Ornelas (1994), duas das variáveis geralmente analisadas no estudo do suporte social são o estado civil e o sexo. A nível do estado civil, verifica-se que indivíduos casados, quer do sexo feminino quer do masculino, relatam níveis mais elevados de suporte; os divorciados de ambos os sexos relatam menores índices de suporte; e quer os solteiros quer os separados relatam níveis intermédios de suporte (Ornelas, 1994). No que se refere ao sexo, constata-se que as mulheres têm amigos mais próximos e dão mais importância à intimidade e à confiança nas suas relações de amizade, enquanto que os homens atribuem maior ênfase à socialização (Ornelas, 1994). As mulheres apresentam uma maior rede de pessoas com disponibilidade para discutir problemas nos diferentes domínios e recebem mais suporte emocional dos amigos que os homens (Ornelas, 1994). Contudo, outros

autores, analisando a diferença entre sexos, usando como variáveis o tamanho e características das redes, não encontraram diferenças significativas entre os sexos (Ornelas, 1994).

Segundo Wills e Fegan (2001), os estudos demonstram que as medidas estruturais e as medidas funcionais do suporte social não se encontram correlacionadas, apesar de se encontrarem relacionadas com um melhor exercício biopsicossocial do indivíduo. Estes autores afirmam que não existem dúvidas relativamente à associação positiva entre o suporte social, a saúde (associada a variáveis biológicas) e o bem-estar (associado a variáveis psicológicas e sociais). Estes autores defendem ainda que a razão pela qual não existe relação entre as medidas estruturais e as funcionais prende-se com a escassez de informação acerca da qualidade das conexões entre o indivíduo e os fornecedores de suporte social, e com a dificuldade em avaliar os factores intrínsecos ao indivíduo.

Em suma, o suporte social não deve ser encarado simplesmente como uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo, que envolve transacções entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos (Martins, 2005).

3.2. Efeitos do suporte social

Diversas investigações destacam o papel protector do suporte social e a sua influência na qualidade de vida e bem-estar das pessoas.

O reconhecimento do papel protector do suporte social advém de estudos pioneiros, nomeadamente os de Cobb (1976), nos quais o constructo é operacionalizado como uma entidade específica, influente no estado de saúde, através da sua acção facilitadora no confronto e adaptação em situações de crise emocional.

A relação entre o suporte social e saúde pode dever-se aos efeitos directos e indirectos do suporte social, que podem trazer benefícios ou malefícios ao indivíduo. Têm vindo a ser desenvolvidas diversas teorias de forma a explicar a influência do suporte social nos comportamentos dos indivíduos.

O suporte social influencia o comportamento do indivíduo, tendo um efeito benéfico principalmente na área da saúde (Kaplan, Patterson, & Sellis, 1993; Sarason et al, 1990; Wills & Fegan, 2001). Deste modo, o suporte social pode actuar por dois

mecanismos - o directo e o indirecto. Em primeiro lugar, o suporte social tem um efeito directo no bem-estar das pessoas – os indivíduos que sentem apoio nas relações com os outros, que sentem ajuda em caso de necessidade e que têm relações sociais, percebem maior satisfação que as pessoas que não têm apoio de nenhum desses tipos. Contudo, o suporte social também constitui um factor regulador do efeito do stress, fomentando um efeito redutor ou apaziguador do mesmo. Este modelo defende que o impacto do stress na saúde mental é maior sob condições de baixo apoio do que de forte apoio social (Sarason et al., 1990). Esta consequência indirecta faz com que os indivíduos que recebem apoio em situações de stress sejam capazes de manter um grande sentido de segurança e um elevado sentimento de auto-estima e identidade, revertendo numa menor vulnerabilidade aos acontecimentos negativos.

Os dois modelos abaixo mencionados possibilitam verificar se o suporte fornecido é útil, independentemente dos níveis de stress do indivíduo ou se é apenas relevante para indivíduos que relatam elevados níveis de stress (Kaplan et al., 1993; Sarason et al., 1990; Wills & Fegan, 2001).

O *Main Effect Model*, modelo dos efeitos principais, defende que o apoio prático e financeiro dos amigos pode reduzir ou evitar que determinados acontecimentos de vida originem stress no indivíduo. O reforço positivo e o sentimento de pertença podem ampliar a satisfação com a vida, fazendo com que o sujeito sofra poucas perturbações. Segundo este modelo, o suporte social influencia o indivíduo, mesmo quando não surgem acontecimentos de vida geradores de stress, relacionando-se com medidas estruturais em vez das funcionais. Esta última ideia é contrária a do modelo exposto de seguida (Kaplan et al., 1993; Sarason et al., 1990; Wills, & Fegan, 2001).

O *Buffering Model*, modelo dos efeitos indirectos, tem como base o facto de que as ligações sociais fracas reduzem o *feedback*, gerando no sujeito a confusão que fará aumentar a susceptibilidade da existência de erros. Segundo esta teoria, o suporte social protege o indivíduo, actuando como apaziguador do stress, estando relacionado com medidas funcionais. Porém, o *Main Effect Model*, modelo dos efeitos principais, afirma que o suporte social actua sobre o indivíduo mesmo quando este não se encontra sob stress, permitindo deste modo uma redução do mal-estar psicológico. Este modelo permite que os sujeitos, estando ou não sob influência do stress, sintam uma redução do seu mal-estar psicológico (Kaplan et al., 1993; Sarason et al., 1990; Wills, & Fegan, 2001). O *Buffering Model*, modelo dos efeitos indirectos, corresponde a um efeito de interacção ou efeito amortecedor, no qual o suporte social é entendido como protector

dos indivíduos contra os efeitos negativos causados pelos acontecimentos de vida que induzem stress. Este modelo pressupõe que o efeito do suporte social é superior nas pessoas com níveis de stress mais elevados, proporcionando o bem-estar dos indivíduos que se encontram nestas condições (Kaplan et al., 1993; Sarason et al., 1990; Wills, & Fegan, 2001).

Os estudos demonstram que as medidas funcionais, assim como o apoio emocional e o apoio instrumental, se encontram relacionados aos efeitos de protecção do suporte social, enquanto os efeitos primordiais são característicos das medidas estruturais, sendo de salientar a existência de indícios de que os dois tipos de apoio, funcional e estrutural, são fundamentais para a saúde, já que ajudam a estabelecer interacções regulares, levando à integração das pessoas na comunidades (Wills, & Fegan, 2001).

O “Modelo de Influências Directas e Indirectas do Suporte Social” foi desenvolvido por Dunst, Trivette e Deal (1988), tendo como objectivo a demonstração da função crucial do suporte social no funcionamento da família, em específico no funcionamento dos pais e filhos. Várias pesquisas foram efectuadas, para poder ser observado o impacto do suporte social nas famílias. Concluiu-se a partir dos resultados destas que o suporte social influencia a saúde e o bem-estar da família, a adaptação a crises familiares, a satisfação nas tarefas parentais, os estilos de interacção parental, as aspirações pessoais para os seus filhos, o temperamento, o comportamento e o desenvolvimento da criança. Desta forma, as diferentes formas de suporte fornecido que visam colmatar as necessidades da família, devem fomentar o bem-estar da mesma, reduzir a permanência dos requisitos impostos pela presença de uma criança com determinada patologia, promover estilos de prestação de cuidados interactivos, influenciar as condutas e o desenvolvimento das crianças e ampliar as percepções positivas dos pais no que respeita ao funcionamento destas (Dunst et al., 1988).

De acordo com Thoits (1995), que conta com uma vasta experiência na investigação do constructo suporte social, as medidas estruturais de integração social parecem relacionar-se com a saúde física e mental, contudo verifica-se que a integração social não protege o impacto emocional decorrente de acontecimentos de vida específicos; o suporte emocional parece ter melhores resultados como protector da saúde perante acontecimentos de vida negativos; os homens tendem a ter redes mais amplas e diversificadas, enquanto as mulheres tendem a investir mais em

relacionamentos de intimidade; e pessoas casadas ou em união de facto referem, consistentemente, maior suporte social percebido.

Em suma, diversas pesquisas, nomeadamente a de Serra (1999), enfatizam a influência do suporte social na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos. Por seu turno, “a ausência de suporte social, ou ainda a presença de aspectos negativos no contacto interpessoal (conflitos ou criticismo), exerce uma influência adversa sobre o bem-estar e capacidade adaptativa do sujeito” (Coelho & Ribeiro, 2000, p. 86).

3.3. Percepção do suporte social

A percepção do suporte social surge na literatura particularmente associada a estados afectivos e emocionais. É em situações de stress ou face a acontecimentos de vida ameaçadores que o suporte social surge como mais relevante para os indivíduos (Kaniasty & Norris, 1995; McNally & Newman, 1999).

A percepção que os indivíduos têm do apoio social depende de variáveis situacionais que passam pelo que acontece nas interacções sociais, pela capacidade do indivíduo comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social, e ainda pelos estilos cognitivos (Matos & Ferreira, 2000).

A percepção de que existe um número de indivíduos disponíveis a quem se pode recorrer caso se necessite e o grau de satisfação relativamente a esse suporte disponível parecem ser os aspectos essenciais para a conceptualização da percepção de suporte social (Barrera, 1986).

O apoio social refere-se a funções desempenhadas por pessoas significativas (por exemplo, familiares, amigos e vizinhos) para o indivíduo em determinadas situações de vida. Contudo, a subjectividade do apoio social depende da percepção pessoal de cada indivíduo. Esta percepção traduz-se pela crença generalizada que os indivíduos desenvolvem de que os outros se interessam por eles e que estão disponíveis quando eles necessitam, o que gera satisfação quanto às relações que têm (Matos & Ferreira, 2000).

De acordo com Vaux (1988), o suporte social percebido pelo indivíduo corresponde na maioria das vezes ao suporte social recebido. Por seu turno, Schwarzer e Leppin (1991) referem que a percepção do suporte social não tem necessariamente que estar de acordo com uma determinada realidade externa, salientando a importância da interpretação por parte do indivíduo de tudo o que concerne com a sua realidade.

O suporte social recebido e percebido pelos indivíduos são essenciais para a manutenção da saúde (Bolger & Amarel, 2007; Dessen & Braz, 2000; DiMatteo, 2004). O suporte social recebido “descreve o suporte social que foi recebido por alguém” (Ribeiro, 1999a, p. 548), e o suporte social percebido refere-se “ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele” (Ribeiro, 1999a, p. 548), considerando a avaliação que faz dos vários domínios da sua vida em relação à disponibilidade dos outros (aos quais pode recorrer caso necessite) para com ele (Ribeiro, 1999a).

O suporte social diz respeito aos recursos disponibilizados por outros indivíduos em situações de necessidade, logo a percepção do indivíduo acerca da disponibilidade de apoio por parte da sua rede social é essencial (Due, Holstein, Lund, Modvig, & Avlund, 1999).

Têm sido desenvolvidas algumas medidas de suporte social percebido, de modo a que seja possível avaliar a percepção que o sujeito tem acerca do seu suporte social (Sarason, Sarason & Pierce, 1990). As pessoas que possuem elevados níveis de bem-estar, normalmente sentem os outros como suporte disponível para prestarem apoio, encontrando-se satisfeitas com esta situação, ao contrário das que têm uma percepção de indisponibilidade da parte dos outros (Cohen & Wills, 1985). O suporte social percebido tem sido o mais estudado em várias áreas de investigação (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Ribeiro, 1999a).

3.4. Stress e suporte social em pais de crianças com PHDA

A PHDA tem um inegável impacto no funcionamento familiar. Na literatura são mencionados estudos realizados em diversos países com pais de crianças com PHDA que sugerem um ambiente familiar conflituoso, maior insatisfação conjugal, presença de sintomas psíquicos (como ansiedade e depressão), alterações nas relações pais-filhos, tais como a adopção de práticas educativas altamente directivas, elevados níveis de stress e menor suporte social, comparativamente aos pais de crianças que se desenvolvem segundo parâmetros considerados normais (Barkley, 2002; Biederman et al., 2006; Harpin, 2005; Johnston & Mash, 2001; Kendall, 1998).

A educação de crianças ditas saudáveis em determinados momentos gera stress, contudo no caso de crianças com diagnóstico de PHDA as dificuldades são exacerbadas, tornando-se situações permanentemente stressantes para os pais (Vitanza & Guarnaccia,

1999), e exigindo destes um ajustamento contínuo ao longo da vida e um nível de competências acima daquele requerido na educação de uma criança com desenvolvimento típico (Kendall, 1998). De facto, mães e pais cuja criança apresenta PHDA mostram uma maior insatisfação no seu papel de educadores do que pais de crianças sem patologia, sendo que a PHDA da criança se encontra relacionada com o stress familiar, o aumento da depressão e de problemáticas alcoólicas em ambos pais (Harpin, 2005). Os pais de crianças diagnosticadas com esta perturbação descrevem-na como geradora de caos, conflito e exaustão (Kendall, 1998), consideram-se menos competentes no desempenho da função parental comparativamente a pais de crianças sem o diagnóstico (Dewolfe, Byrne, & Bawden, 2000).

As figuras parentais de crianças com PHDA são geralmente mais críticas e directivas comparativamente às de crianças da população em geral (Alizadeh, Applequist, & Coolidge, 2007; Barkley, 2002). Contudo, muitas vezes, as crianças são mais obedientes perante o pai do que com a mãe, por diversos possíveis factores, tais como o facto dos pais exercerem frequentemente punição imediata à criança, sendo que esta estratégia apresenta relativa eficácia em crianças com PHDA, e o facto típico de ser atribuída à mãe maior responsabilidade de cuidar e interagir com a criança relativamente ao pai, o que favorece um maior contacto e, conseqüentemente, mais conflitos com a criança (Barkley, 2002; Wagner & Fleck, 2003; Wagner, Pedrebon, Mosmann, & Verza, 2005). De facto, estudos realizados na área sugerem que as mães poderão estar numa posição especialmente desvantajosa já que é habitualmente sobre elas que recai grande parte da responsabilidade pelos cuidados da criança, facto que é passível de conduzir a uma sobrecarga em termos práticos e emocional, e, conseqüentemente, a um risco acrescido de percepcionarem elevados níveis de stress (Santos, 1998).

Por apresentar menos problemas de interacção com a criança, não raras vezes, o pai considera que os relatos da mãe são exagerados ou que o comportamento da criança se agravou devido à mãe ser muito permissiva com a criança (Barkley, 2002). Por sua vez, a sociedade responsabiliza os pais, principalmente a mãe, pelos comportamentos disruptivos da criança com PHDA, o que pode levar os pais, nomeadamente a mãe, a percepcionarem elevados níveis de stress (Barkley, 2002).

Baker (1994), por seu turno, refere que o nível de stress é similar em ambos os pais de crianças com PHDA, e que os factores que o determinam é que diferem na

medida em que na mãe o stress decorre essencialmente de variáveis relacionadas com características da criança e no pai de variáveis associadas a características parentais.

Existem, portanto, dados que indicam que ambos os pais de crianças com PHDA apresentam elevados níveis de stress (Baker, 1994; Barkley, 2002; Goldstein et al., 2007; Gupta, 2007; Johnston & Mash, 2001; Mash & Johnston, 1983), e que as mães e os pais não diferem entre si relativamente à percepção de stress, em termos gerais (Baker, 1994), contudo as mães podem experimentar níveis mais elevados de stress do que os pais, o que pode advir do facto de ser atribuída à mãe maior responsabilidade pelos cuidados prestados à criança (Barkley, 2002; Santos, 1998).

Estudos revistos na literatura sugerem também que ambos os pais de crianças com PHDA têm menor suporte social do que pais de crianças com desenvolvimento típico (Barkley, 2002; Kendall, 1998; Lange et al., 2005). Desta forma, pais de crianças com PHDA podem experimentar isolamento social e falta de apoio não só da sociedade normativa, como também de outras famílias em que haja crianças com determinada patologia, assim como das respectivas famílias de origem (Barkley, 2002; Kendall, 1998; Lange et al., 2005). Com frequência, relatam que os contactos com os familiares são “pouco úteis, aversivos e desagradáveis” (Barkley, 2002, p. 127).

Existe, portanto, evidência de que, de uma forma geral, ambos os pais de crianças diagnosticadas com PHDA apresentam elevados níveis de stress e menor suporte social comparativamente às figuras parentais de crianças que se desenvolvem segundo parâmetros considerados normais. É também de salientar que um estudo com pais de crianças com PHDA demonstrou uma correlação negativa entre o suporte social informal e o stress parental (Walker, 2005). Neste sentido, é importante referir que o suporte social pode constituir um recurso importante para lidar com o stress, podendo reduzir o isolamento social (Cassel, 1976; Cobb, 1976), e amortecer o impacto de acontecimentos que causam stress quer no indivíduo (Langford et al., 1997; Lima, 1999; Lovisi et al., 1996; Ribeiro, 1999a; Savoia, 1999), quer na família (Savoia, 1999), influenciando directamente a percepção da experiência vivenciada (McCubbin, 1995).

Os estudos que analisam o stress em ambos os pais de crianças com PHDA são escassos, sendo ainda mais rara a investigação relativa ao suporte social das figuras parentais das crianças com esta perturbação. Assim, para além da descrição dos estudos específicos à problemática que é alvo de análise neste trabalho, torna-se pertinente referir estudos com outras perturbações.

Segundo Kazak e Clark (1986), num estudo comparativo realizado com pais de crianças com e sem deficiência, tendo como principal objectivo a avaliação do suporte social e o stress parental nessas famílias, observou-se que os primeiros face aos segundos tinham menor suporte social e elevado nível de stress parental. A maior diferença na rede social residia no menor número de amigos a quem a família, em caso de necessidade, poderia recorrer.

De acordo com Moores e Meadow-Orlans (2002), num estudo comparativo realizado com pais de crianças com deficiência e sem deficiência, verificou-se que os pais das crianças com deficiência recebiam menos suporte social do que os pais das crianças ditas saudáveis. Contudo e, apesar dos pais de crianças com deficiência receberem menos suporte social, parece que o mesmo é benéfico para estas famílias, estando associado à redução dos níveis de stress, a uma adaptação mais positiva e a um maior bem-estar. De facto, a presença e a satisfação com os sistemas de suporte social são consistentemente associadas à redução do stress e da depressão maternal (Shapiro, Blacher, & Lopez, 1998). É de salientar que alguns estudos remetem para a não existência de diferenças entre mães e pais de crianças com deficiência ao nível do isolamento social (Shapiro et al., 1998).

O estudo dos comportamentos da figura paterna é relativamente novo nas investigações com famílias. Desta forma, têm sido apresentados resultados, nem sempre concordantes.

Keltner e Ramey (1992), sugerem que uma elevada percentagem de mães refere maior nível de stress que os pais e estão mais disponíveis para obter suporte social. Segundo os mesmos autores, o pai parece ser menos confidente, mais receptivo a suportes formais ou serviços do que a mãe, enquanto que esta procura suporte social mais personalizado.

Thoits (1995) defende a existência de diversos estudos que confirmam uma maior vulnerabilidade da mulher comparativamente ao homem em determinados acontecimentos de vida stressantes, apresentando estados psicológicos mais graves. Nesta perspectiva, Gray (2003) realizou uma investigação com ambos os pais de crianças com Perturbação de Asperger, verificando que os acontecimentos de vida stressantes têm maior impacto psicológico nas mães. Outros estudos confirmam que as mulheres são mais afectadas por acontecimentos de vida stressantes no que respeita ao bem-estar psicológico (Aneshensel, 1992; Gadzella, Ginther, Tomalca, & Bryant, 1991; Thoits, 1995).

Relativamente a outros factores, como sejam o estado civil e a idade das figuras parentais, que também serão abordados no estudo empírico que será apresentado neste trabalho, estudos realizados verificaram que as mães solteiras de filhos com perturbações severas estão sujeitas a maiores níveis de stress, necessitando de maior suporte social do que as mães casadas (Reyes-Blanes, Correa, & Bailey, 1999; Trivette & Dunst, 1992). No que se refere à idade, Pereira (1996) refere que os progenitores mais jovens revelam níveis mais elevados de stress face à patologia da criança.

A falta de preparação para educar os filhos e a pouca experiência torna os pais mais vulneráveis ao stress (Pereira, 1996). Assim, a experiência de vida dos pais, quer pela existência de outro(s) filho(s) quer pelo factor idade, parece constituir-se como um factor de protecção (Pereira, 1996).

IV. Estudo Empírico

Neste capítulo será referida a justificação da escolha do tema do presente estudo, os seus objectivos, variáveis avaliadas e o método adoptado nesta investigação acerca do stress e suporte social em pais de crianças com PHDA. Para além disto, serão apresentados os resultados obtidos e respectiva discussão, nomeadamente os limites do estudo e orientações para a prática, e a conclusão resultante deste estudo empírico.

4.1. Pertinência do estudo

O presente estudo empírico visa, ainda que modestamente, aprofundar o estudo da relação entre o suporte social e o stress percebidos por ambos os pais de crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA).

O facto da PHDA se constituir como uma das situações clínicas mais comuns e largamente representada no nosso país, bem como o facto de, na prática clínica em contexto pediátrico, se verificar constantes queixas dos pais associadas ao impacto da PHDA no funcionamento familiar, foram determinantes para a eleição desta temática. Neste sentido, a presente investigação, pretende aprofundar o conhecimento relativo aos familiares que mais directamente lidam com as crianças diagnosticadas com esta perturbação – os pais.

O presente estudo foi, assim, levado a cabo com ambos os pais de crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos de idade, diagnosticadas com PHDA. Relativamente à idade das crianças, optou-se por crianças em etapa escolar, visto ser nesta fase que os sintomas da PHDA se tornam mais evidentes e, conseqüentemente, que a PHDA é diagnosticada à criança (Ramalho, 2009).

A realização do estágio curricular em contexto hospitalar, no âmbito da Psicologia Pediátrica, nomeadamente a consulta psicológica individual com crianças com PHDA, foi o principal impulsionador na escolha do tema deste estudo, devido essencialmente ao contacto com as crianças com esta perturbação e com os seus pais. Assim, com base na experiência profissional e pessoal adquirida, considera-se pertinente aprofundar o estudo do stress e do suporte social percebidos por ambos os pais de crianças com PHDA.

Os estudos referentes ao stress experimentado pelas figuras parentais têm vindo a demonstrar que, quer as mães, quer os pais de crianças com PHDA apresentam

elevados níveis de stress (Baker, 1994; Barkley, 2002; Goldstein et al., 2007; Gupta, 2007; Johnston & Mash, 2001; Mash & Johnston, 1983), e que as mães e os pais não diferem relativamente à percepção de stress, em termos gerais (Baker, 1994), contudo as mães podem experimentar níveis mais elevados de stress do que os pais, o que pode advir do facto de ser atribuída à mãe maior responsabilidade pelos cuidados prestados à criança (Barkley, 2002; Santos, 1998).

É em situações de stress ou face a acontecimentos de vida ameaçadores que o suporte social surge como mais relevante para os indivíduos (Kaniasty & Norris, 1995; McNally & Newman, 1999). O suporte social pode constituir um recurso importante para lidar com o stress, podendo reduzir o isolamento social (Cassel, 1976; Cobb, 1976), e amortecer o impacto de acontecimentos que causam stress quer no indivíduo (Langford, et al., 1997; Lima, 1999; Lovisi, et al., 1996; Ribeiro, 1999a; Savoia, 1999), quer na família (Savoia, 1999), influenciando directamente a percepção da experiência vivenciada (McCubbin, 1995). Por seu turno, a privação de suporte social constitui um stressor (Dumbar et al., 1998; Singer & Lord, 1984).

Estudos revistos na literatura sugerem que ambos os pais de crianças com PHDA têm menor suporte social do que pais de crianças com desenvolvimento típico (Barkley, 2002; Kendall, 1998; Lange et al., 2005). Desta forma, pais de crianças com PHDA podem experimentar isolamento social e falta de apoio não só da sociedade normativa, como também de outras famílias em que haja crianças com determinada patologia, assim como das respectivas famílias de origem (Barkley, 2002; Kendall, 1998; Lange et al., 2005).

Existem portanto algumas evidências de que ambos os pais de crianças diagnosticadas com PHDA apresentam elevados níveis de stress e menor suporte social comparativamente às figuras parentais de crianças que se desenvolvem segundo parâmetros considerados normais. A investigação sobre um estudo com pais de crianças com PHDA demonstrou uma correlação negativa entre o suporte social informal e o stress parental (Walker, 2005).

Contudo, na revisão da literatura efectuada, constata-se uma lacuna no que se refere a estudos acerca da PHDA e os níveis de stress e suporte social percebidos por ambos os pais de crianças com PHDA, uma vez que estes são escassos, e que os estudos realizados neste âmbito se referem essencialmente à figura materna, daí a pertinência do presente estudo empírico.

4.2. Desenho da Investigação

A presente investigação consiste num estudo exploratório, observacional, dado que o investigador não intervém, e transversal, uma vez que procura explicar os resultados através da análise das relações entre variáveis num único momento.

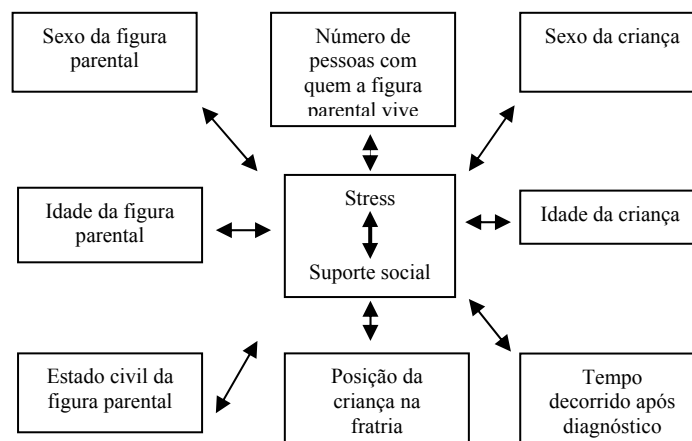


Figura 1: Variáveis em estudo

4.3. Objectivos do estudo

O estudo irá incidir essencialmente em duas variáveis, o stress e o suporte social, consideradas particularmente importantes a partir da revisão da literatura efectuada.

4.3.1. Objectivo geral

Analisar a relação entre o suporte social e o stress percebidos por ambos os pais de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção.

4.3.2. Objectivos específicos

- Analisar se existe uma relação entre a percepção do suporte social relativo à satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais e a percepção de stress;
- Analisar se as percepções de stress e do suporte social variam em função do sexo da figura parental;

- c) Analisar se as percepções de stress e do suporte social estão relacionadas com a idade da figura parental;
- d) Analisar se as percepções de stress e do suporte social variam em função do estado civil da figura parental;
- e) Analisar se as percepções de stress e do suporte social estão relacionadas com o número de pessoas com quem a figura parental vive;
- f) Analisar se o suporte social e o stress percebidos pelos pais estão relacionados com a posição da criança na fratria;
- g) Analisar se o suporte social e o stress percebidos pelos pais variam em função do sexo da criança;
- h) Analisar se o suporte social e o stress percebidos pelos pais estão relacionados com a idade da criança;
- i) Analisar se as percepções de stress e do suporte social estão relacionados com o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA;
- j) Descrever o nível de suporte social percebido pelos pais de crianças com PHDA.

4.4. Variáveis do estudo

No presente estudo as variáveis primárias são:

- a) Stress percebido, variável intervalar;
- b) Suporte social percebido, variável intervalar.

No que respeita às variáveis secundárias foram definidas as seguintes:

- a) Sexo da figura parental, variável nominal;
- b) Idade da figura parental, variável intervalar;
- c) Estado civil da figura parental, variável nominal;
- d) Número de pessoas com quem a figura parental vive, variável intervalar;
- e) Posição da criança na fratria, variável intervalar;
- f) Sexo da criança, variável nominal;
- g) Idade da criança, variável intervalar;

- h) Tempo decorrido após diagnóstico, variável intervalar.

4.5. Método

4.5.1. Participantes

Este estudo utilizou o método de amostragem não-probabilística do tipo amostra por conveniência, constituída por ambas as figuras parentais de crianças, utentes do C.H.E.D.V. – Unidade São Sebastião, diagnosticadas com PHDA.

A amostra, é assim constituída por 110 pais de crianças com PHDA, sendo 55 (50%) do sexo masculino e 55 (50%) do sexo feminino (Quadro 1), com idades compreendidas entre os 23 e os 53 anos de idade ($M=38,86$; $DP=6,794$) (Quadro 2).

Quadro 1: Distribuição dos participantes de acordo com o sexo

	<i>n</i>	%
Masculino	55	50
Feminino	55	50
Total	110	100

Relativamente à escolaridade, a média de número de anos de escolaridade é de 8,50 ($DP= 4,124$), sendo que o mínimo é de 2 anos e o máximo de 19 anos de escolaridade (Quadro 2).

Quadro 2: Caracterização dos participantes de acordo com a idade e a escolaridade

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Idade	38,86	6,794	23	53
Escolaridade	8,50	4,124	2	19

No que se refere ao estado civil das figuras parentais, os casados / união de facto representam a maioria (69,1%), seguindo-se os divorciados / separados (24,5%) (Quadro 3).

Quadro 3: Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil

	<i>n</i>	%
Solteiro (a)	5	4,5
Casado (a)/ União de facto	76	69,1
Divorciado (a)/ separado	27	24,5
Viúvo	2	1,8
Total	110	100

Pode verificar-se que a maioria das figuras parentais vive com 2 (23,6%) ou 3 (29,1%) pessoas ($M=2,87$; $DP= 1,539$) (Quadro 4).

Quadro 4: Caracterização dos participantes de acordo com o número de pessoas com quem vive

	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Número de pessoas com quem vive			2,87	1,539	0	8
0	7	6,4				
1	12	10,9				
2	26	23,6				
3	32	29,1				
4	15	13,6				
5	14	12,7				
6	3	2,7				
8	1	0,9				
Total	110	100				

A maioria das figuras parentais tem 1 (35,5%) ou 2 (43,6%) filhos ($M=1,87$; $DP=0,847$) (Quadro 5).

Quadro 5: Caracterização dos participantes de acordo com o número de filhos

	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Número de filhos			1,87	0,847	0	4
0	1	0,9				
1	39	35,5				
2	48	43,6				
3	17	15,5				
4	5	4,5				
Total	110	100				

Relativamente aos seus filhos com PHDA, verifica-se que a maioria é do sexo masculino (64,5%) (Quadro 6), com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos de idade ($M=9,44$; $DP=1,850$) (Quadro 7).

Quadro 6: Distribuição dos filhos dos participantes de acordo com o sexo

	<i>n</i>	%
Masculino	71	64,5
Feminino	39	35,5
Total	110	100

No que diz respeito à escolaridade dos filhos dos participantes, a média de número de anos de escolaridade é de 4 ($DP=1,852$), sendo que o mínimo é de 1 ano e o máximo de 7 anos de escolaridade (Quadro 7). Quanto ao tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA, constata-se que a média é de aproximadamente 36 meses (3 anos) ($M=35,63$; $DP=20,158$), sendo que o mínimo é de 3 meses e o máximo de 72 meses (6 anos) (Quadro 7).

Quadro 7: Caracterização dos filhos dos participantes – idade, escolaridade e tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Idade	9,44	1,850	6	13
Escolaridade	4,00	1,852	1	7
Tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA	35,63	20,158	3	72

No que é relativo à posição que as crianças com PHDA ocupam na fratria, verifica-se que a maioria são primogénitas (58,2%) ($M=1,54$; $DP=0,700$) (Quadro 8).

Quadro 8: Caracterização dos filhos dos participantes de acordo com a posição na fratria

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Posição na fratria			1,54	0,700	1	3
1º filho	64	58,2				
2º filho	33	30,0				
3º filho	13	11,8				
Total	110	100				

4.5.2. Material

No presente estudo foram administrados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sócio – Demográfico e Clínico (Anexo 1); Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999a) (Anexo 2); Life Experiences Survey (LES) (Silva et al., 2003) (Anexo 3). Segue-se a caracterização de cada um destes instrumentos.

4.5.2.1. Questionário Sócio - Demográfico e Clínico

Este questionário foi elaborado especificamente para a presente investigação com o objectivo de recolher informação considerada pertinente para a caracterização

dos participantes. O referido questionário consiste numa série de questões de resposta fácil e directa, permitindo aos inquiridos responderem num curto espaço de tempo.

Este instrumento avalia os seguintes domínios: sexo, idade, escolaridade e estado civil da figura parental; pessoas com quem vive; número de filhos; posição do filho com PHDA na fratria; sexo, idade e escolaridade da criança; e tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA.

4.5.2.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), desenvolvida e validada por Pais Ribeiro (1999a), avalia a satisfação do indivíduo face ao suporte social percebido, proveniente de várias fontes, assim como relativamente às actividades sociais em que está envolvido.

No que se refere à classificação deste instrumento, de acordo com Siqueira (2008), trata-se de um instrumento que afere o grau de satisfação com o suporte social recebido, ou seja, focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte.

Trata-se de uma escala multidimensional, de auto-preenchimento, constituída por 15 itens, de resposta tipo Likert, segundo o grau de concordância, com quatro sub-escalas (Ribeiro, 1999a).

Avalia portanto quatro dimensões ou factores, com valores de consistência interna (alfa de *Cronbach*) que variam entre 0,64 e 0,83, sendo o valor para a escala total de 0,85 (Ribeiro, 1999a), o que revela uma boa consistência interna. No presente estudo, a ESSS apresenta, também, uma boa consistência interna (alfa de *Cronbach* para a escala total de 0,871).

O primeiro factor denominado “satisfação com os amigos” (SA), procura medir a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo tem, através de cinco itens (3; 12; 13; 14; 15), que apresentam uma consistência interna de 0,83 (Ribeiro, 1999a), o que significa que o factor tem uma boa consistência interna. Este factor é o que melhor explica o resultado da escala, com mais de metade da variância total explicada (Ribeiro, 1999a).

O segundo factor diz respeito à “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui quatro itens (1; 4; 5; 6), que têm uma

consistência interna de 0,74 (Ribeiro, 1999a). Apesar deste valor ser inferior a 0,80 considera-se que o factor apresenta uma consistência interna aceitável, uma vez que, segundo Ribeiro (1999b), a consistência interna considera-se aceitável para valores acima de 0,60 quando o número de itens do factor é baixo.

O terceiro factor, “satisfação com a família” (SF), pretende medir a satisfação com o suporte familiar existente, através de três itens (9; 10; 11), que têm uma consistência interna de 0,74 (Ribeiro, 1999a). Este factor, tal como o anteriormente referido, tem também uma consistência interna aceitável, visto que tem poucos itens.

O último factor, “actividades sociais” (AS), procura medir a satisfação com as actividades sociais que o indivíduo realiza e inclui três itens (2; 7; 8), que apresentam uma consistência interna de 0,64 (Ribeiro, 1999a). Este factor tem também uma consistência interna aceitável, dado que apresenta um pequeno número de itens.

A pontuação de cada factor resulta da soma dos itens que pertencem a cada um dos factores (Ribeiro, 1999a). Por seu turno, a pontuação total da escala resulta da soma da totalidade dos itens (Ribeiro, 1999a).

Tal como é possível verificar na grelha de correcção da ESSS (Anexo 4), os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados com “A” e “5” aos itens assinalados com “E”. Contudo, são excepção os itens invertidos (4; 5; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15), nos quais o valor “1” é atribuído aos itens assinalados com “E” e “5” aos itens assinalados com “A”.

A pontuação total da escala pode variar entre 15 (15×1) e 75 (15×5), sendo que pontuações altas correspondem a uma percepção de maior satisfação com o suporte social (Ribeiro, 1999a).

De acordo com Baptista, Baptista e Torres (2006), uma pontuação total da escala com valores compreendidos entre 51 e 75 corresponde a um elevado suporte social, entre 26 e 50 a um médio suporte social, e até 25 a um baixo suporte social.

Em suma, a ESSS constitui uma escala de avaliação do suporte social percebido, com várias dimensões, que é sensível e válida (Ribeiro, 1999a).

4.5.2.3. *Life Experiences Survey (LES)*

A escala LES avalia o stress através de acontecimentos de vida a que o indivíduo esteve sujeito ao longo do último ano, da (in)desejabilidade destes e da intensidade do impacto percebido pelo indivíduo na altura da sua ocorrência (Silva et al., 2003). Trata-

se da versão portuguesa da *Life Experiences Survey*, escala original desenvolvida por Sarason, Johnson e Siegel (1978). A LES foi aferida à população portuguesa por Silva et al. (2003).

Trata-se de uma escala de auto-preenchimento, que tem como objectivo avaliar a frequência, o tipo (positivo quando o acontecimento é desejável ou negativo quando é indesejável) e a intensidade do impacto dos acontecimentos de vida ocorridos no último ano. A LES é constituída por 47 itens (que dizem respeito a acontecimentos de vida comuns a indivíduos numa grande variedade de situações) e 3 espaços em branco (nos quais o indivíduo pode acrescentar outros acontecimentos de vida que possa ter experimentado nesse período de tempo e que não se encontrem referidos ao longo da escala), sendo de salientar que apresenta uma distinção clara entre o item a ser respondido pelos respondentes do sexo feminino e pelos do sexo masculino (Silva et al., 2003).

A LES apresenta 7 opções de resposta tipo Lickert, que permitem descrever cada acontecimento como “muito negativo” (cotação -3), “mais ou menos negativo” (cotação -2), “um pouco negativo” (cotação -1), “não teve consequências nenhuma” (cotação 0), “um pouco positivo” (cotação +1), “mais ou menos positivo” (cotação +2), “muito positivo” (cotação +3) e “não se aplica” (Silva et al., 2003).

O valor de mudança positiva é calculado somando os valores dos acontecimentos considerados desejáveis / positivos pelo indivíduo e o valor de mudança negativa é calculado somando os valores dos acontecimentos designados como indesejáveis / negativos por este (Silva et al., 2003). A pontuação total (que representa a mudança total de acontecimentos de vida desejáveis e indesejáveis) obtém-se a partir do somatório dos valores, positivos ou negativos, de cada item, não existindo um ponto de corte que permita classificar os resultados obtidos em stressantes ou não (Silva et al., 2003).

A LES é fiável e válida, na medida em que apresenta uma boa correlação entre os resultados do teste-reteste e uma razoável consistência interna (alfa de *Cronbach* de 0,70) (Silva et al., 2003). No presente estudo, a LES apresenta, também, uma razoável consistência interna (alfa de *Cronbach* de 0,715).

4.5.3. Procedimento

Para realizar a presente investigação foi pedida autorização por escrito à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo 5) e ao Conselho de Administração do C.H.E.D.V. – Unidade São Sebastião, de Santa Maria da Feira (Anexo 6), tendo sido obtida a autorização, por parte de ambas as instituições, para a realização do estudo (Anexo 7; Anexo 8).

Da mesma forma, foi pedida autorização para o uso da ESSS ao autor, por *e-mail*, apesar de esta se encontrar publicada e deste procedimento não ser necessário. Esta autorização foi concedida (Anexo 9).

A recolha de dados decorreu entre os meses de Julho e Novembro de 2009.

Todos os participantes foram convidados a participar no estudo e informados acerca dos objectivos e do procedimento da investigação, da garantia do anonimato, da confidencialidade e do acesso aos resultados, por via telefónica. Foi salientado que a participação neste era livre, havendo a possibilidade de não participar ou desistir, sem qualquer penalização. A recolha de dados apenas foi realizada após o seu consentimento livre e esclarecido, preferencialmente por escrito, para participação na investigação (Anexo 10), como previsto pela Declaração de Helsínquia, que visa garantir o cumprimento das normas éticas da investigação clínica, a responsabilidade científica e profissional, o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa, a salvaguarda dos interesses do participante e a reputação da instituição em que é realizado o estudo (Silva, 2003).

Os dados clínicos (diagnóstico, existência de outra doença e tratamento farmacológico) foram recolhidos a partir dos processos clínicos das crianças, antes de se iniciar a administração dos questionários. Foi realizada uma análise ao processo clínico de cada criança, sendo considerados como critérios de exclusão a existência de outra doença e não estar sob tratamento farmacológico, no sentido de evitar possíveis enviesamentos. A escolha do grupo etário (crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos de idades) prendeu-se com o critério desenvolvimental.

Relativamente à recolha de dados, os questionários foram enviados por carta, preenchidos individualmente por ambos os pais de crianças diagnosticadas com PHDA em suas casas e posteriormente devolvidos, também por carta, aos investigadores. A sua devolução não implicou qualquer custo aos participantes, uma vez que junto com os questionários, enviamos também envelopes, já com selo, para posterior devolução

destes. Os participantes que, ao serem contactos por via telefónica, aceitaram participar no estudo, contudo, posteriormente não devolveram por carta os questionários preenchidos, foram novamente contactados por telefone, tendo os questionários sido administrados por esta via, com o consentimento informado destes.

No que se refere à ordem de administração, primeiramente foi obtido o consentimento informado, verbalmente e/ou por escrito, de seguida foi administrado o Questionário Sócio – Demográfico e Clínico, posteriormente a ESSS, e por fim a LES.

Foram dadas todas as instruções necessárias aos participantes.

O processamento e a análise estatística dos dados obtidos foram efectuados com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Salienta-se que os dados recolhidos foram informatizados de forma a que a identidade dos participantes nunca seja revelada.

Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico: Coeficiente de correlação de *Pearson* para analisar a relação entre o stress e a satisfação com o suporte social e para analisar a relação das variáveis primárias (stress e suporte social percebidos) com as seguintes variáveis secundárias - idade da figura parental, número de pessoas com quem a figura parental vive, posição da criança na fratria, idade da criança e tempo decorrido após diagnóstico; Teste *t-student* para analisar se as variáveis primárias (stress e suporte social percebidos) variam em função das seguintes variáveis secundárias – sexo da figura parental e sexo da criança; Teste *One-Way Anova* para analisar se as variáveis primárias (stress e suporte social percebidos) variam em função da variável estado civil da figura parental.

O coeficiente de correlação de *Pearson* (r) remete para a percentagem da variância de uma variável que pode ser prevista através do conhecimento dos resultados de uma segunda variável (Almeida & Freire, 2000). A intensidade e grandeza do coeficiente de correlação entre duas variáveis pode oscilar entre -1 e $+1$, sendo que o valor zero indica a inexistência de correlação, sendo esta mais perfeita conforme se aproxima da unidade. A correlação diz respeito à intensidade da relação entre as variáveis e à sua direcção. Quando os resultados oscilam no mesmo sentido a correlação é positiva e é negativa quando oscilam em sentido inverso (Almeida & Freire, 2000).

O teste *t-student* é utilizado para duas amostras independentes, sendo usado na comparação das médias de variáveis quantitativas em dois grupos, nas quais são desconhecidas as variâncias da população (Pestana & Gageiro, 2003).

O teste *One-Way Anova* consiste na variância a um factor, possibilitando a verificação do efeito que uma variável independente tem noutra dependente. Pretende analisar se uma população tem ou não médias iguais (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2003).

A significância usada neste estudo foi de $p=0,01$ ou $p=0,05$, visto serem os utilizados em estudos nas Ciências Sociais (Almeida & Freire, 2000).

4.6. Resultados

Os resultados apresentados referem-se às análises estatísticas levadas a cabo com base nos dados recolhidos, organizados de acordo com os objectivos que foram colocados.

Esta apresentação reveste-se de carácter meramente descritivo, uma vez que a discussão dos resultados será realizada posteriormente.

O **objectivo geral** consiste em “Analisar a relação entre o suporte social e o stress percebidos por ambos os pais de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção” e o **primeiro objectivo específico** formulado é “Analisar se existe uma relação entre a percepção do suporte social relativo à satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais e a percepção de stress”. Assim, foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, r de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) dos níveis de stress em função da satisfação do suporte social dos pais de crianças com PHDA (Quadro 9).

Quadro 9: Correlação entre stress e suporte social

	Stress_Total		Eustress		Distress	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Suporte Social_total	0,189*	0,048	0,306**	0,002	0,043	0,653
Suporte Social_SA	0,172	0,073	0,176	0,073	0,070	0,469
Suporte Social_IN	0,133	0,168	0,344**	0,0001	0,011	0,905
Suporte Social_SF	0,166	0,084	0,270**	0,005	0,030	0,759
Suporte Social_AS	0,145	0,130	0,233*	0,017	0,047	0,626

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Verifica-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e o stress percebido pelos pais/mães de crianças com PHDA – à medida que aumenta o suporte social, diminuem os níveis de stress. A correlação tem um valor positivo, uma vez que a cotação total da escala LES é invertida (uma alta pontuação total corresponde a um menor nível de stress na escala).

Observa-se, também, a existência de correlações estatisticamente significativas positivas entre o *eustress* (stress positivo) e a satisfação com o suporte social total, a percepção da existência de suporte social íntimo, a satisfação com o suporte familiar existente e a satisfação com as actividades sociais que realizam, sendo que à medida que estas aumentam, aumentam os níveis de stress positivo.

O **segundo objectivo** formulado é: “Analisar se as percepções de stress e do suporte social variam em função do sexo da figura parental”. Desta forma foi utilizado o teste *t-student* para analisar a relação entre as variáveis de contraste (stress e suporte social) com a variável de agrupação (sexo da figura parental) (Quadro 10).

Quadro 10: Diferenças entre os dois sexos das figuras parentais quanto ao suporte social e ao stress

	Sexo Masculino					Sexo Feminino		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Suporte Social_total	3,918	0,0001	55	48,44	10,263	55	39,62	13,165
Suporte Social_SA	4,730	0,0001	55	17,69	4,203	55	13,56	4,921
Suporte Social_IN	3,297	0,001	55	12,87	3,249	55	10,38	4,564
Suporte Social_SF	0,199	0,843	55	9,69	3,012	55	9,80	2,731
Suporte Social_AS	3,829	0,0001	55	8,18	3,278	55	5,87	3,043
Stress_Total	0,600	0,550	55	11,20	20,444	55	8,85	20,541
<i>Eustress</i>	0,768	0,444	53	6,38	6,631	52	7,73	10,953
<i>Distress</i>	0,450	0,654	55	17,67	22,576	55	15,89	18,764

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das figuras parentais do sexo masculino e o grupo das figuras parentais do sexo feminino no que respeita à percepção de stress.

Por seu turno, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos quanto à percepção de suporte social total, à satisfação com as amizades que têm, à percepção da existência de suporte social íntimo e à satisfação com

as actividades sociais que realizam. Verifica-se, assim, que as figuras parentais do sexo masculino apresentam maior satisfação com o suporte social do que as figuras parentais do sexo feminino.

O **terceiro objectivo** formulado é: “Analisar se as percepções de stress e do suporte social estão relacionadas com a idade da figura parental”. Assim foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, r de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) das percepções de stress e do suporte social em função da idade da figura parental (Quadro 11).

Quadro 11: Correlação entre o stress e o suporte social com a idade da figura parental

	Idade da figura parental	
	r	p
Suporte Social_total	0,016	0,866
Suporte Social_SA	0,055	0,569
Suporte Social_IN	0,038	0,691
Suporte Social_SF	-0,118	0,218
Suporte Social_AS	0,033	0,734
Stress_Total	-0,225*	0,018
<i>Eustress</i>	-0,275**	0,005
<i>Distress</i>	-0,134	0,163

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Constata-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a percepção de stress e a idade da figura parental – à medida que aumenta a idade da figura parental, aumentam os níveis de stress. A correlação tem um valor negativo, uma vez que a cotação total da escala LES é invertida (uma alta pontuação total corresponde a um menor nível de stress na escala).

Verifica-se, também, a existência de uma correlação estatisticamente significativa negativa entre o *eustress* (stress positivo) e a idade da figura parental, ou seja, à medida que aumenta a idade da figura parental, diminuem os níveis de stress positivo.

Por seu turno, não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a percepção de suporte social e a idade da figura parental.

O **quarto objectivo** formulado é: “Analisar se as percepções de stress e do suporte social variam em função do estado civil da figura parental”. Desta forma, foi utilizado o Teste *One-Way Anova*, que facultou a verificação relativa ao efeito da variável independente e qualitativa “estado civil da figura parental” sobre as variáveis dependentes e quantitativas “percepções de stress e do suporte social” (Quadro 12).

Quadro 12: Diferenças entre os estados civis quanto ao stress e ao suporte social

	<i>Solteiro</i>					<i>Casado/ União de Facto</i>			<i>Divorciado/Separado</i>			<i>Viúvo</i>		
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Suporte Social_total	1,460	0,230	5	35,80	10,474	76	45,47	11,673	27	41,89	14,807	2	38,50	12,021
Suporte Social_SA	0,710	0,548	5	12,80	3,033	76	15,57	4,640	27	16,33	6,202	2	15,50	4,950
Suporte Social_IN	2,975	0,035	5	8,40	3,847	76	12,34	3,890	27	10,41	4,466	2	9,00	2,828
Suporte Social_SF	7,993	0,0001	5	9,40	2,302	76	10,53	2,600	27	7,67	2,760	2	9,00	1,414
Suporte Social_AS	0,901	0,444	5	5,20	2,387	76	7,04	3,264	27	7,48	3,756	2	5,00	2,828
Stress_Total	0,385	0,764	5	19,20	4,324	76	9,33	23,497	27	10,56	11,557	2	6,50	7,778
Eustress	1,197	0,315	5	1,20	1,304	72	7,89	8,226	26	6,23	10,242	2	2,00	1,414
Distress	0,155	0,926	5	20,40	3,362	76	16,72	24,184	27	16,89	9,744	2	8,50	6,364

Constata-se que a percepção de stress não varia em função do estado civil da figura parental.

Por seu turno, verifica-se que o suporte social relativo à intimidade e à satisfação com a família variam em função do estado civil. Quanto ao suporte social relativo à intimidade, verificou-se através do Teste *Post-Hoc* LSD (Quadro 13) que as diferenças estatisticamente significativas ocorrem entre os pais solteiros e os casados / união de facto, e entre estes últimos e os divorciados / separados, constatando-se que os casados / união de facto apresentam maior satisfação com o suporte social íntimo existente relativamente aos solteiros e aos divorciados / separados (Quadro 12).

Quadro 13: Diferenças entre os estados civis quanto ao suporte social relativo à intimidade
(*Post-Hoc* LSD)

			<i>p</i>
Suporte Social_IN	Solteiro	Casado /União de facto	0,036
		Divorciado/ Separado	0,308
		Viúvo	0,859
	Casado/União de facto	Solteiro	0,036
		Divorciado/ Separado	0,034
		Viúvo	0,249
	Divorciado/Separado	Solteiro	0,308
		Casado/ União de facto	0,034
		Viúvo	0,635
	Viúvo	Solteiro	0,859
		Casado/União de facto	0,249
		Divorciado/ Separado	0,635

No que se refere ao suporte social relativo à satisfação com a família, verificou-se através do Teste *Post-Hoc* LSD (Quadro 14) que existem diferenças estatisticamente significativas entre as figuras parentais casadas / união de facto e as divorciadas / separadas, constatando-se que as casadas / união de facto apresentam maior satisfação com o suporte familiar existente do que as divorciadas / separadas (Quadro 12).

Quadro 14: Diferenças entre os estados civis quanto ao suporte social relativo à satisfação com a família
(*Post-Hoc* LSD)

			<i>p</i>
Suporte Social_SF	Solteiro	Casado /União de facto	0,354
		Divorciado/ Separado	0,177
		Viúvo	0,856
	Casado/União de facto	Solteiro	0,354
		Divorciado/ Separado	0,0001
		Viúvo	0,418
	Divorciado/Separado	Solteiro	0,177
		Casado/ União de facto	0,001
		Viúvo	0,489
	Viúvo	Solteiro	0,856
		Casado/União de facto	0,418
		Divorciado/ Separado	0,489

O **quinto objectivo** formulado é: “Analisar se as percepções de stress e do suporte social estão relacionadas com o número de pessoas com quem a figura parental vive”. Assim, foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, *r* de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) das percepções de stress e do suporte social em função do número de pessoas com quem a figura parental vive (Quadro 15).

Quadro 15: Correlação entre o suporte social e o stress com o número de pessoas com quem vive

Número de pessoas com quem vive a figura parental		
	<i>r</i>	<i>p</i>
Suporte Social_total	0,140	0,144
Suporte Social_SA	0,038	0,695
Suporte Social_IN	0,102	0,289
Suporte Social_SF	0,340**	0,0001
Suporte Social_AS	0,052	0,588
Stress_Total	0,174	0,069
<i>Eustress</i>	0,119	0,226
<i>Distress</i>	0,112	0,242

*p≤0,05 ** p≤0,01

Constata-se que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a percepção de stress e o número de pessoas com quem a figura parental vive.

Relativamente a analisar se a percepção de suporte social está relacionada com o número de pessoas com quem vive, apenas se verifica a existência de uma correlação estatisticamente significativa positiva entre o suporte social relativo à satisfação com a família e o número de pessoas com quem vive a figura parental – à medida que aumenta o número de pessoas com quem vive, aumenta a satisfação com o suporte familiar existente.

O **sexto objectivo** formulado é: “Analisar se o suporte social e o stress percebidos pelos pais estão relacionados com a posição da criança na fratria”. Assim, foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, *r* de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) do suporte social e do stress percebidos em função da posição da criança na fratria (Quadro 16).

Quadro 16: Correlação entre o stress e o suporte social com a posição da criança na fratria

Posição da criança na fratria		
	<i>r</i>	<i>p</i>
Suporte Social_total	0,036	0,710
Suporte Social_SA	- 0,008	0,935
Suporte Social_IN	0,022	0,818
Suporte Social_SF	0,170	0,077
Suporte Social_AS	- 0,026	0,789
Stress_Total	- 0,153	0,111
<i>Eustress</i>	0,090	0,359
<i>Distress</i>	- 0,207*	0,030

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

No que se refere a analisar se o stress percebido pelos pais está relacionado com a posição da criança na fratria, só se verifica a existência de uma correlação estatisticamente significativa negativa entre o *distress* (stress negativo) e a posição da criança na fratria – à medida que aumenta a posição da criança na fratria, diminuem os níveis de stress negativo.

Por seu turno, constata-se que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o suporte social percebido pelos pais e a posição da criança com PHDA na fratria.

O **sétimo objectivo** colocado é: “Analisar se o suporte social e o stress percebidos pelos pais variam em função do sexo da criança”. Desta forma, foi utilizado o teste *t-student* para analisar a relação entre as variáveis de contraste (stress e suporte social percebidos) com a variável de agrupamento (sexo da criança) (Quadro 17).

Quadro 17: Diferenças entre os dois sexos das crianças quanto ao suporte social e ao stress

	Sexo Masculino					Sexo Feminino		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Suporte Social_total	1,830	0,070	71	45,63	13,051	39	41,10	11,175
Suporte Social_SA	0,894	0,373	71	15,94	5,005	39	15,05	5,015
Suporte Social_IN	1,874	0,064	71	12,17	4,329	39	10,64	3,609
Suporte Social_SF	1,262	0,210	71	10,00	2,918	39	9,28	2,733
Suporte Social_AS	2,270	0,025	71	7,52	3,553	39	6,13	2,783
Stress_Total	0,663	0,509	71	10,80	24,396	39	8,62	9,896
<i>Eustress</i>	2,262	0,026	67	8,28	10,501	38	4,87	4,911
<i>Distress</i>	1,541	0,127	71	18,54	25,019	39	13,59	7,591

No que se refere a analisar se o stress percebido pelos pais varia em função do sexo da criança, apenas se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das crianças com PHDA do sexo masculino e o grupo das crianças com PHDA do sexo feminino relativamente ao *eustress*. Verifica-se, assim, que as figuras parentais das crianças do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de stress positivo do que as figuras parentais das crianças do sexo feminino.

Por seu turno, constata-se que só existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das crianças do sexo masculino e o grupo das crianças do sexo feminino quanto ao suporte social relativo a actividades sociais. Verifica-se, assim, que as figuras parentais das crianças do sexo masculino percebem estar mais satisfeitos com as actividades sociais que realizam do que as figuras parentais das crianças do sexo feminino.

O **oitavo objectivo** formulado é: “Analisar se o suporte social e o stress percebidos pelos pais estão relacionados com a idade da criança”. Assim, foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, *r* de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) do suporte social e do stress percebidos em função da idade da criança (Quadro 18).

Quadro 18: Correlação entre o suporte social e o stress com a idade da criança

	Idade da criança	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Suporte Social_total	- 0,125	0,192
Suporte Social_SA	- 0,165	0,086
Suporte Social_IN	- 0,074	0,440
Suporte Social_SF	- 0,071	0,463
Suporte Social_AS	- 0,071	0,459
Stress_Total	0,022	0,818
<i>Eustress</i>	- 0,201*	0,039
<i>Distress</i>	0,097	0,313

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

No que se refere a analisar se o stress percebido pelos pais está relacionado com a idade da criança, apenas se constata a existência de uma correlação estatisticamente significativa negativa entre o *eustress* e a idade da criança. Verifica-se, assim, que à medida que aumenta a idade da criança, diminuem os níveis de stress positivo percebido pelos pais.

Por seu turno, não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o suporte social percebido pelos pais e a idade da criança com PHDA.

O **nono objectivo** formulado é: “Analisar se as percepções de stress e do suporte social estão relacionadas com o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA”. Assim foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, *r* de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) das percepções de stress e do suporte social em função do tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA (Quadro 19).

Quadro 19: Correlação entre o stress e o suporte social com o tempo decorrido após o diagnóstico

Tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA		
	<i>r</i>	<i>p</i>
Suporte Social_total	- 0,202*	0,034
Suporte Social_SA	- 0,188*	0,050
Suporte Social_IN	- 0,147	0,126
Suporte Social_SF	- 0,151	0,117
Suporte Social_AS	- 0,168	0,079
Stress_Total	- 0,099	0,306
<i>Eustress</i>	- 0,229*	0,019
<i>Distress</i>	- 0,008	0,933

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

No que se refere a analisar se a percepção de stress está relacionada com o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA, apenas se verifica uma correlação estatisticamente significativa negativa entre o *eustress* e o tempo decorrido após o diagnóstico – à medida que aumenta o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA, diminuem os níveis de stress positivo percebido pelos pais.

Por seu turno, constata-se a existência de correlações estatisticamente significativas negativas entre a satisfação com o suporte social total e o tempo decorrido após o diagnóstico, e entre a satisfação com as amizades e o tempo decorrido após o diagnóstico. Verifica-se, assim, que à medida que aumenta o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA, diminui a satisfação com as amizades que têm e diminui a satisfação com o suporte social percebido.

O **décimo e último objectivo** formulado é: “Descrever o nível de suporte social percebido pelos pais de crianças com PHDA” (Quadro 20).

Quadro 20: Descrição do nível de suporte social percebido pelos pais de crianças com PHDA

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Suporte Social_total	44,03	12,556	18	70
Suporte Social_SA	15,63	5,004	5	25
Suporte Social_IN	11,63	4,137	4	20
Suporte Social_SF	9,75	2,862	3	15
Suporte Social_AS	7,03	3,355	3	15

Constata-se que os pais de crianças com PHDA percebem estar medianamente satisfeitos com o suporte social, de acordo com os critérios de Baptista, Baptista e Torres (2006), que referem que uma pontuação total da escala com valores compreendidos entre 51 e 75 corresponde a um elevado suporte social, entre 26 e 50 a um médio suporte social, e até 25 a um baixo suporte social.

No que se refere à percepção do suporte social relativo à satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais, verifica-se que os pais de crianças com PHDA percebem estar mais satisfeitos com as amizades que têm, seguindo-se a satisfação com o suporte social íntimo existente, e percebem estar menos satisfeitos com o suporte familiar existente e com as actividades sociais que realizam.

4.7. Discussão

Na discussão, visa-se realizar uma síntese e apreciação crítica dos resultados, confrontando-os entre si e com o enquadramento teórico orientador do estudo, tentando enfatizar o seu significado e implicações.

Primeiramente, é de referir que no presente estudo não existe à partida um viés na selecção da amostra, uma vez que os participantes não foram escolhidos segundo determinadas características, tendo também estes a liberdade de não participar caso não o desejassem.

No que se refere ao objectivo geral proposto neste estudo empírico, confirma-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre o stress e o suporte social percebidos por ambos os pais de crianças diagnosticadas com PHDA, constatando-se que à medida que aumenta o suporte social, diminuem os níveis de stress. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos efectuados por Baker (1994),

Barkley (2002), Goldstein et al. (2007), Gupta (2007), Johnston e Mash (2001), Kendall (1998), Lange et al. (2005) e Mash e Johnston (1983), que assumem a existência de uma relação entre os níveis de stress e o suporte social percebido pelos pais de crianças com PHDA.

Estes resultados podem estar relacionados com o facto dos pais das crianças com PHDA que sentem maiores níveis de stress se isolarem mais, obtendo assim um menor suporte social. Por sua vez, pode também acontecer que as pessoas que têm menor suporte social se sentem mais isoladas, tendo assim níveis de stress mais elevados. De facto, de acordo com a literatura, é em situações de stress que o suporte social surge como mais relevante para os indivíduos (Kaniasty & Norris, 1995; McNally & Newman, 1999). O suporte social pode constituir um recurso importante para lidar com o stress, podendo reduzir o isolamento social (Cassel, 1976; Cobb, 1976). Por seu turno, a privação de suporte social pode constituir um stressor (Dumbar et al., 1998; Singer & Lord, 1984).

Relativamente aos objectivos específicos desta investigação, com o primeiro objectivo específico pretendia-se saber se existe uma relação entre a percepção do suporte social relativo à satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais e a percepção de stress. Os resultados demonstram que à medida que aumenta a satisfação com o suporte social total, a percepção da existência de suporte social íntimo, a satisfação com o suporte familiar existente e a satisfação com as actividades sociais que realizam, aumentam os níveis de stress positivo (*eustress*). Desta forma, quanto maior é a satisfação com o suporte social, maiores são os níveis de stress positivo percebido pelos pais de crianças com PHDA.

Estes resultados podem estar relacionados com o facto dos pais que percebem estar satisfeitos com o suporte social perceberem os acontecimentos experienciados como positivos. De facto, o suporte social pode amortecer o impacto de acontecimentos que causam stress quer no indivíduo (Langford, et al., 1997; Lima, 1999; Lovisi, et al., 1996; Ribeiro, 1999a; Savoia, 1999), quer na família (Savoia, 1999), influenciando directamente a percepção da experiência vivenciada (McCubbin, 1995).

Por seu turno, os pais das crianças com PHDA que percebem níveis mais elevados de stress positivo, podem estar mais disponíveis para obter suporte social. De facto, quando os níveis de stress dos pais são adequados, este constitui-se como uma variável motivacional para que os pais utilizem os recursos disponíveis à realização do seu papel parental (Abidin, 1992).

Verificou-se, contudo, que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o total de stress e as sub-escalas do suporte social, o que pode advir do facto da LES se tratar de um instrumento genérico de acontecimentos de vida, que leva a subestimar o stress que poderá estar associado a condições específicas apresentadas pelo indivíduo (Silva et al., 2003), assim como da ESSS se tratar de um instrumento breve e genérico, que não permite recolher a informação suficiente para analisar mais pormenorizadamente a percepção de satisfação com o suporte social desta população-alvo (Ponte & Ribeiro, 2008). É ainda de esperar que na relação entre o stress e o suporte social surja a interferência de outras variáveis que não foram determinadas neste estudo, podendo estas originar um aumento ou diminuição tanto dos níveis de stress como do suporte social.

O segundo objectivo pretendia averiguar se as percepções de stress e do suporte social variam em função do sexo da figura parental. Os resultados foram ao encontro da investigação, que refere que as mães e os pais de crianças diagnosticadas com PHDA não diferem relativamente aos níveis de stress percebidos, em termos gerais (Baker, 1994).

Constatou-se também, que as figuras parentais do sexo masculino apresentam maior satisfação com o suporte social do que as figuras parentais do sexo feminino. Estes resultados podem estar relacionados com o facto da figura parental masculina apresentar menos problemas de interacção com a criança com PHDA (Barkley, 2002) e da figura parental feminina poder estar numa posição especialmente desvantajosa já que é habitualmente sobre ela que recai grande parte da responsabilidade pelos cuidados da criança (Barkley, 2002; Santos, 1998). Acresce que a sociedade responsabiliza principalmente a mãe pelos comportamentos disruptivos da criança com PHDA (Barkley, 2002), o que é passível de conduzir a um maior isolamento social e a menores níveis de suporte social percebido (Barkley, 2002; Kendall, 1998; Lange et al., 2005), comparativamente à figura parental masculina. Além disso, segundo Keltner e Ramey (1992), os pais estão mais disponíveis para obter suporte social relativamente às mães.

Contudo, apesar das figuras parentais do sexo masculino apresentarem maior satisfação com as amizades que têm, com o suporte social íntimo existente e com as actividades sociais que realizam do que as figuras parentais do sexo feminino, no que é relativo à satisfação com o suporte familiar existente não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos. Este resultado pode estar relacionado

com o facto das figuras parentais de ambos os sexos, com frequência, relataram que os contactos com os familiares são “pouco úteis, aversivos e desagradáveis” (Barkley, 2002, p. 127).

O terceiro objectivo pretendia perceber se as percepções de stress e do suporte social estão relacionadas com a idade da figura parental. Constatou-se que a satisfação com o suporte social não está relacionada com a sua idade. Por seu turno, observou-se que a percepção de stress e o *eustress* (stress positivo) estão relacionados com a sua idade, sendo que as figuras parentais mais jovens apresentam menores níveis de stress percebido e maiores níveis de stress positivo.

Estes resultados contrariam os estudos encontrados, que referem que os progenitores mais jovens revelam níveis mais elevados de stress face à patologia da criança e que a experiência de vida dos pais, pelo factor idade, parece constituir-se como um factor de protecção (Pereira, 1996).

Neste sentido, é importante salientar que estes estudos não são relativos à problemática que é alvo de análise neste trabalho, mas sim a outras perturbações que aparecem habitualmente na primeira e na segunda infâncias, uma vez que os estudos que analisam o stress em ambos os pais de crianças com PHDA são escassos, sendo ainda mais rara a investigação relativa ao suporte social das figuras parentais das crianças com esta perturbação.

Contudo, os filhos dos participantes mais velhos podem estar na fase da pré-adolescência ou da adolescência, logo para além de manifestarem as alterações associadas a esta fase de desenvolvimento, manifestam também as alterações associadas à PHDA (Benassini, 2005), o que pode estar relacionado com os maiores níveis de stress percebido e com os menores níveis de stress positivo que as figuras parentais mais velhas deste estudo apresentam.

Posto isto, considera-se que futuros estudos deveriam ser realizados de forma a reavaliar esta questão.

O quarto objectivo pretendia analisar se as percepções de stress e do suporte social variam em função do estado civil da figura parental, verificando-se que a percepção de stress não varia em função do seu estado civil, contrariando os estudos realizados, que verificaram que as figuras parentais solteiras de filhos com perturbações severas estão sujeitas a maiores níveis de stress do que as figuras parentais casadas ou em união de facto (Ethier & Frenière, 1993; Reyes-Blanes, et al., 1999; Trivette & Dunst, 1992). Contudo, salienta-se que estes estudos não são relativos a pais de crianças

com PHDA, mas sim a pais de crianças com outras problemáticas, dada a escassez de estudos neste âmbito, considerando-se assim pertinente que futuros estudos sejam realizados de forma a aprofundar esta questão.

Por seu turno, constatou-se que as figuras parentais casadas / união de facto apresentam maior satisfação com o suporte social íntimo existente relativamente às solteiras e às divorciadas / separadas, assim como, que as figuras parentais casadas / união de facto apresentam maior satisfação com o suporte familiar existente do que as divorciadas / separadas. Estes resultados vão ao encontro de outras investigações, que verificam que indivíduos casados ou em união de facto referem, consistentemente, maior suporte social percebido relativamente aos solteiros e aos divorciados / separados (Ornelas, 1994; Thoits, 1995).

O quinto objectivo visava averiguar se as percepções de stress e do suporte social estão relacionadas com o número de pessoas com quem a figura parental vive. Os resultados demonstram que o stress percebido não está relacionado com o número de pessoas com quem vive. Por seu turno, relativamente ao suporte social, constata-se que à medida que aumenta o número de pessoas com quem a figura parental vive, aumenta a sua satisfação com o suporte familiar existente.

Tendo em conta a experiência de estágio, na abordagem a esta problemática, estes resultados podem estar relacionados com o facto, diversas vezes referido pelos pais das crianças com PHDA, de outros familiares com quem vivem assumirem algumas responsabilidades relativamente a estas crianças poder constituir um elemento de maior satisfação com o suporte familiar.

O sexto objectivo pretendia verificar se o suporte social e o stress percebidos pelos pais estão relacionados com a posição da criança na fratria. Os dados obtidos nesta investigação demonstram que a posição da criança com PHDA na fratria não está relacionada com o suporte social percebido pelas figuras parentais.

Por seu turno, relativamente ao stress percebido, constatou-se que à medida que aumenta a posição da criança na fratria, diminuem os níveis de stress negativo (*distress*), o que vai de encontro a outros estudos realizados, que sugerem que o stress vivenciado no sistema familiar depende, entre outros factores, da ordem de nascimento da criança doente (Fernandes, 2002), e que, à medida que vai aumentando o número de filhos, os pais apresentam menor nível de stress (Pereira, 1996).

Contudo, os resultados obtidos nesta investigação podem estar relacionados com o facto da maioria dos participantes terem apenas 1 ou 2 filhos, bem como da maioria

das crianças com PHDA deste estudo serem primogénitas. Assim, considera-se pertinente que se realizem outros estudos que abordem esta temática, uma vez que, tendo novamente em conta a experiência de estágio, o facto dos pais delegarem tarefas a outros familiares, nomeadamente aos irmãos da criança com PHDA, poder constituir um elemento de diminuição de stress e de promoção de suporte social.

O sétimo objectivo visava analisar se o suporte social e o stress percebidos pelos pais variam em função do sexo da criança. Relativamente à satisfação com o suporte social, as figuras parentais das crianças do sexo masculino percebem estar mais satisfeitas com as actividades sociais que realizam do que as figuras parentais das crianças do sexo feminino.

No que é relativo à percepção de stress, os dados obtidos demonstram que as figuras parentais das crianças do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de stress positivo (*eustress*) do que as figuras parentais das crianças do sexo feminino, contrariando alguns estudos realizados, que sugerem que não existem diferenças significativas no que respeita aos níveis de stress entre pais de crianças do sexo masculino e pais de crianças do sexo feminino (Barkley & Breen, 1988).

Por seu turno, os resultados deste estudo sugerem que o stress total percebido não varia em função do sexo da criança, contrariando outras investigações, que sugerem que os níveis de stress total das mães das crianças do sexo feminino são mais elevados, comparativamente aos das mães das crianças de sexo masculino (Fossum et al., 2007).

De facto, os dados obtidos nos estudos relativos aos níveis de stress de pais de crianças com PHDA em função do sexo da criança encontrados na literatura são contraditórios. Acresce que os estudos que analisam o stress em ambos os pais de crianças com PHDA em função do sexo da criança são escassos, sendo ainda mais rara a investigação relativa ao suporte social das figuras parentais em função do sexo das crianças com esta perturbação, o que revela a necessidade de se realizarem futuros estudos neste âmbito.

O oitavo objectivo pretendia averiguar se o suporte social e o stress percebidos pelos pais estão relacionados com a idade da criança. Verificou-se que o suporte social percebido por ambos os pais não está relacionado com a idade da criança com PHDA.

No que é relativo à percepção de stress, à medida que aumenta a idade da criança, diminuem os níveis de stress positivo (*eustress*) percebido pelos pais,

contrariando os estudos encontrados na literatura, que referem que a idade da criança parece não se relacionar de forma significativa com o stress percebido pelos pais (Spratt, et al., 2007; Vitanza & Guarnaccia, 1999).

Contudo, estes resultados podem estar relacionados com o facto dos filhos dos participantes terem idades compreendidas entre os seis e os treze anos de idade, sendo que à medida que aumenta a sua idade, estes podem estar na fase da pré-adolescência ou da adolescência, logo para além de manifestarem as alterações associadas a esta fase de desenvolvimento, manifestam também as alterações associadas à PHDA (Benassini, 2005), o que pode constituir um factor de diminuição dos níveis de stress positivo percebido pelos pais destas crianças.

Desta forma, considera-se que futuros estudos deveriam ser realizados de forma a reavaliar esta questão.

O nono objectivo pretendia analisar se as percepções de stress e do suporte social estão relacionadas com o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA. No que se refere à percepção de stress, verifica-se que à medida que aumenta o tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA, diminuem os níveis de stress positivo (*eustress*) percebido pelos pais. Contudo, os resultados obtidos sugerem que a percepção de stress total não está relacionada com o tempo decorrido após o diagnóstico, contrariando os dados encontrados na literatura, que sugerem que maiores níveis de stress total parecem estar relacionados com um menor período de tempo de conhecimento do diagnóstico (Campos, 2002).

Por seu turno, no que respeita à satisfação com o suporte social, constatou-se que que um maior período de tempo decorrido após o diagnóstico de PHDA está relacionado com uma menor satisfação com as amizades que têm e menor satisfação com o suporte social percebido.

Tendo em conta as aprendizagens decorridas ao longo do estágio, bem como a revisão da literatura realizada acerca da PHDA, considera-se que os dados obtidos no presente estudo podem ter por base as características próprias e persistentes dos comportamentos das crianças com PHDA. Desta forma, mesmo após um considerável período de tempo de ter sido realizado o diagnóstico de PHDA e de a criança estar em tratamento, pode-se continuar a verificar elevados níveis de stress e baixos níveis de suporte social junto dos pais destas crianças, podendo estes estar relacionados com a estigmatização por parte da sociedade em geral, bem como por parte das respectivas famílias de origem.

O décimo e último objectivo visava descrever o nível de suporte social percebido pelos pais de crianças com PHDA. Constatou-se que os pais de crianças com PHDA percebem estar medianamente satisfeitos com o suporte social, de acordo com os critérios de Baptista, Baptista e Torres (2006), que referem que uma pontuação total da escala com valores compreendidos entre 51 e 75 corresponde a um elevado suporte social, entre 26 e 50 a um médio suporte social, e até 25 a um baixo suporte social.

No que se refere à percepção do suporte social relativo à satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais, verifica-se que os pais de crianças com PHDA percebem estar mais satisfeitos com as amizades que têm, seguindo-se a satisfação com o suporte social íntimo existente, e percebem estar menos satisfeitos com o suporte familiar existente e com as actividades sociais que realizam.

Tendo em conta a experiência de estágio, considera-se que os dados obtidos neste estudo podem ter por base a estigmatização por parte da sociedade em geral, bem como por parte das respectivas famílias de origem, o que é passível de conduzir a um maior isolamento social e a uma menor satisfação com o suporte social percebido, nomeadamente no que é relativo à satisfação com a família e à satisfação com as actividades sociais que realizam.

4.7.1. Limites do estudo e orientações para a prática

Após a explanação dos resultados e da sua discussão e, independentemente dos objectivos propostos, surgem outras limitações desta investigação (para além das que já foram mencionadas na discussão dos resultados), bem como as sugestões para futuras investigações.

Primeiramente, ressalta-se a questão da brevidade da ESSS, que não permite recolher a informação suficiente para analisar mais pormenorizadamente a percepção de satisfação com o suporte social desta população-alvo. Contudo, verifica-se um consenso nos estudos “sobre a necessidade da existência de instrumentos multidimensionais psicometricamente fundamentados, para utilização com população doente, que sejam suficientemente breves para não constituírem uma sobrecarga” (Ponte & Ribeiro, 2008, p. 54).

A escolha desta escala teve em conta este consenso, contudo, este instrumento parece não ser suficiente para analisar mais detalhadamente como é que os indivíduos com filhos diagnosticados com PHDA percebem o suporte social. Desta forma, seria

relevante recolher esta informação recorrendo a entrevistas individuais e posteriormente realizar uma análise qualitativa do seu conteúdo. Nestas entrevistas seria crucial questionar cada um dos participantes acerca da sua definição de suporte social, uma vez que, de acordo com a literatura, não existe consenso relativamente à definição deste constructo (Ornelas, 1994).

No que se refere à LES, uma das limitações desta escala é o facto de se tratar de um instrumento genérico de acontecimentos de vida, que leva a subestimar o stress que poderá estar associado a condições específicas apresentadas pelo indivíduo (Silva et al., 2003).

Outra das limitações do presente estudo está associada ao constrangimento provocado pelo tipo de instrumento utilizado, uma vez que aborda questões do foro íntimo. A utilização de uma metodologia de questionários por auto-relato, pode remeter para um viés de desejabilidade social, ou seja, uma tendência para os pais de crianças com PHDA responderem aos questionários de acordo com o que é socialmente correcto. Por sua vez, neste tipo de investigação, os questionários de auto-relato parecem ser adequados para aceder às percepções mais subjectivas de cada indivíduo.

Salienta-se também que é de esperar que na relação entre o stress e o suporte social surja a interferência de outras variáveis que não foram determinadas neste estudo, podendo estas originar um aumento ou diminuição tanto dos níveis de stress como do suporte social.

Não tendo sido possível aceder ao número exacto de crianças com PHDA que frequentam o Serviço de Pediatria do C.H.E.D.V. – Unidade São Sebastião, pela quantidade de processos existentes, constata-se que esta amostra (ambos os pais de crianças com PHDA) pode não ser representativa da população. Seria assim necessário um maior número de participantes a fim de se conseguir obter resultados que permitissem fazer uma generalização.

No que diz respeito a futuras investigações considera-se pertinente comparar ambos os pais de crianças com PHDA com ambos os pais de crianças sem esta patologia, sugerindo-se também, a realização de estudos longitudinais que permitam esclarecer melhor a forma como o stress percebido por ambos os pais de crianças com PHDA influencia e é influenciado pelo suporte social percebido pelos mesmos e qual a pertinência da presença da PHDA.

4.7.2. Conclusão

O presente trabalho pretendeu abordar a problemática do stress e do suporte social em ambos os pais de crianças com PHDA, sob o ponto de vista psicológico e social.

A PHDA constitui-se como uma das situações clínicas mais comuns e largamente representada no nosso país, sendo que na prática clínica em contexto pediátrico se verifica constantes queixas dos pais associadas ao impacto da PHDA no funcionamento familiar.

De forma geral, as crianças com PHDA apresentam diversos sintomas, nomeadamente défice de atenção, actividade motora excessiva e desinibição comportamental, geralmente mais proeminentes durante os primeiros anos escolares, que se manifestam em diferentes contextos (familiar, social e escolar), e que, embora se atenuem, persistem ao longo de todo o processo desenvolvimental (A.P.A., 2002; Barkley, 2002; García, 2001; Gratch, 2000; Kendall, 1998; Lewis, 1995; Lopes, 2003; Phelan, 2005; Rohde, Mattos, & cols., 2003).

Na revisão da literatura efectuada constatou-se que a adaptação à PHDA de um filho é bastante complexa e multifacetada. De acordo com estudos realizados neste âmbito, apesar destes serem escassos, e se referirem essencialmente à figura materna, nela intervêm diversas variáveis, onde se destaca o stress e o suporte social. Posto isto, as crianças com PHDA apresentam uma grande diversidade de características, bem como as suas figuras parentais, que por sua vez, têm diferentes formas de agir e reagir perante a problemática.

O presente estudo visou aprofundar o estudo da relação entre o suporte social e o stress percebidos por ambos os pais de crianças com PHDA, constatando-se que à medida que aumenta o suporte social, diminuem os níveis de stress.

O suporte social pode, de facto, constituir um recurso importante para lidar com o stress, podendo reduzir o isolamento social (Cassel, 1976; Cobb, 1976), e amortecer o impacto de acontecimentos que causam stress quer no indivíduo (Langford, et al., 1997; Lima, 1999; Lovisi, et al., 1996; Ribeiro, 1999a; Savoia, 1999), quer na família (Savoia, 1999), influenciando directamente a percepção da experiência vivenciada (McCubbin, 1995). Por seu turno, a privação de suporte social pode constituir um stressor (Dumbar et al., 1998; Singer & Lord, 1984).

Como se procurou destacar ao longo deste trabalho, as variáveis stress e suporte social parecem assumir um papel preponderante na compreensão da adaptação psicossocial dos pais de crianças com PHDA. Por outro lado, a investigação empírica tem vindo a evidenciar a variabilidade existentes entre os pais e mães de crianças com PHDA, o que implica direccionar o estudo para estes dois grupos e aprender com as adaptações melhor sucedidas.

Ser pai/mãe de uma criança com PHDA é emocionalmente esgotante. Na maioria, os pais destas crianças sentem-se isolados da sociedade, bem como das respectivas famílias de origem (Barkley, 2002; Kendall, 1998; Lange et al., 2005).

Estudos revistos na literatura sugerem que ambos os pais de crianças com PHDA têm elevados níveis de stress (Baker, 1994; Barkley, 2002; Goldstein et al., 2007; Gupta, 2007; Johnston & Mash, 2001; Mash & Johnston, 1983), e baixos níveis de suporte social (Barkley, 2002; Kendall, 1998; Lange et al., 2005). É de salientar que no presente estudo constatou-se que as figuras parentais do sexo masculino apresentam maior satisfação com o suporte social do que as figuras parentais do sexo feminino.

Estes resultados podem estar relacionados com o facto da figura parental masculina apresentar menos problemas de interacção com a criança com PHDA (Barkley, 2002) e do facto de habitualmente recair sobre a figura parental feminina grande parte da responsabilidade pelos cuidados da criança (Barkley, 2002; Santos, 1998). Acresce que a sociedade responsabiliza principalmente a mãe pelos comportamentos disruptivos da criança com PHDA (Barkley, 2002), o que é passível de conduzir a um maior isolamento social e a menores níveis de suporte social percebido (Barkley, 2002; Kendall, 1998; Lange et al., 2005), comparativamente à figura parental masculina.

No que diz respeito a futuras investigações sugere-se a realização de estudos longitudinais que permitam esclarecer melhor a forma como o stress percebido por ambos os pais de crianças com PHDA influencia e é influenciado pelo suporte social percebido pelos mesmos e qual a pertinência da presença da PHDA.

Apesar das suas limitações, este estudo reforça a importância do suporte social na diminuição dos níveis de stress de ambos os pais de crianças com PHDA e enfatiza a importância das intervenções no fortalecimento das redes de apoio social em famílias com crianças diagnosticadas com PHDA.

Considera-se, assim, que o presente estudo empírico pode ser visto como um contributo para uma melhor compreensão da temática abordada, bem como, para o

desenvolvimento de intervenções mais eficazes quer direccionadas para a criança diagnosticada com PHDA, quer para ambos os pais destas crianças.

Referências

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology, 15*, 298-301.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 407-412.
- Abidin, R. R., & Santos, S. V. (2003). *Índice de Stress Parental – Manual*. Lisboa: CEGOC-TEA, Lda.
- Alizadeh, H., Applequist, K. F., & Coolidge, F. L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse & Neglect, 31* (5), 567-572.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (2ª ed.). Psiquilíbrios: Braga.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Aneshensel, C.S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology, 18*, 15-38.
- Baldwin, K., Brown, R. T., & Milan, M. A. (1995). Predictors of stress in caregivers of attention deficit hyperactivity disorder children. *The American Journal of Family Therapy, 23*, 149-159.
- Baker, D. B. (1994). Parenting stress and ADHD: A comparison of mothers and fathers. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders, 2*, 1-10.
- Baptista, M. N., Baptista, A.S.D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora, 7* (1), 39-48.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de défice de atenção/hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. A., & Breen, M. J. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology, 13*, 265-280.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology, 14*, 413-445.

- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Benassi, O. (2005). *Transtornos de la atención: Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo*. García-Sevilla: Editorial Eduforma.
- Betancourt-Jiménez, Y., Jiménez-Léon, J., & Jiménez-Betancourt, C. (2006). Transtorno por déficit de atención y hiperactividad y trastornos del sueño. *Neurología*, 42 (2), S37-S51.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Klein, K. L., et al. (2006). Psychopathology in females with attention-deficit / hyperactivity disorder: A controlled, five-year prospective study. *Biological Psychiatry*, 60, 1098-1105.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (3), 458-475.
- Brown, T. (2003). *Transtornos por déficit de atención y comorbilidades en niños adolescentes y adultos*. Barcelona: Editora Masson.
- Bugalho, P., Correa, B., & Viana-Baptista, M. (2006). Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais: Bases científicas e modelos de estudo. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 257-268.
- Capilla-González, A., Pazo, P., Campo, P., Maestú, F., Fernández, A., Fernández-González, S., & Ortiz, T. (2005). Nuevas aportaciones a la neurobiología del transtorno por déficit de atención con hiperactividad desde la magnetoencefalografía. *Neurología*, 40 (Supl 1), S43-S47.
- Cardo, E., & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del transtorno de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 40 (Supl 1), S11-S15.
- Cartwright, S., & Cooper, C. L. (1997). *Managing work stress*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cassel, E. J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cobbs, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca, *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), 79-87.

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Cohen, S., Underwood, S., & Gottlieb, B. (2000). *Social support measures and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.
- Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61, 1628-1637.
- Crnic, K. A., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., vol.5, pp. 243-267). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypothesis and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-332.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 221-231.
- Dewolf, N., Byrne, J. M., & Bawden, H.N. (2000). ADHD in preschool children: parent-rated psychosocial correlates. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42 (12), 825-830.
- Dieudonné, V. (2004). Mal-educado ou irrequieto? Caso clínico de hiperactividade vs alterações do comportamento, *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20, 81-89.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta analysis. *Health Psychology*, 23 (2), 207-218.
- Doyle, A., Faraone, S., DuPre, E., & Biederman, J. (2001). Separating attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities in girls: A familial risk analysis. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1666-1672.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., & Avlund, K. (1999). Social relations: Network, support and relation strain. *Social Science and Medicine*, 48, 661-673.
- Dumbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Deal, A.G. (1988). *Enabling and empowering families. Principles and guidelines for practice*. Cambridge: Brookline Books.

- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Esdaile, S. A., & Greenwood, K. M. (2003). A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent-child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, *10*, 115-126.
- Ethier, L. S., & Frenière, P. J. (1993). Le stress des mères monoparentales en relation avec l'agressivité de l'enfant d'âge préscolaire. *Journal International de Psychologie*, *28*, 273-289.
- Fernandes, O. (2002). *Semelhanças e diferenças entre irmãos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fernández, A. (2003). *Problemas de lenguaje con estudiantes con déficit atencional*. Valencia: Servei de Publicacions.
- Folkman, N. (1984). Personal control and stress and coping process: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychological*, *46*, 839-852.
- Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais. *Psychologica*, *19*, 7-11.
- Fossum, S., Morch, W. T., Handegard, B. H., & Drugli, M. B. (2007). Childhood disruptive behaviours and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology*, *48*, 375-382.
- Gadzella, B. M., Girither, D. W., Tomalca, M., & Bryant, G.W. (1991). Differences between men and women on stress producers and coping strategies. *Psychological Reports*, *69* (2), 561-562.
- García, I. M. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Lisboa: McGraw – Hill.
- Gatchel, R. J., Baum, A., & Krantz, D. S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Goldstein, L. H., Harvey, E.A., & Friedman-Weieneth, J. L. (2007). Examining subtypes of behaviour problems among 3-year-old children. Part III: Investigating differences in parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*, 125-136.
- Gratch, L. (2000). *El transtorno por déficit de atención: clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

- Gray, D. E. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. *Social Science & Medicine*, 56 (3), 631-642.
- Gupta, V. B. (2007). Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19, 417-425.
- Hartsough, C., & Lambert, N. (1982). Some environmental and familial correlates and antecedents of hyperactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 23, 250-260.
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 2-7.
- Hetchman, L. (1996). Families of children with attention-deficit hyperactivity disorder: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 350-360.
- Herreros, O., Sánchez, F., Ajoy, M., & García, R. (2002). Evaluación de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad / Trastornos hipercinéticos. *Psiquiatría Infanto Juvenil*, 19 (4), 199-214.
- Hockenbury, D. H., & Hockenbury, S. E. (2003). *Descobrimos a Psicologia*. São Paulo: Edições Manole.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (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.
- Kaniasty, K., & Norris, F. (1995). Mobilization and deterioration of social support following natural disasters. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (3), 94-98.
- Kaplan, R. M., Patterson, T.L., & Sellis, J. F. (1993). *Health and human behaviour*. New York: McGraw-Hill.
- Kazak, A., & Clark, M. (1987). Stress in families of children with myelomeningocele. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 28 (5), 220-228.
- Keltner, B., & Ramey, S. L. (1992). The family. *Current Opinion in Psychiatry*, 5 (4), 638-644.
- Kendall, J. (1998). Outlasting disruption: The process of reinvestment in families with ADHD children. *Qualitative Health Research*, 8, 839-857.
- Labrador, F. J. (1992). *O stress*. Lisboa: Edições Temas da Actualidade.
- Lahey, B. B., & Carlson, C. L. (1991). Validity of the diagnostic category of attention-deficit disorder without hyperactivity: A review of literature. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 110-120.

- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., et al. (2005). Family factors associated with attention-deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Lazarus, R. S. (1993). Why we should think of stress as a subset of emotion. L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), In *Handbook of stress – Theoretical and clinical aspects* (pp. 21-39). New York: Free Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leal, M. (1995). *Stress e burnout: estudo comparativo entre médicos de família e outros*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L., & Leventhal, E. A. (1998). It's long-term stressors that take a toll: Comment on Cohen et al. *Health Psychology*, 17 (3), 211-213.
- Lewis, M. (1995). *Tratado de psiquiatria de infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Lopes, J. (2003). *A hiperactividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lovisi, G. M., Milanil, I., Caetano, G., Abelha, L., & Morgado, A. F. (1996). Suporte social e distúrbios psiquiátricos: Em que base se alicerça a associação? *Informação Psiquiátrica*, 15 (2), 65-68.
- Luís, I.S. (1998). Stress: Não mata mas mói. *Revista Pessoal*, 81, 4-19.
- Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology*, 51, 1-27.
- Machado, R., & Lima, M. (1998). Ameaça de desemprego. Stress e estratégias de coping em diferentes culturas organizacionais: um estudo no sector bancário. *Psicologia*, 12, 63-84.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística - Com utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 128-134.

- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behaviour problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 86-99.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 313-328.
- Maynard, J., Tyler, J., & Arnold, M. (1999). CoOccurrence of attention deficit disorders and learning disability: An overview of research. *Journal of Instructional Psychology.*
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: Alguns sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica, 21* (3), 243-253.
- Maturuka, T. S., Marturano, E. M., Oishi, J., & Borasche, G. (2007). Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial, 13* (3), 415-428.
- Mazzei, A. M. A., Monroe, A. A., Sasaki, C. M., Gonzales, R. I. C., & Villa, T. C. S. (2003). Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. *Boletim de Pneumologia Sanitária, 11* (2), 41-46.
- McCubbin, M. A. (1995). The typology of adjustment and adaption: A family stress model. *Guidance & Counseling, 10* (4), 31-37.
- McNally, S. T., & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research, 46*, 309-314.
- Miranda-Casas, A., Luz, L., & Fernández, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad: Una guía práctica*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Moore, D. F., & Meadow-Orlans, K. P. (2002). *Educational and developmental aspects of deafness*. Washington: Gallaudet University Press.
- Nunes, M. (2005). Apoio social na diabetes. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu, 31*, 135-149.
- Oelofsen, N., & Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 31*, 1-12.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10: *Transtornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas e pautas para diagnóstico*. Madrid: Meditor.

- Ornelas, J. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2-3 (12), 333-339.
- Pacheco, J. E. P., & Jesus, S. N. (2002). Stress e *coping* nos estudantes do ensino básico. In I. Leal, I. P. Cabral, & J. Pais-Ribeiro (Eds.), *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 97-93). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Paixão, R., & Oliveira, R. A. (1996). Escala instrumental e expressiva do suporte social. *Psicológica*, 16, 83-89.
- Pereira, F. (1996). *As representações dos professores de educação especial e as necessidades das famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional da Reabilitação.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciência sociais: A complementaridade do SPSS*. (3ª ed.). Edições Sílabo: Lisboa.
- Phelan, T. W. (2005). *TDA/TDAH – Transtorno de deficit de atenção e hiperactividade*. S. Paulo: M. Books.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner, & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 434-451). New York: John Wiley & Sons.
- Ponte, A. C., & Ribeiro, J. L. P. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do mos social support survey. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Edts), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 53-56). Lisboa: ISPA.
- Ramalho, J. (2009). *Psicologia e psicopatologia da atenção*. Braga: Edições APPACDM.
- Reyes-Blanes, M. E., Correa, V., & Bailey, D. B. (1999). Perceived needs of an support for Puerto Rican mothers of young children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19, 54-63.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1999a). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Ribeiro, J. L. P. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rohde, L. A., Mattos, P., & cols. (2003). *Princípios e práticas em TDAH: Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Saloviita, T., Itälina, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 300-312.
- Santos, S. V. (1998). A família da criança com doença crónica: abordagem de algumas características. *Análise Psicológica, 1*, 65-75.
- Santos, S. V. (2002). Características do *stress* parental em mães de crianças com Síndrome Nefrótico. *Análise Psicológica, 20*, 233-241.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46* (5), 932-946.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., & Sarason, B. R. (1982). Assessing the impact of life changes. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 377-399). New York: Plenum Press.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44* (1), 127-139.
- Sarason, G.R., Sarason, B.R., & Pierce, G.R. (1990). *Social support: An international view*. New York: John Wiley & Sons.
- Savoia, M. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica, 26* (2), 57-67.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships, 8*, 99-127.
- Sell-Salazar, F. (2003). Síndrome de hiperactividad y déficit de atención. *Neurología, 37* (4), 353-358.
- Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica, 21*, 457-466.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G. C. – Gráfica de Coimbra.
- Shapiro, J., Blacher, J., & Lopez, S. R. (1998). Maternal reactions to children with mental retardation. In J.A., Burack, R.M., Hodapp, & E., Zigler (Eds.), *Handbook of mental retardation and development* (pp. 606-625). New York: Cambridge University Press.

- Silva, I. M. S. L. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Porto: Tese de Doutoramento apresentada a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da *Life Experiences Survey* (LES) à população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 49-60.
- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 269-278). New Jersey: Laurant Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13 (2) 381-388.
- Spratt, E. G., Saylor, C. F., & Macias, M. M. (2007). Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Families, Systems, & Health*, 25, 435-449.
- Taché, J., & Selye, H. (1976). On stress and coping mechanisms. In C. D. Spielberger, & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 3-24). USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology* (3ª ed.). Los Angeles: McGraw-Hill.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes where are we? What next? *Journal of Health and Social Behaviour* (extra issue), 53-79.
- Trivette, C. M., & Dunst, C. J. (1992). Characteristics and influences of rule division and social support among mothers of preschool children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 12, 367-385.
- Van-Wielink, G. (2005). *Déficit de atención con hiperactividad: Estrategias, habilidades, diagnóstico y tratamiento*. México: Editorial Trillas.
- Vaquerizo-Madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: Descripción clínica. *Neurología*, 40 (Supl 1), S25-S32.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Veciana, J. (2002). *Los trastornos de la atención y la hiperactividad: Diagnóstico y tratamiento neurofuncional y causal*. Barcelona: Ediciones Lebón.

- Villar, I. (1998). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Barcelona: Masson.
- Vitanza, S. A., & Guarnaccia, C. (1999). A model of psychological distress for mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 1 (8), 27-45.
- Wagner, A., & Fleck, A. C. (2003). A mulher como principal provedora do sustento econômico e familiar. *Psicologia em Estudo*, 8, 31-38.
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (2), 181-186.
- Walker, A. P. (2005). *Parenting stress: A comparison of mothers and fathers of disabled and non-disabled children*. Ann Arbor, Mich: UMI.
- Wender, P. H. (1995). *Attention-déficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Oxford University Press.
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T.A. Revenson, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). New Jersey: LEA.
- Woolfson, L., & Grant, E. (2006). Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Child: Care, Health & Development*, 32, 177-184.
- World Health Organization (1992). *ICD-10: Classification of mental and behavioural disorders. Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: W.H.O.