

## **SINAIS DE DESATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM UM GRUPO DE PAIS DE CRIANÇAS COM TDAH E SUA RELAÇÃO COM USO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS**

Isabela Horak Pasqualetto (IC) e Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro (Orientador)

**Apoio: PIBIC CNPq**

### **RESUMO**

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizando-se por prejuízos associados à desatenção, desorganização e/ou hiperatividade e impulsividade que afeta o funcionamento pessoal, social e acadêmico. Considerando que mães e/ou pais com sinais de TDAH podem não utilizar práticas parentais adequadas em relação a seus filhos com TDAH e que problemas de saúde mental junto a práticas parentais inadequadas são importantes preditores de dificuldades comportamentais para crianças com TDAH, este estudo investigou as práticas educativas parentais utilizadas por mães e/ou pais com sinais significativos de desatenção e hiperatividade em relação a seus filhos com TDAH. A amostra foi composta por 5 mães e 3 pais de crianças com diagnóstico de TDAH. Os pais passaram por uma avaliação com os instrumentos: Escalas Beck para ansiedade e depressão (BDI e BAI); "WHOQOL-bref" para avaliação da qualidade de vida; Inventário de Estilos Parentais (IEP); Inventário de Auto Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos (ASR/18-59); Escala de Prejuízos Funcionais (EPF-TDAH), Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção; Entrevista para Diagnóstico do TDAH em Adultos (DIVA). Os dados foram analisados por suas padronizações e descritos em termos de frequência. Verificou-se a presença de sinais de TDAH em 3 dos 8 pais, nos quais houve indicadores de estilos parentais com presença de risco. Estes resultados reforçam a importância de considerar os sintomas de desatenção e hiperatividade nos pais de crianças com TDAH, ao lado da prática educativa parental no tratamento dessas crianças, a fim de minimizar possíveis prejuízos no desenvolvimento seu cognitivo e comportamental.

**Palavras-chave:** TDAH; práticas parentais; Grupo de pais.

### **ABSTRACT**

ADHD is a neurodevelopmental disorder characterized by impairments associated with inattention, disorganization and/or hyperactivity and impulsivity that affect personal, social and academic functioning. Considering that mothers and/or fathers with ADHD signs may not use appropriate parenting practices for their children with ADHD and that mental health problems with inappropriate parenting practices are important predictors of behavioral difficulties for children with ADHD, this study investigated the parenting practices used by mothers and/or fathers with significant signs of inattention and hyperactivity in relation to their children with

ADHD. The sample consisted of 5 mothers and 3 fathers of children diagnosed with ADHD. The parents filled the instruments: Beck Anxiety and Depression Scales (BDI and BAI); "WHOQOL-bref" for quality of life assessment; Parenting Styles Inventory (IEP); Self-Assessment Inventory for Adults 18-59 (ASR / 18-59); Functional Impairment Scale (EPF-ADHD), Psychological Battery for Attention Assessment; Interview for ADHD Diagnosis in Adults (DIVA). Data were analyzed based in their standardization and described in terms of frequency. Signs of ADHD were found in 3 of the 8 parents, in which there were indicators of parenting styles with risk presence. These results reinforce the importance of considering the symptoms of inattention and hyperactivity in parents of children with ADHD, along with parental educational practice in the treatment of these children, in order to minimize possible impairment in their cognitive and behavioral development.

**Keywords:** ADHD; parenting practices; Group of parents.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. PROBLEMA DE PESQUISA

O problema de pesquisa do presente estudo configura-se na relação bidirecional entre sintomas de desatenção e hiperatividade e o uso de práticas educativas parentais em pais de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH. Considerando que mães e/ou pais com maior frequência de sinais de TDAH podem utilizar práticas parentais mais negativas em relação a seus filhos com TDAH do que aqueles sem sintomas de TDAH. Outros dados da literatura têm demonstrado maior incidência de problemas de saúde mental ao lado de práticas parentais inadequadas, que são importantes preditores de dificuldades comportamentais em longo prazo para crianças com TDAH. Desse modo, este estudo investiga as práticas educativas parentais mais frequentemente utilizadas por mães e/ou pais com sinais significativos de desatenção e hiperatividade em relação a seus filhos com TDAH.

De acordo, com o estudo de Chronis-Tuscano e colaboradores (2011) teve como objetivo verificar a relação entre os sintomas maternos de TDAH e o resultado das crianças, após a realização do programa de treino comportamental para pais de crianças com TDAH. Para isso, levantaram duas hipóteses (1) os sintomas maternos de TDAH seriam associados a melhoria atenuada no comportamento da criança após o treinamento com as mães; (2) a ligação entre sintomas maternos de TDAH e uma incapacidade de mostrar as melhorias esperadas nas práticas educativas parentais, explicariam, pelo menos, parcialmente, a relação entre os sintomas maternos de TDAH e melhorias limitadas no comportamento disruptivo das crianças após o treinamento comportamental com as mães. Os achados mostraram que as mães com níveis mais altos de sintomas de TDAH relatam menos melhora no comportamento disruptivo da criança após o treino comportamental em práticas educativas parental. Por fim, foi visto ainda, que a relação entre o TDAH materno e o resultado no comportamento das crianças é mediado pela redução da prática educativa negativa. (CHRONIS-TUSCANO, O'BRIEN, JOHNSTON, JONES, CLARKE, RAGGI, ROONEY, DIAZ, PIAN, SEYMOUR, 2011). Portanto, estes resultados reforçam a importância de considerar os sintomas de desatenção e hiperatividade nos pais de crianças com TDAH, ao lado da prática educativa parental no tratamento dessas crianças, a fim de minimizar possíveis prejuízos no desenvolvimento cognitivo e comportamental delas.

A partir do estudo apresentado, justifica-se a relevância social e científica da presente pesquisa. Sendo assim, esse estudo se propõe a estudar as seguintes questões: (1) os sintomas de TDAH nas mães e/ou pais de crianças com TDAH estão atrelados a que tipo de

práticas educativas parentais? Mais negativas ou mais positivas? (2) As mães e/ou pais de crianças com TDAH tem sintomas elevados de TDAH e piores indicadores de saúde mental e de qualidade de vida?

## 1.2. JUSTIFICATIVA

Prejuízos associados ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) podem persistir por toda a vida. Compreender os prejuízos relacionados ao TDAH no domínio dos pais é fundamental, uma vez que os sintomas de TDAH dos pais podem influenciar o estilo de práticas educativas parentais que eles exercem, bem como, a manutenção do comportamento inadequado das crianças. Estudo de Park, Hudec, Johnston (2017) sintetiza quantitativamente evidências sobre as associações entre os sintomas de TDAH dos pais e os comportamentos parentais. A metanálise identificou que os sintomas de TDAH parental representaram 2,9%, 3,2% e 0,5% da variância de parentalidade dura, negligente e positiva, respectivamente. Os sintomas de TDAH nos pais foram associados a monitoria negativa, pais mais rigorosos e menos positivos. O resultado também sugere mais semelhanças do que diferenças nas associações entre os comportamentos parentais e as duas dimensões dos sintomas de desatenção e hiperatividade / impulsividade.

Starck, Grünwald, Schlarb (2016) examinou a frequência do TDAH parental em uma amostra clínica de crianças alemãs que possuem diagnóstico de TDAH. Foi visto que a ocorrência de TDAH nas mães de crianças com TDAH foi de 41,3%, para os pais 51%. Cerca de 16% das mães apresentavam o subtipo combinado, 9,3% predominantemente hiperativo-impulsivo e 16% predominantemente desatento. Dos pais, 18,4% combinado, 10,2% hiperativo-impulsivo e 22,4% desatento; 61% das mães e 46,9% dos pais apresentaram baixa gravidade dos sintomas. A gravidade dos sintomas médios foi relatada por 37,7% das mães e 46,9% dos pais, enquanto 1,3% das mães e 6,2% dos pais apresentaram sintomas graves. Um dos aspectos observados foi que quase metade dos pais tinha diagnóstico de TDAH, esses resultados são preocupantes em famílias com crianças com TDAH. Visto que, além das interações entre pais e filhos, os sintomas de TDAH dos pais podem influenciar o estilo de educação dos pais e afetar o treinamento dos pais, bem como, o resultado da condução das intervenções neuropsicológica da criança.

Neste caso a investigação dos sinais de TDAH dos pais de crianças com TDAH, tal como suas práticas parentais, torna-se fundamental para futuras intervenções e ajustes no planejamento do tratamento para os sintomas das crianças e também de seus pais (PARK, HUDEC, JOHNSTON, 2017; STARCK, GRÜNWARD, SCHLARB, 2016).

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo Geral**

Identificar e analisar sinais de desatenção e hiperatividade em um grupo de pais de crianças com TDAH e descrever sua relação com uso de práticas educativas parentais.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1. Descrever os sinais de desatenção e hiperatividade em pais de crianças com diagnóstico de TDAH e sua correlação com indicadores de saúde mental (sintomas de estresse, ansiedade e depressão e qualidade de vida).
2. Descrever a relação entre o uso de diferentes práticas educativas parentais e sua relação com e prejuízos funcionais em pais de crianças com diagnóstico de TDAH.
3. Verificar os prejuízos funcionais dos pais com sintomas de TDAH.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é caracterizado como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento da criança e do adolescente. Os sinais de desatenção e hiperatividade/Impulsividade devem persistir por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento comparado a outras da mesma faixa etária e ter indicadores de prejuízo diretamente nas atividades sociais, acadêmicas e/ou profissionais. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Embora o DSM-5 apontar que o transtorno causa prejuízos significativos na vida das pessoas desde a infância até a vida adulta, encontra-se poucos estudos com adultos no qual foram diagnosticados com TDAH. Existem inúmeras pesquisas publicadas sobre o transtorno, porém, a maior parte da literatura, tem como foco o diagnóstico e intervenção com crianças (TEIXEIRA, MARINO, CARREIRO, 2015; BENCZIK, CASELLA, 2015; CARREIRO et al., 2014; CARVALHO et al., 2012; BARKLEY, 1998).

Estudos recentes apontam que há poucos trabalhos que investigam sintomas de desatenção e hiperatividade em pais e/ou mães de crianças e/ou adolescentes com

diagnóstico de TDAH (PARK, HUDEC, JOHNSTON, 2017; STARCK, GRÜNWARD, SCHLARB, 2016; CHRONIS-TUSCANO et al.,2011).

Os achados de Starck, Grünwald, Schlarb (2016) indicaram que cerca de 40% das crianças com TDAH podem ter ao menos um dos pais com sintomas clínicos de TDAH. Ainda, segundo os mesmos autores, o TDAH em pais pode não apenas afetar o funcionamento familiar, mas também o tratamento e os resultados da terapia infantil ou o treinamento de práticas parentais. Vários estudos indicam que o treinamento dos pais para crianças com TDAH é menos eficaz quando os responsáveis possuem também o mesmo transtorno. O resultado do trabalho descreve que o treinamento com os pais mostrou-se eficaz na mudança de comportamento em crianças com TDAH para mães com baixos e médios sintomas de TDAH, mas não para as mães que apresentam elevados sintomas de TDAH. As mães com maior frequência de sinais de TDAH perceberam menos mudanças no comportamento disruptivos de seus filhos com TDAH, após o treinamento em práticas educativas com os pais.

A metanálise de Park, Hudec, Johnston (2017) investigou 32 artigos que evidenciaram associações entre os sintomas de TDAH dos pais e suas práticas educativas parentais, no qual observaram que 3,2% dos pais emitiam monitoria negativa. Ou seja, a pesquisa indicou que pais com sintomas de TDAH emitem práticas parentais severas e negligentes na educação de seus filhos com TDAH, bem como, práticas parentais positivas também foram encontradas, no entanto, o estudo pontuou que somente 0,5% dos pais emitiram práticas positivas quando associados a sintomas de TDAH (PARK, HUDEC, JOHNSTON, 2017).

De acordo com a pesquisa de Chronis-Tuscano e colaboradores (2011), mães com níveis mais elevados de sintomas de TDAH relataram menos melhora no comportamento inadequado da criança com TDAH, após o treino comportamental em práticas educativas parental. Ademais, foi visto ainda que, a relação entre o TDAH materno e o resultado no comportamento das crianças é mediado pela redução da prática educativa negativa. Com isso, neste mesmo estudo, mostra-se que mães com significativos sintomas de TDAH tem mais dificuldade em inibir as reações negativas ao comportamento infantil do filho.

Starck, Grünwald, Schlarb (2016), encontraram que entre 41% a 55% das famílias com pelo menos um filho com TDAH, no mínimo, um dos pais também é afetado. Baseado em alta herdabilidade e cronificação, o distúrbio frequentemente atinge crianças e seus pais. Pais com TDAH interferem de modo significativo no funcionamento familiar, na parentalidade positiva e qualidade de vida das crianças e da família. A desatenção e a impulsividade são especialmente sugeridas como fator que contribui para a maior frequência de práticas educativas parentais negativas. Dados da literatura, como apresentado anteriormente, indicam que pais que tem diagnóstico de TDAH, muitas vezes, demonstram pouca participação e

envolvimento na vida dos filhos. Isso quando mediado a uma associação positiva entre sintomas de TDAH nos pais e disciplina inconsistente.

Babinski e colaboradores (2015), realizaram um estudo, com pais que tinham filhos com TDAH, que participaram de um grupo de Treino Comportamental Parental (*Behavioral parent training* - BPT), o qual envolvia ensinar estratégias de modificação de comportamento, incluindo reforçamento por meio de elogios e atenção positiva e a diminuição dos comportamentos negativos incluindo técnicas como ignorar e *time-out*. Ressalta-se, que esses pais pontuaram um número significativo de sintomas de TDAH em sua autoavaliação. A partir dessa pesquisa, obteve-se como resultado que pais com alta frequência de sintomas de TDAH comparados com pais que tem níveis mais baixos de TDAH apresentaram, durante o treinamento, comportamentos de violação de regras.

Portanto, estes resultados reforçam a importância de se considerar a família no tratamento de crianças com TDAH, bem como, na prevenção do agravamento dos sintomas de ansiedade e estresses nos pais e nas crianças, contribuindo assim, para uma relação saudável entre pais e filhos. Este projeto se assenta em uma das linhas de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (PPG-DD) da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), e está associado a uma tese de doutorado, desenvolvida nesse programa, que tem como foco identificar padrões cognitivos e comportamentais de crianças e adolescentes com queixa de TDAH e estudar os efeitos de uma intervenção parental de práticas educativas sobre dificuldades cognitivas e comportamentais de crianças com TDAH sobre repercussões escolares e familiares.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Participantes**

Após submissão e aprovação do projeto pelo comitê de ética processo CEP/UPM nº 2.301.33 e CAAE nº 70526317.9.0000.0084), os participantes foram selecionados por meio do protocolo de Intervenção em Práticas Educativas Parentais para pais de crianças com diagnóstico de TDAH do PPG-DD e dos projetos vinculados ao “Grupo de Estudos em Psicodiagnóstico e Intervenção em Distúrbios do Desenvolvimento (GEPID)” e ao “Grupo Processos Atencionais e Desenvolvimento Humano”, ambos cadastrados no CNPq. Tal projeto mais amplo chamado “Correlações entre avaliações neuropsicológica, comportamental e clínica e testes computadorizados de atenção para rastreamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e adolescentes” constitui-se

de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixa de TDAH (CARREIRO et al., 2014).

A amostra foi composta por 5 mães e 3 pais de crianças com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade. Eles foram convidados a participar do projeto e como critério de inclusão: ter filho com diagnóstico de TDAH e como critério de exclusão: Transtornos psiquiátricos graves ou atraso cognitivo, que prejudique a compreensão das instruções. Os pais receberam o convite por telefone, passaram por uma avaliação com os instrumentos: Roteiro de Entrevista (Anamnese); Escalas Beck (Inventário de Depressão Beck - BDI e Inventário de Ansiedade - BAI): (CUNHA, 2001); Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" (FLECK et al., 2000); Inventário de Estilos Parentais - IEP: (GOMIDE, 2006); Inventário de Auto Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos – (ASR/18-59) Adult Self-Report Form for Ages 18-59: (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001); Escala de Prejuízos Funcionais (EPF-TDAH) (OLIVEIRA & NASCIMENTO, ANO 2016); Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA) (RUEDA, 2013); Entrevista para Diagnóstico do TDAH em Adultos (DIVA) (KOOIJ, FRANCKEN, 2010). A Tabela 1 apresenta a caracterização do grupo de pais de acordo com a idade, sexo, nível de escolaridade, tipo de ocupação e estado civil.

**Tabela 1.** Descrição dos pais em função da idade, sexo, escolaridade, ocupação e estado civil.

Pais	Idade	Sexo	Escolaridade	Ocupação	Estado Civil
*Part.1	36	F	Superior Completo	Secretária	Casada
*Part.2	41	F	2ºGrau Completo	Do Lar	Casada
*Part.3	51	M	Superior Incompleto	Técnico de TI	Casado
*Part.4	34	M	Superior Completo	Professor Geografia	Casado
Part.5	44	F	Pós-Graduada	Auxiliar de Biblioteca	Separada
*Part.6	35	F	Superior Completo	Professora	Casada
*Part.7	32	M	Superior Completo	Músico	Casado
Part.8	36	F	Superior Incompleto	Assistente Jurídico	Casada

**Legenda:** \*(Part.1 e Part.7 casados); \* (Part.2 e Part.3 casados); \*(Part.4 e Part.6 casados); M (Masculino); F (Feminino).

### 3.2. Instrumentos

**1. Roteiro de Anamnese:** Teve como objetivo adquirir informações sobre problemas de comportamentos dos pais de crianças com TDAH.

**2. Escalas Beck (Inventário de Depressão Beck - BDI e Inventário de Ansiedade - BAI):** É uma escala sintomática de depressão, utilizado na área clínica, participantes de pesquisa, pacientes psiquiátricos e população geral. É uma escala de auto relato, contém 21 itens, cada um com quatro alternativas, que refletem níveis crescentes de gravidade da depressão. O BAI é uma escala de auto relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. São 21 itens, que o sujeito avalia com referência a si mesmo. Pontua quatro graus de severidade; absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente. (CUNHA, 2001).

**3. Inventário de Auto Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos – (ASR/18-59) Adult Self Report Form for Ages 18-59:** Inventário para adultos, permite gerar três tipos de perfis: (a) Perfil que contém a escala de funcionamento adaptativo em relação às áreas educação, trabalho, amigos família e companheiro; (b) Perfil das escalas orientadas pelo DSM-IV, composto por problemas depressivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas de déficit de atenção com hiperatividade, problemas de personalidade antissocial, transtornos de comportamento e problemas de personalidade evitativa; (c) Perfil da escala das síndromes que incluiu ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento de quebrar regras, comportamento agressivo e intrusivo; será analisado também o Perfil dos problemas de Internalização (soma dos problemas: ansiedade/depressão; isolamento/depressão e queixas somáticas, incluídos no perfil das síndromes), Externalização (soma dos problemas comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo que estão incluídos, também, no perfil das síndromes), problemas totais (soma de todas as escalas) e uso de substâncias. (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001).

**4. Inventário de Estilos Parentais - IEP:** É composto por 42 questões que correspondem às sete práticas educativas, sendo duas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e cinco práticas educativas negativas (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico) (GOMIDE, 2006). Será utilizada para a medida da eficácia da intervenção: descrever se houve mudança nas práticas parentais (GOMIDE, 2006).

**5. Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”:** É um Inventário dividido em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Constam 26 questões, sendo duas perguntas gerais sobre qualidade de vida e as outras representando as 24 facetas do Whoqol-100, que foi desenvolvido a partir de uma abordagem transcultural, tendendo refletir a percepção que a pessoa avaliada tem de seu contexto cultural, social e do meio ambiente. (FLECK et al., 2000). Esse instrumento é padronizado e de uso exclusivo do psicólogo. Há dados normativos para a população brasileira (CRUZ et al., 2011).

**6. Escala de Prejuízos Funcionais (EPF-TDAH):** Este instrumento desenvolvido por Oliveira e Nascimento (2016) é aplicável à faixa etária de 18 e 76 anos tem o objetivo de verificar prejuízos funcionais associados ao TDAH em adultos, explorando nove áreas da vida: acadêmica, profissional, social, afetivo-sexual, doméstica, financeira, saúde, trânsito e risco legal. Os prejuízos são classificados pelo grau de dificuldade do examinando relacionados ao desenvolvimento e suas repercussões. Em aplicação individual ou coletiva, 66 itens devem ser respondidos buscando descrever grau (leve, moderado ou severo) da dificuldade e frequência desta nos últimos anos.

**7. Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA):** Esta bateria avalia atenção concentrada (AC), atenção dividida (AD) e atenção alternada (AA), através da variação do número de estímulos, tempo de resposta e sustentação da atenção. Aplicável em pessoas de 6 a 82 anos, verifica também capacidade geral de atenção conforme estudo de Rueda e Monteiro (2013). Durante a aplicação do teste para atenção concentrada é solicitado rastreamento de apenas um estímulo em meio a outros distratores. A atenção dividida é avaliada através de procura simultânea de dois ou mais estímulos entre vários distratores, cada um deles posicionado aleatoriamente. O teste de atenção alternada verifica a capacidade de selecionar um estímulo específico entre outros, sendo que ele muda a cada novo conjunto de dados posicionados em linha. Nos três testes há limite de tempo para execução.

**8. Entrevista para Diagnóstico do TDAH em Adultos (DIVA) (KOOIJ, FRANCKEN, 2010):** Instrumento apresentado em estudo de Ramos-Quiroga e colaboradores (2016) como entrevista diagnóstica para TDAH baseada no DSM-IV, tem o objetivo de obter informações sobre características, sintomas e deficiências durante a vida. Esta escala de autorrelato é composta por três partes. A parte 1 explora os sintomas de déficit de atenção, a parte 2 explora sintomas de hiperatividade/impulsividade, a parte 3 explora os prejuízos devido aos sintomas. Cada setor coleta informações sobre infância e idade adulta, oferecendo resumo separado

dos itens em cada fase. Ao final indica se há sinais da presença do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e identificação do subtipo. A participação de um segundo informante é prevista e recomendada, mas não obrigatória.

### **3.3. Procedimentos da Pesquisa**

O trabalho foi desenvolvido em quatro etapas: (1) Seleção dos participantes pelo banco de dados de pesquisa da UPM; (2) Convite, por telefone, para os pais e preparação dos kits; (3) Avaliação; (4) Devolutiva.

**ETAPA 1.** Os participantes foram selecionados a partir do banco de dados do grupo de pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) do protocolo de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixa de TDAH, conforme visto no trabalho de Carreiro et al. (2014).

**ETAPA 2.** Após a listagem pronta com os nomes dos participantes selecionados conforme o critério de inclusão e exclusão, foi realizado o convite por telefone e todas as explicações forma pontuadas sobre a proposta do projeto. Foi realizado também, a preparação do kit dos instrumentos selecionados para a coleta.

**ETAPA 3.** A coleta foi realizada na Clínica Escola da UPM em salas reservadas para avaliação neuropsicológicas, comportamental e clínica. As avaliações com os pais e/ou mães foram realizadas em sala individuais, por um período de 120 minutos cada encontro, após assinatura do termo de consentimento.

**ETAPA 4.** Ao final da avaliação e correções dos instrumentos, foi elaborado um relatório de participação para cada um, apresentando os resultados coletados de cada participante do projeto. A devolutiva foi realizada individualmente na clínica escola da UPM.

### **3.4. Análise dos Dados**

Os dados obtidos a partir dos instrumentos de avaliação foram analisados de modo quantitativo, de acordo com seus manuais e comparados com a sua amostra de padronização. Além disso, as avaliações realizadas foram comparadas de modo quantitativo e qualitativo através da categorização das respostas e resultados. Foram feitas análises descritivas em função da presença de sinais de TDAH nos pais e sua relação com os estilos parentais e

qualidade de vida. As análises dos dados serão realizadas no programa estatístico Statistical Package for Social. Sciences – SPSS, versão 20.0.

#### 4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Através da aplicação dos instrumentos Inventário de Auto Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos – (ASR/18-59) e Entrevista para Diagnóstico do TDAH em Adultos (DIVA), pode-se identificar os sinais e sintomas de TDAH em duas mães e um pai. Conforme mostra a tabela 2, referente aos resultados do ASR/18-59, a participante 1 e a participante 3 apresentaram escore clínico tanto em Problema de Atenção (70-C, igualmente para ambas) quanto em Problema de TDAH (66-C e 73-C, sucessivamente). Já na tabela 3, verifica-se que o participante 7, mediante a aplicação do DIVA, de acordo com os critérios do DSM IV e DSM V, apresenta sinais referentes ao subtipo de TDAH predominantemente desatento. Dessa forma, 37,5% da amostra possui sinais referentes ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

**Tabela 2.** Resultados do Inventário de Auto Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos – (ASR/18-59).

ASR	Problema de Atenção			Problema de TDAH		
	pontuação total	Escore	percentil	pontuação total	escore	percentil
Part. 1	16	70-C	>97	11	66-C	95
Part. 2	2	50	<=50	1	50	<=50
Part. 3	14	70-C	>97	15	73-C	>97
Part. 4	4	52	58	3	51	54
Part. 5	3	51	54	2	50	<=50
Part. 6	7	56	73	8	57	76
Part. 7	14	64	92	9	60	84
Part. 8	12	65-B	93	9	62	89

**Tabela 3.** Resultados da Entrevista para Diagnóstico do TDAH em Adultos (DIVA).

DIVA	Diagnóstico DSM IV/ Subtipo	
	DSM IV	DSM 5
Part. 1	Não	Não
Part. 2	Não	Não
Part. 3	Não	Não
Part. 4	Não	Não
Part. 5	Não	Não
Part. 6	Não	Não
Part. 7	Sim. Subtipo desatento	Sim. Subtipo desatento
Part. 8	Não	Não

Na tabela 4, observam-se os resultados obtidos a partir do Inventário de Estilos Parentais – IEP. Mediante aos participantes que apresentam sinais e sintomas de TDAH, apenas a participante 1 apresentou um estilo parental de risco, de acordo com a interpretação do IEP- Total, acompanhado de uma monitoria negativa de risco. Assim, significando 12,5% da amostra total possui uma prática educativa parental considerada de risco. Já a monitoria positiva dentre os pais que apresentam sinais de TDAH é de 66,6%.

**Tabela 4.** Resultados do Inventário de Estilos Parentais - IEP

		Part.1	Part. 2	Part. 3	Part. 4	Part. 5	Part. 6	Part. 7	Part. 8
<b>Monitoria Positiva</b>	<b>Escore</b>	12	6	8	10	12	12	10	10
	<b>Perc.</b>	99	5	25	65	99	99	65	55
	<b>Interp.</b>	Ótimo	Risco	Risco	Bom	Ótimo	Ótimo	Bom	Regular
<b>Compto Moral</b>	<b>Escore</b>	10	10	10	8	12	10	12	10
	<b>Perc.</b>	65	65	65	45	99	65	99	65
	<b>Interp.</b>	Bom	Bom	Bom	Regular	Ótimo	Bom	Ótimo	Bom
<b>Punição Inconsistente</b>	<b>Escore</b>	6	2	4	2	0	0	4	2
	<b>Perc.</b>	15	80	45	70	99	99	40	80
	<b>Interp.</b>	Risco	Ótimo	Regular	Bom	Ótimo	Ótimo	Regular	Ótimo
<b>Negligência</b>	<b>Escore</b>	4	2	4	1	0	3	4	0
	<b>Perc.</b>	20	55	20	85	99	35	30	99
	<b>Interp.</b>	Risco	Bom	Risco	Ótimo	Ótimo	Regular	Regular	Ótimo
<b>Disciplina Relaxada</b>	<b>Escore</b>	2	5	0	1	0	2	3	1
	<b>Perc.</b>	75	20	99	80	99	75	50	85
	<b>Interp.</b>	Bom	Risco	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Bom	Regular	Ótimo
<b>Monitoria Negativa</b>	<b>Escore</b>	8	5	3	8	5	4	5	5
	<b>Perc.</b>	15	65	90	10	65	80	45	65
	<b>Interp.</b>	Risco	Bom	Ótimo	Risco	Bom	Ótimo	Regular	Bom
<b>Abuso Físico</b>	<b>Escore</b>	4	1	1	3	0	0	0	1
	<b>Perc.</b>	10	45	45	15	99	99	99	45
	<b>Interp.</b>	Risco	Regular	Regular	Risco	Ótimo	Ótimo	Ótimo	Regular
<b>IEP – Total</b>	<b>Escore</b>	-2	1	6	3	19	13	6	11
	<b>Perc.</b>	25	35	60	45	99	90	60	80
	<b>Interp.</b>	Risco	Regular	Bom	Regular	Ótimo	Ótimo	Bom	Ótimo

Mediante a aplicação do EPF-TDAH, 2 participantes apresentaram prejuízos funcionais associados ao TDAH, participante 1 e participante 7, ambos os participantes de pesquisa apresentam sinais condizentes ao quadro de TDAH. Vide que a primeira apresenta o total de 3 áreas impactadas, segundo o DSM V e o sétimo participante apresenta apenas uma área, também segundo DSM 5. Com isso, 66,6% da amostra de pais sinais compatíveis com o quadro de TDAH possuem um prejuízo funcional associado ao transtorno.

Tabela 5. Resultados da Escala de Prejuízos Funcionais (EPF-TDAH).

	Escore	Part. 1	Part. 2	Part. 3	Part. 4	Part. 5	Part. 6	Part. 7	Part. 8
Área Acadêmica	Bruto	11	2	6	7	0	3	16	2
	Médio	1,37	0,25	0,75	0,87	0	0,35	2	0,25
	Total	56	999	999	48	33	37	67	999
	Interp.	Sem prejuízo	Leve	Sem prejuízo					
Área Profissional	Bruto	13	1	9	6	3	7	11	2
	Médio	1,3	0,1	0,9	0,6	0,3	0,7	1,1	0,2
	Total	61	37	53	47	41	49	57	39
	Interp.	Leve	Sem Prejuízo						
Área Afetivo-sexual	Bruto	24	1	7	7	1	8	13	10
	Médio	3	0,125	0,875	0,87	0,125	1	1,625	1,25
	Total	76	36	46	46	36	48	57	999
	Interp.	Moderado	Sem Prejuízo						
Área Doméstica	Bruto	15	1	1	5	1	5	10	4
	Médio	2,14	0,142	0,142	0,714	0,142	0,714	1,428	0,57
	Total	72	36	36	46	36	46	59	43
	Interp.	Moderado	Sem Prejuízo						
Área Social	Bruto	22	0	6	8	2	8	11	6
	Médio	2,4	0	0,66	0,88	0,222	0,88	1,222	0,66
	Total	77	34	46	50	38	50	55	46
	Interp.	Moderado	Sem Prejuízo						
Área Financeira	Bruto	21	1	7	6	3	8	11	3
	Médio	3	0,142	1	0,85	0,428	1,14	1,571	0,42
	Total	83	41	54	999	45	56	62	45
	Interp.	Severo	Sem Prejuízo	Leve	Sem Prejuízo				
Área Saúde	Bruto	17	2	7	9	4	12	10	8
	Médio	2,83	0,333	1,666	1,5	0,666	2	1,666	1,33
	Total	75	37	49	54	999	62	57	52
	Interp.	Moderado	Sem Prejuízo						
Área Trânsito	Bruto	6	4	3	4	0	2	9	1
	Médio	1	0,666	0,5	0,66	0	0,33	1,5	0,166
	Total	65	999	54	58	43	50	76	46
	Interp.	Leve	Sem Prejuízo	Moderado	Sem Prejuízo				
Área Risco legal	Bruto	2	0	0	1	0	0	1	0
	Médio	0,4	0	0	0,2	0	0	0,2	0
	Total	82	48	48	65	48	48	65	48
	Interp.	Severo	Sem Prejuízo	Sem Prejuízo	Leve	Sem Prejuízo	Sem Prejuízo	Moderado	Sem Prejuízo
Áreas Impactadas		4	0	0	0	0	0	2	0

<b>Áreas Impactadas DSM 5</b>	3	0	0	0	0	0	1	0
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

Os três participantes da amostra que possuem sinais referentes ao quadro de TDAH apresentaram algum grau de impacto dentro da Escala Beck (Tabela 6). A participante 1 apontou um grau grave de sintomas de Ansiedade (BAI) e um grau moderado para sintomas de Depressão (BDI). E ambos os participantes 3 e 7 expressou um grau leve de sintomas de Depressão (BDI). Referente ao Whoqol (Tabela 6), foram observados alguns indicadores mais baixos dos pais identificados com sinais clínicos de TDAH.

**Tabela 6.** Resultados referentes a Escalas Beck (Inventário de Depressão Beck - BDI e Inventário de Ansiedade - BAI) e Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”

		Part.1	Part. 2	Part. 3	Part. 4	Part. 5	Part. 6	Part. 7	Part. 8
<b>BAI</b>	<b>Escore</b>	37	8	4	3	1	2	7	12
	<b>Classif.</b>	Grave	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Leve
<b>BDI</b>	<b>Escore</b>	30	3	17	2	3	11	13	16
	<b>Classif.</b>	Moderada	Mínimo	Leve	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Leve	Leve
<b>Whoqol</b>	<b>Físico</b>	6,9	14,9	14,9	16,6	16,0	15,4	13,1	12,6
	<b>Psicológico</b>	6,7	15,3	14,0	12,7	17,3	15,3	12,0	12,0
	<b>Relações Sociais</b>	14,7	16,0	12,0	16,0	16,0	17,3	9,3	10,7
	<b>Meio Ambiente</b>	12,0	12,0	8,0	13,0	12,0	12,5	10,5	12,0
	<b>Auto-Avaliação</b>	6,0	14,0	12,0	14,0	16,0	10,0	8,0	10,0
	<b>TOTAL</b>	9,2	14,2	12,0	14,3	15,1	14,3	11,2	11,8

Dentre os participantes da amostra que apresentaram sinais de TDAH, todos eles pontuaram uma atenção geral de classificação superior no teste BPA (Tabela 7). Tal relação que pode ser explicada pelo ambiente controlado que a aplicação desse instrumento favorece, com isso, reduzindo os distratores ao redor do sujeito. E assim, tornando-se um ambiente menos complexo para aqueles que apresentam sinais de TDAH, desse modo, favorecendo uma melhor performance, mas que não se expressa de maneira funcional nas atividades diárias, daí seu autor relato com indicadores de TDAH no Diva e ASR.

**Tabela 7.** Resultados referentes a Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA)

		Part.1	Part. 2	Part. 3	Part. 4	Part. 5	Part. 6	Part. 7	Part. 8
<b>Atenção Concentrada</b>	<b>Acertos</b>	114	119	114	117	69	103	120	91
	<b>Erros</b>	0	0	0	0	1	0	0	0
	<b>Omissões</b>	6	1	6	3	1	0	0	29
	<b>Bruto</b>	114	119	114	117	68	103	120	91
	<b>Classif.</b>	Superior	Superior	Superior	Superior	Inferior	Médio Superior	Superior	Médio
<b>Atenção Dividida</b>	<b>Acertos</b>	106	55	74	116	57	55	95	84
	<b>Erros</b>	0	0	7	3	0	0	0	3
	<b>Omissões</b>	14	20	9	4	6	7	16	1
	<b>Bruto</b>	106	55	67	113	57	55	95	83
	<b>Classif.</b>	Superior	Médio Inferior	Médio	Superior	Médio Inferior	Médio Inferior	Superior	Médio Superior
<b>Atenção Alternada</b>	<b>Acertos</b>	107	58	114	118	72	84	119	94
	<b>Erros</b>	0	3	2	0	0	1	0	0
	<b>Omissões</b>	1	5	0	1	3	0	1	2
	<b>Bruto</b>	107	55	112	118	72	83	119	94
	<b>Classif.</b>	Superior	Inferior	Superior	Superior	Médio Inferior	Médio Inferior	Superior	Médio Superior
<b>Atenção Geral</b>	<b>Bruto</b>	327	227	293	348	197	241	334	266
	<b>Classif.</b>	Superior	Médio Inferior	Superior	Superior	Médio Inferior	Médio Inferior	Superior	Superior

Pode-se verificar que esse estudo apresenta resultados condizentes com a literatura atual. Visto que, 37,5% dos pais da amostra de pesquisa apresentaram sinais e sintomas de TDAH e segundo os achados de Starck, Grünwald, Schlarb (2016) indicaram que cerca de 40% das crianças com TDAH podem ter ao menos um dos pais com sintomas clínicos do transtorno, baseando-se em alta herdabilidade e cronificação. Com isso, o distúrbio, atinge, frequentemente, as crianças e seus pais.

Mediante a metanálise de Park, Hudec, Johnston (2017) evidenciaram associações entre os sintomas de TDAH dos pais e suas práticas educativas parentais, no qual observaram que 3,2% dos pais emitiam monitoria negativa. Já nesse presente estudo pode-se observar que a monitoria negativa de risco emitida entre os pais com sinais de TDAH é de 33,3%.

E com relação as práticas parentais positivas o estudo pontuou que somente 0,5% dos pais emitiram práticas positivas quando associados a sintomas de TDAH (PARK, HUDEC, JOHNSTON, 2017). Quando comparando esse presente estudo com os achados de Park, Hudec, Johnston (2017) referente a monitoria positiva são discrepantes, visto que os pais que apresentam sinais de TDAH, 66,6% apresentaram monitoria positiva e não 0,5%, como o estudo anterior.

Ademais, esta pesquisa mostrou que todos os pais com sinais de TDAH apresentaram algum grau de impacto na escala Beck. Dado que, aproximadamente 75% dos adultos com TDAH apresentam ao menos um diagnóstico comórbido, sendo que a média é de três comorbidades (CUMYN, FRENCH, HECHTMAN, 2009).

Segundo Kooij e colaboradores (2010), os diagnósticos comórbidos mais comuns são os transtornos de humor e os transtornos de ansiedade, sendo frequente também outros transtornos do neurodesenvolvimento - como dislexia -, transtornos relacionados a substância e alterações do sono.

De acordo com a literatura, devido ao comprometimento em múltiplas esferas de suas vidas, os adultos com TDAH tendem a apresentar baixa autoestima crônica e frequentemente desenvolvem quadros depressivos e ansiosos.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Verificou-se a presença de sinais de TDAH em 3 dos 8 pais, nos quais houve indicadores de estilos parentais com presença de risco. Estes resultados reforçam a importância de considerar os sintomas de desatenção e hiperatividade nos pais de crianças com TDAH, ao lado da prática educativa parental no tratamento dessas crianças, a fim de minimizar possíveis prejuízos no desenvolvimento seu cognitivo e comportamental.

Estudos recentes apontam que há poucos trabalhos que investigam sintomas de desatenção e hiperatividade em pais e/ou mães de crianças e/ou adolescentes com diagnóstico de TDAH (PARK, HUDEC, JOHNSTON, 2017; STARCK, GRÜNWALD, SCHLARB, 2016; CHRONIS-TUSCANO et al., 2011). Com isso, esse estudo piloto mostra-se de alta relevância afim de para contribuir com esse cenário científico que ainda é escasso. Entretanto, há a necessidade de uma amostra mais ampla com o intuito de buscar por análises estatísticas mais robustas que mostrem correlações entre os sinais de desatenção dos pais, seus estilos parentais e a expressão de dificuldades cognitivas e comportamentais nos filhos.

## 6. REFERÊNCIAS

- ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L. A., **Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles**. Burlington, V.T: University of Vermont, Department of Psychiatry, 2001.
- ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Mental Health Practitioners Guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)** (4ed). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2004.
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Maria Inês Correia Nascimento e cols. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BABINSKI, D. E. et al. **Behavioral Observations of Parents with ADHD during Parent Training**. Journal of Attention Disorders, p. 1-8, 13 abr. 2015.
- BARKLEY, R. A. **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**. Em E. J. Mash & R. A. Barkley (Orgs.), **Treatment of childhood disorders**. (vol. 2, pp. 55-110) New York: Guilford, 1998.
- BENCZIK, E.B.P., CASELLA, E.B. **Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção**. Rev. Psicopedagogia, v.32, n.97, pp. 93-103, 2015.
- BELLÉ, A. H. et al. **Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 22, n. 3, p. 317-325, 2009.
- CARREIRO, L.R.R.; SCHWARTZMAN, J.S.; CANTIERE, C.N.; RIBEIRO, A.F.; SILVA, N.A.; MARTIN, M.A.F.; CHIQUETTO, C.M.; BARALDI, G.S.; MARIANI, M.M.C.; SERACENI, M.F.F.; TEIXEIRA, M.C.T.V. **Protocolo Interdisciplinar de Avaliação Neuropsicológica, Comportamental e Clínica para Crianças e Adolescentes com Queixas de Desatenção e Hiperatividade**. Psicologia: Teoria e Prática (Impresso), v. 16, p. 155-171, 2014.
- CARVALHO, J. A. et al. **TDAH: Considerações sobre o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v. 5, n. 3, 2012.
- CHRONIS-TUSCANO, A. et al. **The Relation Between Maternal ADHD Symptoms & Improvement in Child Behavior Following Brief Behavioral Parent Training is Mediated by Change in Negative Parenting**. Journal of Abnormal Child Psychology, v. 39, n. 7, p. 1047-1057, 3 out. 2011.

- CRUZ, L. N. et al. Quality of life in Brazil: Normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Quality of Life Research*, v. 20, n. 7, p. 1123–1129, 2011.
- CUMYN L, FRENCH L, HECHTMAN L. **Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder**. Montreal: The Canadian Journal of Psychiatry. 2009.
- CUNHA, J.A. **Escalas Beck – Manual**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2001.
- DANCEY, C.P., REIDY, J. **Estatística sem matemática ara psicologia: usando SPSS para Windows**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FLECK, M. P. A., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., PINZON, V. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL – Bref”**. *Revista Saúde Pública*, v.34, n.2, p. 178-183. 2000.
- GOMIDE, P. I. C. **Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação**. Editora Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro, 2006.
- GOMIDE, P. I. C.; SALVO, C. G.; PINHEIRO, D. P. N.; SABBAG, G. M. **Correlação Entre Práticas Educativas, Depressão, Estresse e Habilidades Sociais**. *Psico-USF*, v. 10, n. 2, p. 169-178, 2005.
- KOOIJ, J. J. S.; FRANCKEN, M. H. DIVA 2.0. **Diagnostic Interview Voor ADHD in Adults bij volwassenen [DIVA 2 0 Diagnostic Interview ADHD in Adults]**. DIVA Foundation (<http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx>), 2010.
- KOOIJ SJ, BEJEROT S, BLACKWELL A, et al: **European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: the European Network Adult ADHD**. *BMC Psychiatry*, 2010.
- OLIVEIRA, Ana Paula A. de; NASCIMENTO, Elizabeth de. *EPF TDAH: Escala de prejuízos funcionais – TDAH*. 1ª edição. São Paulo: Hografe, 2016
- PARK, J. L.; HUDEC, K. L.; JOHNSTON, C. **Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review**. *Clinical Psychology Review*, v. 56, n. May, p. 25–39, ago. 2017.
- RUEDA, F. J. M. Bateria psicológica para avaliação da atenção (BPA). **São Paulo: Vetor**, 2013.
- STARCK, M.; GRÜNWARD, J.; SCHLARB, A. **Occurrence of ADHD in parents of ADHD children in a clinical sample**. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 12, p. 581, mar. 2016.

TEIXEIRA, M.C.T.V., MARINO, R.L.F., CARREIRO, L.R.R. **Associations between Inadequate Parenting Practices and Behavioral Problems in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** The Scientific World Journal, 683062, 2015.

Contatos: [isabelahorak@gmail.com](mailto:isabelahorak@gmail.com) e [luizrenato.carreiro@mackenzie.br](mailto:luizrenato.carreiro@mackenzie.br)