



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Centro Regional de Braga

**ESTILOS PARENTAIS DOS PAIS DE CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE
ATENÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Por
Ana Catarina de Castro Goiana Braga



FACULDADE DE FILOSOFIA

Maio de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Centro Regional de Braga

**ESTILOS PARENTAIS DOS PAIS DE CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE
ATENÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Por

Ana Catarina de Castro Goiana Braga

Sob orientação de

Professora Doutora Eleonora Costa



FACULDADE DE FILOSOFIA

Maio de 2011

AGRADECIMENTOS

Finalizada uma etapa particularmente importante da minha vida, apesar de ser um processo solitário para qualquer investigador, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta longa caminhada e contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Eleonora Costa, minha orientadora, o maior agradecimento pela disponibilidade e orientação prestada, pelo apoio incondicional e compreensão que sempre manifestou.

À Dra. Gerly Macedo, pelo apoio, incentivo e disponibilidade sempre presente na concretização deste trabalho. Pelo crescimento pessoal e profissional conquistado e partilhado, o meu mais sincero agradecimento.

À Dra. Delfina Coelho, pelo apoio, disponibilidade e amizade, tendo tornado possível parte da realização deste trabalho.

A todos os utentes, um agradecimento muito especial pela participação nesta investigação, pois sem eles nada teria sido possível.

Aos meus pais e irmã agradeço, pelo amor incondicional, apoio e coragem que sempre me transmitiram, apelando à palavra certa quando mais precisava. À minha sobrinha, Inês, pelas suas inocentes palavras e pelo sorriso que me transmite a cada dia que reconforta e dá forças para superar os obstáculos.

Aos meus amigos, agradeço pela amizade, compreensão, dedicação e apoio nas horas mais difíceis e na boa disposição que sempre me foram transmitindo.

Por último, mas não menos importante, agradeço às minhas colegas de estágio e professores, que comigo partilharam do seu saber, e pelo companheirismo e ajuda perante as dificuldades encontradas ao longo desta etapa.

A presente investigação teve como objectivo estudar a relação entre o diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção nas crianças e o Estilo Parental adoptado pelos respectivos pais para a educação dos seus filhos. Foi recolhida uma amostra de conveniência constituída por 50 crianças (36 do género masculino e 14 do género feminino), com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos de idade, com diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e um representante educacional de cada criança (pai/mãe). Os instrumentos utilizados foram o Questionário de *Conners* para pais e professores e o Inventário de Estilos Parentais. De uma forma geral, os resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas nos Estilos Parentais adoptados pelos pais, quer para rapazes quer para raparigas, assim como a idade dos pais não exerce influência sobre os Estilos Parentais postos em prática na educação dos filhos. Na avaliação de diagnóstico de hiperactividade, os pais são mais severos em relação aos professores e ao mesmo tempo não se verificam diferenças estatisticamente significativas na avaliação de pais e professores no que se refere às diferenças de género. Quanto à avaliação feita por pais e professores, as crianças com idades entre os 5 e os 8 anos de idade, apresentam maior grau de hiperactividade e são a faixa etária que representa diferenças significativas na prática educativa "abuso físico", evidenciando valores mais altos quando comparada com a faixa etária dos 9 aos 14 anos de idade. Apesar de os pais serem severos na avaliação do diagnóstico dos seus filhos, a prática educativa mais utilizada é o "Comportamento Moral". Espera-se que estes resultados possam contribuir para a investigação nesta área e para a criação de intervenções eficazes que permitam aos pais adaptar um estilo parental que vá de encontro às necessidades que a patologia requer.

PALAVRAS-CHAVE: Perturbação de hiperactividade e Défice de atenção, Estilos parentais, Diferenças de género.

ABSTRACT

This investigation aims to assess the relationship between the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and the Parental style adopted in these children's up-bringing. A consecutive sample of 50 children (36 male and 14 female) between the ages of 5 to 14 years old, with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and an educational representative of each child (parent) was collected. The assessing instruments for this investigation were: the Conner's Questionnaire for parents and teachers and the Parenting Styles Inventory. The overall results revealed no statistically significant differences between the Parenting Styles adopted by these parents, either for the boys or the girls, as well as the parents' age presented no influence on Parenting Styles put into practice in the up-bringing of their children. In the diagnostic evaluation of hyperactivity, the parents are more severe than teachers and at the same time there are no statistically significant differences in the assessment of parents and teachers in regards to gender differences. Regarding the evaluation made by parents and teachers, children with ages between 5 to 8 years old present a higher degree of hyperactivity and it is this age group that accounts for significant differences in the educational practice of "physical abuse", showing higher values in comparison to the age group of 9 to 14 years old. Despite the parents being strict in the diagnostic assessment of their children, the most widely used educational practice is the "Moral Behaviour". It is hoped that these findings can contribute in this area of research and create effective interventions that enable parents to tailor a parenting style that goes according to the needs that the pathology requires.

KEY-WORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Parental Styles and Gender Differences

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
<i>Abstract</i>	III
Índice.....	IV
Índice de Quadros.....	VII

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
-----------------	----

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....

<i>CAPÍTULO I: CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO.....</i>	16
1. Definição e caracterização da PHDA.....	17
1.1. Evolução conceptual da Hiperactividade.....	17
1.2. Definição actual da PHDA.....	20
1.3. Principais características das crianças com PHDA.....	21
1.3.1. Hiperactividade.....	21
1.3.2. Desatenção.....	22
1.3.3. Impulsividade.....	22
1.4. Classificação em subtipos.....	23
1.4.1. Classificação categorial: subtipos inatento, hiperactivo/impulsivo e combinado.....	23
1.4.1.1. PHDA: Predominantemente Desatento.....	23
1.4.1.2. PHDA: Predominantemente Hiperactivo- Impulsivo.....	24
1.4.1.3. PHDA: Combinado ou Misto.....	25
1.4.1.4. Outras classificações da PHDA.....	25
1.5. Prevalência.....	27
1.5.1. Prevalência em função da idade.....	27
1.5.2. Prevalência em função do género.....	28
1.5.3. Outras variáveis sócio-demográficas.....	29
2. Percepções Etiológicas.....	29
2.1. Factores Biológicos.....	30
2.1.1. Desenvolvimento Cerebral.....	30
2.1.2. Factores Hereditários.....	30

2.2.	Factores Ambientais.....	31
2.2.1.	Consumo de substancias e exposição ao chumbo.....	31
2.2.2.	Educação Parental.....	32
3.	Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial.....	32
3.1.	Perturbações comórbidas mais frequentes na PHDA.....	33
3.1.1.	PHDA e Perturbações de comportamento exteriorizado.....	34
3.2.	Problemas Associados.....	35
3.2.1.	Problemas de Rendimento Académico.....	35
3.2.2.	Problemas Sociais.....	36
<i>CAPITULO II- CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DOS ESTILOS PARENTAIS.....</i>		<i>37</i>
4.	Estilos Parentais.....	38
5.	Factores que influenciam os Estilos Parentais.....	45

PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

<i>CAPITULO III- METODOLOGIA.....</i>		<i>50</i>
6.	Metodologia.....	51
6.1.	Objectivos.....	51
6.1.1.	Objectivo Geral.....	51
6.1.2.	Objectivos Específicos.....	51
6.2.	Hipóteses.....	52
6.3.	Variáveis.....	52
6.4.	Amostra.....	52
6.5.	Instrumentos.....	57
6.5.1.	Questionário Geral (Sócio-Demográfico).....	58
6.5.2.	Questionário de Connors.....	58
6.5.3.	Inventário de Estilos Parentais.....	60
6.6.	Procedimentos.....	61
6.6.1.	Procedimento de recolha de dados.....	61
6.6.2.	Procedimentos de análise de dados.....	62
<i>CAPITULO IV- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</i>		<i>65</i>
7.	Apresentação dos resultados.....	66

7.1.Hipótese 1.....	66
7.2.Hipótese 2.....	67
7.3.Hipótese 3.....	69
7.4.Hipótese 4.....	71
7.5.Hipótese 5.....	72
7.6.Hipótese 6.....	73
7.7.Hipotese 7.....	74
<i>CAPITULO V- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</i>	<i>77</i>
8. Análise e discussão dos resultados.....	78
8.1.Hipótese 1.....	78
8.2.Hipótese 2.....	79
8.3.Hipótese 3.....	80
8.4.Hipótese 4.....	82
8.5.Hipótese 5.....	84
8.6.Hipótese 6.....	85
8.7.Hipotese 7.....	87
9. Limitações do Estudo.....	89
<i>CAPITULO VI- CONCLUSÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES FUTURAS.....</i>	<i>91</i>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS	
Anexo I- Critérios para diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção	
Anexo II- Autorização da Comissão de Ética para a recolha dos dados	
Anexo III- Consentimento informado	
Anexo IV- Questionários da investigação aplicados aos utentes	
Anexo V- Procedimentos Estatísticos	

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	55
QUADRO 2 – Caracterização sócio-demográfica da amostra: variáveis específicas da criança com PHDA.....	58
QUADRO 3– Dados sócio-demográficos da amostra: média (M), desvio-padrão (DP), <i>mean rank</i> e teste <i>t</i> de medidas independentes ou teste <i>U</i> Mann-Whitney na comparação Rapazes <i>versus</i> Raparigas.....	59
QUADRO 4 – Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna do Questionário de Conners.....	61
QUADRO 5- Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna do Inventário de Estilos Parentais.....	63
QUADRO 6 – Média (M), desvio-padrão (DP), <i>mean rank</i> , teste <i>t</i> de medidas independentes ou teste <i>U</i> Mann-Whitney, na comparação entre Rapazes <i>versus</i> Raparigas, relativamente ao Inventário de Estilos Parentais.....	68
QUADRO 7 – Teste de Shapiro-Wilk, na análise da normalidade das distribuições, das variáveis quantitativas.....	70
QUADRO 8 – Média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV) e teste <i>t</i> de medidas independentes, na comparação entre Idade dos Pais/Mães ≤ 40 anos <i>versus</i> > 40 anos, relativamente à hiperactividade e às práticas educativas.....	71
QUADRO 9 – Teste de Shapiro-Wilk, na análise da normalidade das distribuições, das variáveis quantitativas.....	72
QUADRO 10 – Média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV) e teste <i>t</i> de medidas independentes, na comparação entre Crianças/Jovens 5-8 anos <i>versus</i> Crianças/Jovens 9-14 anos, relativamente à hiperactividade e às práticas educativas...	73
QUADRO 11 – Média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV) e teste <i>t</i> de medidas independentes, na comparação entre pais <i>versus</i> professores, relativamente ao diagnóstico de hiperactividade.....	74
QUADRO 12 – Média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV) e teste <i>t</i> de medidas independentes, na comparação entre Crianças/Jovens 5-8 anos <i>versus</i> Crianças/Jovens 9-14 anos, relativamente à hiperactividade e às práticas educativas...	75
QUADRO 13 – Correlação entre os Questionários de Conner: hiperactividade avaliada pelos PAIS <i>versus</i> avaliada pelos professores.....	76
QUADRO 14 – Tabela ANOVA da regressão <i>stepwise</i>	77

QUADRO 15 – Modelo resumido.....	78
QUADRO 16 – Matriz de coeficientes de regressão <i>stepwise</i>	78

INTRODUÇÃO GERAL

INTRODUÇÃO GERAL

A presente investigação centra-se no funcionamento parental, mais especificamente no estilo parental posto em prática pelo pai/mãe de crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA). A eleição desta temática decorre, principalmente, do facto de se constatar que, na prática clínica em contexto pediátrico, as queixas dos pais associadas a perturbações que se enquadram no espectro dos comportamentos externalizantes têm vindo a aumentar, constituindo-se a PHDA como uma das patologias mais diagnosticadas em Saúde Mental Infantil (Dieudonné, 2004).

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações neuropsiquiátricas mais comuns da infância, assim como uma das mais controversas, que permite reconhecer a sua grande pertinência e actualidade (Fonseca, 1998). Manifesta-se por níveis clinicamente significativos de desatenção, hiperactividade e impulsividade (APA, 1994). Estas crianças revelam várias dificuldades ao nível interpessoal, académico e familiar, comprometendo assim várias áreas de vida. Além destas consequências ao nível adaptativo, verifica-se a sua persistência por longos períodos de tempo, bem como sequelas que continuam a reflectir-se na vida adulta (Quinn, 1997).

Em 1908, foi feita a primeira descrição clínica sobre a hiperactividade, onde o comportamento da criança hiperactiva, o nervosismo e o nível de actividade estavam associados a uma lesão cerebral, designando-se de “Disfunção Cerebral Mínima” (Tredgold, 1908; citado por Fonseca, 1998).

De seguida, numa abordagem mais actual, Lopes (2003), sustenta que os portadores desta patologia apresentam significativos indícios de falta de atenção, em situações que requerem a sua atenção, défice na manutenção prolongada de controlo dos impulsos (impulsividade) e de actividade motora excessiva (hiperactividade).

Perante a existência de diversas designações e terminologias da PHDA, é nosso objectivo dar a conhecer a conceptualização histórica desta problemática, incidindo sobretudo nas designações que têm vindo a prevalecer nos últimos estudos, bem como permitir um maior conhecimento e esclarecimento dos sujeitos com esta problemática.

Em Portugal, a investigação sobre esta problemática é escassa, o que provoca uma desorientação e desespero por parte das famílias, assim como também por parte dos educadores e professores, uma vez que este desconhecimento generalizado não permite a obtenção de informações fidedignas para se poder apoiar, lidar e educar as crianças de um modo mais apropriado (Lopes, 1998).

Estima-se que a PHDA afecte entre três a 20% das crianças em idade escolar, entre os 5 e os 10 anos de idade. Existe uma maior prevalência de rapazes com PHDA aquando comparados as raparigas, sendo os rapazes quatro a nove vezes mais afectados que as raparigas, pois estes tendem a ser mais impulsivos e hiperactivos do que estas (Parker, 2003).

No âmbito da Psicologia, os estudos abordam, em geral, aspectos relacionados com os estilos educativos parentais e consideram a personalidade e comportamento educativo dos pais como dimensões que determinam o desenvolvimento cognitivo e socio-afectivo dos filhos (Pourtois & Desmet, 1989).

A família desde os tempos mais antigos, corresponde a um grupo social que exerce uma marcada influência sobre a vida das pessoas, sendo encarada como um grupo com uma organização complexa, inserido num contexto social mais amplo com o qual mantém constante interacção (Biasoli- Alves, 2001).

Os estilos parentais são entendidos como um conjunto de atitudes que incluem as práticas educativas parentais e outros aspectos da interacção pais-filhos, tais como: tom de voz, linguagem corporal, desatenção, atenção, mudanças de humor, assim como é o contexto dentro do qual os pais operam esforços para socializar os seus filhos de acordo com as suas crenças e valores. Por outras palavras, os estilos parentais, podem ser entendidos como o clima emocional que decorre das atitudes dos pais, cujo efeito é o de alterar a eficácia de práticas disciplinares específicas, e influenciar a abertura ou predisposição dos filhos para a socialização (Darling & Steinberg, 1993).

As práticas educativas têm sido objecto de estudo de inúmeras investigações nos últimos anos (Alvarenga, 2001), contudo uma grande parte destas investigações realizaram-se de acordo com uma perspectiva evolutiva e não psicopedagógica (Vila, 1998).

Segundo Cohen e Rice (1997), os filhos de pais autoritativos/ democráticos têm sido associados sempre a aspectos positivos, nomeadamente, com o melhor rendimento escolar.

Em Portugal, Fontaine (1988), num estudo em que aborda os estilos parentais, observa tanto o desenvolvimento intelectual como o sucesso escolar. De uma forma global, estes estudos apontam para um maior sucesso escolar, quando o estilo educativo praticado pelos pais é o de tipo autoritativo/democrático, uma vez que este estilo permite transmitir à criança uma maior autonomia e aumentar a capacidade de realização (Oliveira et al., 2002).

A par da falta de consenso, da diversidade de terminologias, conceptualizações e a escassa investigação em Portugal acerca da temática dos estilos parentais em crianças com PHDA, sendo esta, uma problemática frequente, torna-se importante este estudo de modo a verificar o estilo praticado pelos pais, tendo em conta as suas características, e a influência que este estilo tem no seu filho com PHDA. Assim, poderemos verificar se existe um estilo parental relacionado com PHDA, salvaguardando que estas crianças já foram diagnosticadas com PHDA.

Aquilo que se constata é que este “silêncio” é difícil de compreender, na medida em que o PHDA apresenta inúmeros factores negativos que se prolongam por vários anos, afectando os mais diversificados aspectos da vida do indivíduo (social, pessoal, educacional e familiar).

Infelizmente, as crianças e adolescentes afectados por este distúrbio são, ainda hoje, erroneamente rotulados como padecendo de falta de educação devido às suas sucessivas buscas de novos estímulos e, relativamente, aos seus repetitivos, incessantes e incontroláveis movimentos de mãos, cabeça, pés e braços (Lopes 2003).

Resumidamente, parece não haver dúvidas de que os estilos parentais dos pais têm influência no desenvolvimento diferencial dos filhos, quer a nível cognitivo, quer afectivo e social (Oliveira et al., 2002).

Assim sendo, este trabalho é desenvolvido com crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), em que se irá avaliar os estilos parentais que os pais destas crianças adoptaram para a educação dos seus filhos, visto que estes podem vir a influenciar o desenvolvimento e o comportamento dos seus filhos ao longo da vida. Quando falamos de estilos parentais, falamos das características dos pais (idade, emprego, agregado familiar, situação financeira, entre outros), sendo que todas estas variáveis são potentes influenciadoras do estilo parental que os pais adoptam e que mais tarde influencia o comportamento do filho.

A escolha deste grupo em especial prende-se com a nossa área de actuação e tem como objectivo contribuir para aumentar os conhecimentos sobre esta temática, distinguindo os maus comportamentos que estão associados aos estilos parentais, uma vez que o estilo parental tendo em conta as características da família, influencia o comportamento da criança.

Ao nível estrutural, este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira parte apresentamos uma revisão da literatura científica sobre o tema, que se divide em dois capítulos, no primeiro capítulo é feita uma conceptualização teórica da

Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, e no segundo capítulo, propõem-se uma abordagem da nossa variável em estudo, os estilos parentais. Na segunda parte apresentamos a investigação empírica realizada, que inclui um capítulo onde aborda a metodologia, um outro capítulo para a apresentação dos resultados, seguido de um capítulo para a discussão desses mesmo resultados e por fim um capítulo onde é feita uma conclusão integrativa e implicações futuras.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na parte I, enquadramento teórico, proceder-se-á a uma revisão da literatura sobre a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, a sua evolução conceptual, características, classificação em subtipos, prevalência, perspectivas etiológicas e comorbilidade e diagnóstico diferencial.

O segundo capítulo propõem-se a abordar a variável deste estudo, os estilos parentais, conceptualizando o conceito e os factores que influenciam o estilo parental dos pais.

CAPÍTULO I

CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO

1.DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

1.1- Evolução conceptual da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é representativa dos mais variados problemas conceptuais uma vez que não existe uma definição consensual e única da mesma. Como afirma Lahey e colaboradores (1998, citado por Lopes, 1998, p.123): *“Nenhum termo na história da psicopatologia da infância foi sujeito a tantas conceptualizações, redefinições e renovações como o distúrbio conhecido não- tecnicamente como hiperactividade...quase nada se manteve constante na nossa compreensão deste distúrbio, excepto a crença de que as crianças o manifestam e de que nunca o definimos adequadamente”*.

A PHDA é vista como uma perturbação do desenvolvimento, no início da infância e que poderá permanecer e perdurar até e durante a idade adulta (Quinn, 1997), tendo como suas manifestações de natureza comportamental e cognitiva repercutindo-se, por isso, em múltiplas áreas do funcionamento, nomeadamente académico, social, familiar ou ocupacional (APA, 1994).

De forma a proporcionar alguma inteligibilidade ao conceito de PHDA, é primordial referir que a sua evolução conceptual está intimamente marcada pelas abordagens neurobiológica, nosológica e dimensional.

Nos finais do séc.XIX, início do séc.XX, surgem as primeiras referências na Europa, no que se refere às crianças agressivas com problemas no controlo dos impulsos, indisciplinadas e desafiantes (Meyer, 1904; Still, 1902, citado por Lopes 2003).

Assim, na Inglaterra, em 1877, Ireland (citado por Fonseca, 1998) deu ênfase à importância da hiperactividade como um sintoma associado a crianças com atraso mental.

Em 1897 Borneville (Citado por Fonseca, 1998) descreveu o que ele denominava de “crianças instáveis”, caracterizadas por instabilidade, carência de atenção e por uma motricidade excessiva denotando desta forma, o preconceito inicial que aos portadores de PHDA era dispensado.

Já em 1902, Stil (Fonseca, 1998) descreveu um grupo de crianças, em que os seus comportamentos, configuram aquilo a que se pode considerar-se como a primeira

caracterização do distúrbio de hiperactividade. Assim, o autor menciona sintomas como a incapacidade de manter a atenção, a inquietude, as explosões violentas e a destrutividade. Observou que a maior frequência destes comportamentos existia nas crianças do sexo masculino, e encontram-se associados a estes comportamentos as manifestações de comportamento anti-social que não eram explicáveis por factores de ordem sócio-cultural e que se presumia estarem relacionados a alguma deficiência biológica hereditária ou adquirida.

Em 1918, houve uma epidemia mundial de encefalite (encefalite de Von Economo). As crianças que contraíram esta infecção desenvolveram – depois de recuperarem da fase aguda da doença – um síndrome de hiperactividade e grave impulsividade muito semelhante ao que Still descrevera, designadamente défices de atenção, impulsividade e dificuldades nos comportamentos de oposição e relacionamento interpessoal, resultantes de lesões no Sistema Nervoso Central (Vieira, 2006). Nesta fase, a denominação utilizada era a de “Distúrbio Pós- Encefálico do Comportamento” (Hohman, 1922; Ebaugh, 1923, citado por Fonseca, 1998).

A percepção de que a Hiperactividade possui uma base orgânica é defendida nas décadas seguintes, espelhando-se em expressões como Impulsividade Orgânica (organic drivenes), Lesão Cerebral Mínima, Hipo-excitação do Sistema Nervoso e, posteriormente, Disfunção Cerebral Mínima (Clements & Peter, 1962 citado por Fonseca, 1998).

Nos finais dos anos 60, sob a influência do movimento psicodinâmico, o DSM-II descreveu todas as perturbações da infância como “reactivas” e o síndrome de hiperactividade transformou-se em “reacção hipercinética da infância”. Definido como uma perturbação de hiperactividade, agitação, distractibilidade e desatenção, cujo comportamento diminuía progressivamente até à adolescência, onde se extinguiu. O DSM-II incluiu pela primeira vez sintomas de desatenção, posteriormente enfatizados, juntamente com a dificuldade no controlo dos impulsos (anos 70). Na década de 70, Virgínia Douglas e colaboradores na McGill University, Canadá, estudaram extensamente crianças hiperactivas e descobriram que elas exibiam uma variedade de défices cognitivos e aumento da actividade motora (Fonseca, 1998).

Posteriormente, no final da década de 70, a tónica dos estudos nesta área deslocou-se do sintoma da agitação motora para o défice atencional, dado o reconhecimento crescente de que as crianças podiam ter défices atencionais sem hiperactividade, o que motivou a extinção da designação de síndrome hipercinética

(Quinn, 1997). Douglas e Peters (1975, p.173, citado por Manga, Fournier & Navarredonda, 1999, p.696) ilustram claramente esta mudança ao afirmarem “*que a principal dificuldade das crianças hiperactivas é a sua incapacidade de manter a atenção e inibir as respostas impulsivas em tarefas ou situações sociais que requerem um esforço focalizado, reflexivo, organizado e auto-dirigido*”. Assim, em 1980, o DSM-III (APA, 1980), aponta dois tipos de Distúrbio de Défice de Atenção: distúrbio de atenção com hiperactividade e distúrbio de atenção sem hiperactividade, com o objectivo de destacar o distúrbio atencional comparativamente à hiperactividade e à impulsividade. Passaram então a enfatizar-se as dificuldades de concentração prolongada nas tarefas, bem como a constante substituição de umas tarefas por outras, sem que nenhuma fosse concluída. À desconcentração podiam associar-se a distractibilidade, a impulsividade, bem como o comprometimento no funcionamento social, nomeadamente no que se refere à resolução de problemas.

Assim, em 1994, o DSM-IV criou dois grandes grupos de sintomas: os problemas de atenção (subtipo predominantemente inatento) e os problemas de hiperactividade/impulsividade (subtipo predominantemente hiperactivo/impulsivo) e, ao considerar ainda um subtipo combinado ou misto quando estão reunidos os critérios de inatenção e de hiperactividade/impulsividade (Fonseca 1998).

Para completar a caracterização da evolução conceptual da PHDA importa referir a abordagem dimensional, uma vez que o estudo das perturbações da infância e da adolescência têm vindo progressivamente a alicerçar-se numa visão mais dimensional do que categorial. Significa isto que a visão categorial é baseada na identificação de critérios de diagnóstico, que permitem a identificação de um síndrome discreto, isto é, perfeitamente isolado e diferenciado dos restantes síndromas. Com efeito, as evidências crescentes da elevada comorbilidade de perturbações na infância revelam que estas dificilmente podem conceptualizar-se como unidades discretas, claramente diferenciadas entre si e resultantes de uma ruptura inequívoca com o funcionamento adaptativo. Deste modo, na perspectiva categorial, o distúrbio é considerado intrínseco ao individuo, enquanto que numa perspectiva dimensional são igualmente contempladas a qualidade relacional dos contextos da criança, observando-se com significativa frequência o reforço de padrões de disfuncionamento decorrentes de estilos de interacção perturbados. Tomando em consideração estes aspectos, torna-se compreensível a necessidade de integrar no estudo das perturbações da infância e

adolescência uma conceptualização holística e integradora de múltiplas perspectivas (Emde, Bingham & Harmon, 1993).

No caso concreto da hiperactividade, esta conceptualização assume uma particular relevância considerando a elevada comorbilidade de perturbações e a conseqüente necessidade de distinguir entre a incidência e gravidade da sintomatologia associada ao PHDA e da sintomatologia correspondente a outras perturbações (Fonseca, 1998).

1.2- Definição Actual de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

Várias são as terminologias e concepções na designação das crianças hiperactivas ou hipercinéticas, tal como anteriormente referido, posto isto, a Associação Americana de Psiquiatria (2002) no seu manual DSM-IV-TR (Manual de Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais) designou o PHDA, como Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, englobado nas Perturbações Disruptivas de Comportamento e de Défice de Atenção, considerando que as principais características, baseiam-se num padrão perseverante e intenso de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperactividade.

Estes sintomas deverão, ainda, manifestar-se antes dos sete anos de idade e como tal deve ser dado uma importante ênfase na necessidade de o despiste ser efectuado em “contextos estruturados” (contexto social, académico, familiar ou ocupacional), ou seja, ter em conta com a interferência dos diferentes contextos na criança num período superior a 6 meses (Lopes, 2003).

Para o diagnóstico é ainda importante que os sintomas não resultem de uma outra desordem de foro psíquico (Parker, 2003).¹

Posteriormente, no ponto subsequente, iremos abordar mais detalhadamente a sintomatologia da PHDA para uma melhor compreensão do conceito.

¹ Em anexo encontram-se os critérios de diagnóstico do PHDA segundo o DSM-VI-IR (APA, 2002).

1.3- Principais características das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

Tendo em conta ao anteriormente referido, e apesar da controvérsia associada à definição e caracterização desta patologia, é consensual a constelação na PHDA, de sintomas que geralmente se abarcam em três categorias: falta de atenção e/ou impulsividade – hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento (APA, 2002).

Assim, apresenta-se de seguida uma delimitação dos conceitos de hiperactividade, falta de atenção e impulsividade.

1.3.1- Hiperactividade

As crianças com PHDA apresentam normalmente níveis de actividade substancialmente superiores à média, quer ao nível motor quer ao nível vocal. Ao nível motor, é comum estas crianças mexerem permanentemente as mãos e pernas, correndo em locais inapropriados, falando demasiado, apresentando dificuldades em manter o silêncio, apresentarem uma grande dificuldade em estar quietas ou simplesmente descansarem e, sobretudo, exibirem estes movimentos em momentos desajustado (Lopes, 2003), parecendo “estar constantemente ligada a um motor”.

Na verdade, estas crianças apresentam níveis de actividade superiores à média, quer ao nível motor, quer ao nível vocal.

Assim, Firestone e Martin (1979, citado por Lopes ,2003) defendem que o nível de actividade das crianças com PHDA tende a aumentar, no mesmo contexto, ao longo do tempo e em situações caracterizadas por baixo níveis de estimulação, em que neste sentido a hiperactividade parece assumir uma posição de procura de elevados níveis estimulação por parte dos sujeitos.

1.3.2- Desatenção

A atenção não é vista como um processo isolado, mas como um mecanismo regulador do processamento de informação.

Embora certos teóricos defendam a existência de um défice primário de atenção subjacente a esta perturbação, segundo Douglas, (1989, citado por Fonseca 1998) esta incapacidade de manter a atenção está associada a um défice de auto-regulação, embora seja claro que as capacidades de processamento de informação destas crianças se mantêm intactas.

Estas crianças apresentam assim como principais dificuldades sérias em manter a concentração e dificuldades na captação de informação e em filtrar distrações, tendo um desempenho bastante débil em tarefas que lhe despertam pouco interesse ou associadas a diversos factores que facilitam uma maior distração, como é o caso de situações que requerem atenção por longos períodos de tempo e durante a realização de tarefas repetitivas ou quando existem ruídos (Guimil, 1997).

Quando interrompidas por estímulos (ruídos) (Vieira, 2006), apresentam uma maior lentidão em retomar a tarefa, esquecendo-se facilmente das tarefas quotidianas (APA, 2002). Por consequência, tendem a cometer mais erros ortográficos do que as outras crianças (Fonseca, 1998).

Estas crianças também são afectadas no que se refere às relações sociais, uma vez que a atenção que prestam nas conversas com os outros é mínima, e mudam frequentemente de assunto, não conseguindo, igualmente, cumprir regras nas brincadeiras (APA, 2002).

1.3.3-Impulsividade

A impulsividade constitui-se como outra das principais problemáticas implicadas na PHDA. Constitui-se como um constructo multifacetado (Hinshaw, 1994), correspondendo a um padrão de tomada de decisão baseado na ausência de antecipação das consequências da acção a tomar ou na não dedicação do tempo necessário à tomada de decisão (Barkley, 1995).

A impulsividade é também descrita como uma dificuldade na organização e controlo do próprio comportamento (Lopes, 1998).

Assim sendo, a impulsividade poderá reflectir um défice primário de inibição comportamental responsável pelas respostas imediatas e irreflectidas, pelas dificuldades em adiar as recompensas e, de um modo geral, pelas várias manifestações de baixo auto-controlo associadas à PHDA (Hinston, Jameson & Whitney, 2003). Posto isto, têm uma maior tendência para sofrerem acidentes, uma vez, que tendem a envolverem-se em actividades perigosas, sem mediar os riscos que correm (Lopes, 2003).

1.4- Classificação em subtipo

1.4.1-Classificação categorial: subtipos inatento, hiperactivo/impulsivo e combinado

A PHDA é descrita como uma Perturbação Disruptiva do Comportamento infantil, de base genética, em que estão implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocam alterações atencionais, impulsividade e uma grande actividade motora à criança. Refere-se a um problema generalizado de falta de autocontrolo com repercussões no desenvolvimento, na capacidade de aprendizagem e na adaptação psicossocial (Barkley, 2006).

Como anteriormente se adiantou, umas das possíveis classificações da PHDA consiste no estabelecimento de três subtipos para a perturbação, nomeadamente: PHDA predominantemente Hiperactivo- Impulsivo, PHDA predominantemente Desatento e PHDA tipo Misto. Recapitulando, tal categorização refere-se, respectivamente, ao predomínio de sintomas de hiperactividade e impulsividade, de sintomas de inatenção ou à combinação de ambos os tipos de sintomas (A.P.A., 2002).

1.4.1.1- PHDA: Predominantemente Desatento

Em 2002, a APA (DSM-IV-TR) volta a considerar este subtipo, devido a uma maior congruência nos estudos efectuados designando-o de PHDA predominantemente Desatento.

A desatenção é a característica principal neste subgrupo, uma vez que as suas características comportamentais, são completamente distintas dos subtipos que são mencionados de seguida.

O défice de atenção é evidenciado pela frequente dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades, seguir instruções e regras, iniciar tarefas sem concluir as antecedentes, considerar pormenores ou evitar erros por descuido, entre outros. Demonstram estar alheados quando interpelados, necessitam repetição frequente de directrizes ou parecem não compreender as nuances das instruções. O trabalho escolar caracteriza-se por erros de distração, desorganização e esquecimento. Perdem frequentemente material escolar e pessoal. Tipicamente são os últimos a iniciar e terminar as tarefas solicitadas, não demonstram a agitação incluída nos outros subtipos (Lopes, 2003).

Para o diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção tendo como domínio o défice de atenção, é necessário serem satisfeitos pelo menos seis dos critérios durante os últimos 6 meses. Este tipo apresenta, geralmente, um défice na rapidez com que se processa a informação que se encontra focada na atenção selectiva (Parker, 2003).

Este subtipo, estima-se que afecte apenas um terço das crianças. O maior número de crianças encontra-se entre os subtipos de predominância de hiperactividade-impulsividade e no tipo que combina os três traços: hiperactividade, impulsividade e desatenção (Parker, 2003).

1.4.1.2- PHDA: Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo

Os sintomas de hiperactividade – impulsividade manifestam-se por movimentação excessiva de mãos e pés, mesmo quando sentado, levantar frequentemente da sala de aula; correr e saltar excessivamente; falar em excesso; ter dificuldade em esperar pela sua vez; interromper ou interferir nas actividades dos outros, entre vários. O comportamento das crianças hiperactivas é dependente do contexto, ou seja, uma criança pode apresentar elevada distractibilidade na sala de aula e ser inquieta e impulsiva em casa. Além disso, a gravidade do comportamento varia com as exigências contextuais, assim uma criança claramente sintomática na sala de aula pode ser descrita como tendo um comportamento dentro da média pelos pais, ou uma criança com evidente défice de atenção enquanto realiza uma tarefa estruturada na sala de aula, pode não evidenciar qualquer alteração da atenção enquanto joga no computador, interage com pares ou durante uma tarefa não estruturada (Lopes, 2003).

Num estudo efectuado por Lahey e colaboradores em 1994 (citado por Fonseca, 1998), concluíram que as crianças do grupo de PHDA do tipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo não se diferenciavam, em relação às crianças sem PHDA, ao nível de atenção ou do rendimento escolar.

Porém, para Phelan (2005, citado por Barbosa, 2006) o subtipo hiperactivo-impulsivo é semelhante ao PHDA de tipo misto, pois para o autor é pouco provável que estas crianças mantenham a atenção numa só tarefa, derivado da sua actividade motora desmesurada e da sua impulsividade. Assim sendo, para este autor sintomas de hiperactividade e impulsividade conduzem, inevitavelmente à desatenção.

1.4.1.3- PHDA: Combinado ou Misto

As características das crianças referem-se à presença das três áreas dominantes: hiperactividade, impulsividade e desatenção, não existindo nenhuma área predominante.

No presente subtipo, as crianças apresentam-se como mais inquietas, desatentas e impulsivas. Estas características muitas vezes levam as crianças a serem desprezadas pelos pares e apresentam dificuldades em viver experiências satisfatórias (Schweizer & Prekop, 2001, citado por Barbosa, 2006).

Para o seu diagnóstico é necessário algumas precauções, respeitando os critérios descritos no DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo estes de existir no mínimo seis sintomas de falta de atenção e seis de hiperactividade e impulsividade.

1.4.1.4- Outras classificações da PHDA

Para além da classificação da PHDA em subtipos desatento, hiperactivo-impulsivo e combinado, existem ainda outras, das quais destacamos a PHDA Situacional *versus* Generalizada (Tripp & Luk, 1997, citado por Fonseca, 1998).

De acordo com as classificações utilizadas em vários países Europeus (ICD-10 *World Health Organization*, 1992, citado por Lopes, 2003), é necessário para a elaboração do diagnóstico que os sintomas se expressem independentemente dos contextos, assumindo assim, um carácter generalizado.

A Hiperactividade Situacional acontece quando, para a realização do diagnóstico, se considera que os sintomas devam estar presentes num só contexto

(normalmente em casa ou na escola), tal como é postulado em 1987 no DSM-III-R (Lopes, 2003).

Toda esta divergência de posições diminuiu, quando no DSM-IV-TR (APA, 2002) se passou a considerar que os sintomas da perturbação devam manifestar-se em mais do que um contexto (Hiperactividade Generalizada), aproximando, por consequência, estas duas visões.

Segundo Achenbach e Edelbrock em 1981 (citados por Lopes, 2003), a Hiperactividade Situacional compreendia 30% das crianças entre os 6 e os 9 anos ou 16.5% para as pessoas entre 10 e 11 anos. Por outro lado Schachar em 1991 (citado por Lopes, 1998) referêcia que a Hiperactividade Generalizada só afecta 2.2 % da população.

No caso de uma criança só apresentar comportamentos hiperactivos num dado contexto, não significa que essas crianças apresentem menos défice e necessitem de menos ajuda em relação às crianças com Hiperactividade Geeneralizada (Fonseca 1998).

Existe ainda a constituição de subcategorias com base na presença e na ausência de agressão relacionada com a falta de atenção, hiperactividade e impulsividade. Esta associação da agressividade como subcategorização da PHDA, é ainda pouco pacífica, uma vez que a presença ou ausência de agressão em certas situações, apresenta um papel muito importante que pode implicar um outro diagnóstico, tal como o Distúrbio de Oposição.

Embora existam autores que defendam esta associação da PHDA à agressividade, apontando nos seus estudos que as crianças apresentam um maior insucesso escolar e são frequentemente rejeitadas pelos pares (Fonseca, 1998). Para Barkley (1990), estas crianças são mais desatentas, imaturas e apresentam comportamentos de agressão física e verbal, são mentirosas e praticam o roubo.

Embora seja evidente a existência de crianças com PHDA sem problemas de aprendizagem, existe ainda uma outra classificação da PHDA, em que se associa esta perturbação com os problemas de aprendizagem, pois segundo alguns autores chegam a atingir 60% das crianças. Porém, os estudos evidenciam que esta situação diz respeito a uma minoria de crianças (Lopes, 2004).

1.5- Prevalência

Embora da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção se encontre entre as perturbações comportamentais mais frequentes na infância, os dados relativos à sua prevalência variam significativamente de estudo para estudo.

Barkley, em 2002, defende uma estimativa de 3 a 7% de crianças em idade escolar com PHDA. No mesmo sentido, Holmes acredita serem 10% as crianças na escola primária com PHDA. Em 2003, Golfeto e Barbosa chegam à conclusão que a diversidade cultural pode ser um factor de influencia na predição de PHDA e apresentam taxas que variam entre 1% e 20% em diferentes países.

Podemos assim verificar que os resultados dos estudos da prevalência da PHDA, realizados em vários países, tendem a variar de investigação para investigação, de acordo com a amostra, os critérios utilizados e a metodologia implementada no estudo. Com efeito, as metodologias utilizadas variam significativamente com os diferentes estudos, nomeadamente no que diz respeito a aspectos como (Fonseca, 1998):

- Tamanho da amostra (centenas vs. Milhares de sujeitos);
- A área geográfica contemplada (estudos circunscritos a uma região vs. Estudos representativos da população de um país);
- A constituição dos grupos (grupos limitados aos rapazes vs. grupos com crianças dos dois sexos; estudos efectuados por inquérito à comunidade vs. amostras clínicas);
- As fontes de informação utilizadas (pais e professores vs. apenas pais ou apenas professores vs. pais, professores e diagnostico de um especialista de saúde mental infantil);
- O tipo de instrumento de recolha de informação (caracterizados pela grande heterogeneidade dos mesmos);
- O tipo do sistema de classificação categorial utilizado para o estabelecimento do diagnostico, por exemplo, diferenças encontradas nos índices de diagnostico em função da utilização do DSM-IV ou CID-10 (Fonseca, 1998).

1.5.1- Prevalência em função da idade

Segundo Manga, Fournier & Navarredonda (1999), em estudos efectuados na população Americana, os dados relativamente á prevalência da PHDA em função da

idade são igualmente diversificados, chegando a apresentar variações entre os 3 e os 20%. Por Sua vez, Garcia (2001) sugere estimativas entre os 2 e os 6%. A par com estes dados são os apontados por outros estudos, segundo os quais a prevalência da PHDA para as populações em idade escolar oscilaria entre 3 e 7% (Barkley et al., 2001), observando-se alguma coerência com os valores apontados pelo DSM-IV que indicam variações de 3 a 5% na referida faixa etária (A.P.A, 1994).

De acordo ainda com a prevalência em função da idade, verifica-se a tendência para uma diminuição da incidência da perturbação durante a adolescência e idade adulta (Barkley, 2002). Por outro lado, são igualmente vários os estudos que apontam para a persistência da perturbação ao longo da vida (Young, 2000).

Os valores relativos à taxa de prevalência na idade adulta são variáveis e oscilam entre os 30 e 70% dos casos diagnosticados com PHDA na infância (Barkely et al., 2001). Barkley (2002), conclui que os estudos longitudinais poderão, assim, subestimar a persistência da PHDA na idade adulta quando baseados exclusivamente em auto-relatos.

1.5.2- Prevalência em função do género

A prevalência no que se refere ao género em crianças com PHDA, independentemente de factores como a idade ou outras variáveis sócio-demográficas, aponta para uma maior incidência nos sujeitos do sexo masculino, podendo atingir valores iguais ou superiores a 14% contra valores variáveis entre os 2 e os 9% para o sexo feminino (Taylor et al., 1991, cit. por Fonseca, 1998). Estudos mais recentes apontam para uma prevalência de 3% a 5% da população, sendo que mais de 50% mantém estes sintomas na vida adulta (Souza et al., 2007).

Esta prevalência verifica-se tanto em estudos efectuados em amostras clínicas como nos estudos efectuados em comunidade e feita uma comparação destes dois tipos de estudos verificam-se valores de prevalência diferenciados. Assim, nas amostras clínicas tem-se verificado maior discrepância entre os dois sexos, chegando alguns estudos a apresentar valores de oito a 10 rapazes para uma rapariga. Por seu turno, os inquéritos efectuados junto da comunidade apontam para valores de três rapazes para uma rapariga (APA, 1994). A explicação destas diferenças poderá residir tanto em factores de natureza social como em factores de natureza biológica ou genética (Morrell & Murray, 2003).

1.5.3- Outras variáveis sócio-demográficas

Torna-se importante referir os dados existentes relativos a outras variáveis sócio-demográficas. A PHDA incide independentemente da etnia, cultura ou nível sócio-económico de origem. Em Portugal, são escassos os estudos sobre a prevalência da PHDA em crianças e adolescentes, podendo indicar, os dados obtidos na região de Coimbra que apontam para uma taxa de 4.3% com predomínio da perturbação nos rapazes comparativamente às raparigas (Fonseca et al., 1998). Porém, estudos sugerem efeitos das variáveis culturais sobre a prevalência da PHDA nos sujeitos em idade escolar, tal como sugerido pelas taxas encontradas em diversos países, nomeadamente: 5 a 29% na Índia, 2 a 13% no Japão, 2 a 9% nos EUA (Barkley, 1997, op. Cit. por Fonseca, 1998).

2- PERSPECTIVAS ETIOLÓGICAS

Tal como acontece com a definição da PHDA, a sua etiologia também está condicionada pela diversidade de conceptualizações da natureza desta perturbação.

Se tivermos em conta a heterogeneidade de manifestações desta perturbação, seria arriscado considerar explicações generalistas sobre as suas causas, uma vez que estas se podem tornar vagas numa variedade de casos. Esta mesma perspectiva é assumida por Hinshaw (1994), quando se referiu à investigação sobre a etiologia da PHDA, ao considerar que um conjunto de factores de risco qualitativamente diferentes podem aludir-se às crianças com PHDA que apresentam diferentes comorbilidades com outras perturbações, assim como factores causais do PHDA substancialmente diferentes podem referir-se a subgrupos diferentes de crianças com PHDA.

Na comunidade científica, apesar de não existir uniformidade em relação à etiologia da PHDA, verifica-se uma inclinação para considerarem esta perturbação causada mais por factores internos ao próprio sujeito (factores endógenos), que se encontram relacionados a desordens a nível cerebral por desenvolvimento deficitário ou resultante de factores hereditários, do que relacionados com o meio (factores exógenos). Lopes (2003), aponta que os factores relacionados com o meio (factores exógenos), influenciam de forma positiva ou negativa a manifestação dos sintomas.

De seguida iremos abordar as hipóteses mais apontadas pela investigação, dado que não é ainda possível determinar as verdadeiras causas do PHDA, sendo apenas possível falar em factores de risco, nomeadamente os factores biológicos e ambientais.

2.1- Factores Biológicos

2.1.1-Desenvolvimento Cerebral

Segundo Falardeau (1999), a origem do PHDA está ligada a alterações no curso do desenvolvimento do cérebro da criança, parecendo existir uma disfunção no lobo frontal. Do ponto de vista neuroquímico, estas crianças apresentam uma deficiência na produção da dopamina sendo este, um neurotransmissor que está relacionado com a inibição comportamental e auto-controlo, nas áreas pré-frontais do córtex.

Para a normalização deste défice foi demonstrada a eficácia da medicação estimulante, pois os seus efeitos recaem num aumento do fluxo sanguíneo nas áreas pré-frontais do córtex, o que possibilita uma melhor adequação social e inibição no comportamento dos hiperactivos (Lau, Henricksen, Bruhn, Bornna & Nielsen, 1989; cit. por Lopes, 2003).

Importa referir que as primeiras causas levantadas para a origem da PHDA, faziam referência a uma lesão cerebral. Assim sendo, esta concepção foi levada a cabo em várias investigações, as quais concluíram que apenas 5% a 10% das crianças com lesão cerebral poderão ter desenvolvido esta perturbação. Posto isto, a maioria das crianças, diagnosticadas com PHDA, não apresentam qualquer tipo de lesão cerebral (Fonseca, 1998).

Já Garcia (2001), menciona que em várias investigações se concluiu que os comportamentos das crianças com PHDA encontram-se relacionados mais com um atraso mental do que com lesões cerebrais. E por isto, o mesmo autor considera que o atraso mental e as lesões cerebrais, podem ser factor de influencia para o surgimento desta perturbação, mas não o fazem de modo exclusivo e determinante.

2.1.2-Factores Hereditários

Os factores hereditários, têm sido apontados pelas investigações efectuadas, como causa do PHDA (Lopes, 2003). Segundo Villar (1998), estudos recentes

confirmam que 20 a 30% dos pais de crianças com PHDA, manifestaram também comportamentos hiperactivos durante a sua infância.

Factos este que têm vindo a ser constatados pelas investigações que referem que os pais biológicos das crianças com PHDA, apresentam mais problemas que os pais das crianças ditas normais, nomeadamente problemas de conduta, alcoolismo e hiperactividade (Lopes, 2003).

Pondera-se a hipótese de que as características bioquímicas que influenciam o aparecimento da sintomatologia do PHDA, sejam transmitidas de pais para filhos, não existindo um gene responsável pela transmissão desta perturbação, mas um conjunto de genes capazes de potenciar o controlo dos neurotransmissores.

Deste modo, a causa da PHDA, não se limita apenas a um único factor, mas sim a múltiplos factores e que ao interagirem entre si podem originar a PHDA. Uma atitude parental desadequada não se constitui numa causa da PHDA, mas sim numa consequência. As problemáticas familiares (desentendimentos ou separações), podem acarretar comportamentos emocionais e agressivos que se acumulam com a problemática da hiperactividade, porém não a provocam (Fonseca, 1998).

Os factores fisiológicos têm um papel importante na origem do PHDA, e posto isto não se poderá esquecer, que a criança no seu ambiente, gera uma sucessão de reacções e conflitos que podem ter um carácter patológico. Assim sendo, em casos em que existe uma disfunção familiar, este distúrbio pode tornar-se ainda mais grave (Lopes, 2004).

Por fim, importa desmistificar alguns mitos associados à causa da PHDA, no que se refere à, sobredosagem de consumo de vitaminas, a deficiências na alimentação excessivo de televisão, assim como, o internamento em instituições (Lopes, 2003).

2.2 - Factores Ambientais

2.2.1- Consumo de substâncias e exposição ao chumbo

No que se refere aos factores ambientais apontados como possíveis causadores da PHDA, podemos considerar, por um lado, ao consumo de substâncias durante a gravidez. A nicotina e o álcool, quando ingeridos durante a gravidez, podem causar alterações em algumas partes do cérebro do bebé, incluindo a região frontal. Pesquisas indicam que mães alcoólicas têm mais probabilidade de terem filhos com problemas de

hiperactividade e desatenção. Existem ainda evidências de que crianças pequenas que sofreram intoxicação por chumbo podem apresentar sintomas semelhantes aos da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, especialmente se esta ocorrer entre os 12 e os 36 meses de idade (Lopes, 2003).

Porém, para Lopes (2003) só por si, estes factores não explicam a origem desta perturbação, mas o seu impulsionamento ou agravamento.

2.2.2- Educação Parental

A relação entre o desenvolvimento da PHDA e a educação parental, são também factores a considerar. Famílias caracterizadas por alto grau de agressividade nas interacções (alto grau de discórdia conjugal, baixa instrução, famílias com baixo nível socioeconómico, ou famílias com apenas um dos pais) podem contribuir para o aparecimento de comportamento agressivo ou de oposição nas crianças. Assim, a disciplina em vez de um factor de causa desta problemática, desempenha um papel fundamental na gestão dos comportamentos resultantes desta perturbação, assim como na prevenção do desenvolvimento dos comportamentos agressivos ou de oposição e conduta (Harvey, Danforth, Ulaszek & Eberhardt, 2001).

Deste modo, os programas psico-educativos existentes para os pais de crianças com PHDA que se centralizam na gestão disciplinar dos comportamentos, têm representado uma grande ajuda para estes, de modo a conseguirem lidar com os seus filhos, obtendo resultados positivos sobre o controlo dos sintomas e problemas associados (Ravenel, 2002).

Se a interacção dos pais com os filhos parece exercer uma influencia importante na gestão e curso da perturbação, também se verifica um impacto significativo das crianças com PHDA sobre o bem estar psicológico dos pais, constituindo a perturbação dos filhos numa das causas frequentemente apontadas para a procura de apoio clínico por parte dos pais (Connell & Goodman, 2002).

3- COMORBILIDADE E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A comorbilidade é entendida como a concomitância de dois ou mais distúrbios diferentes num mesmo indivíduo (Fonseca et al., 2000).

A presença de perturbações comorbidas é vista como uma dificuldade acrescida para o estabelecimento de um diagnóstico diferencial, uma vez que requer a determinação dos sintomas de forma a averiguar até que ponto se está perante uma única perturbação ou se está, antes, na presença de duas ou mais perturbações distintas e coexistentes (Lopes, 1998).

Por conseguinte, é importante que os profissionais de saúde mental adquiram um conhecimento das desordens de comportamento e psicopatologia do desenvolvimento. Deverão, de igual modo, ter sensibilidade para confrontar as dificuldades nos adultos e as complexidades associadas ao grau de desadaptação dos sintomas de desatenção, hiperactividade e impulsividade relacionados aos níveis de idade apropriados (Marks et al., 2005).

3.1- Perturbações comórbidas mais frequentes na PHDA

Os dados da investigação sugerem que a comorbilidade é predominante na população com PHDA, constituindo-se como a regra em vez da excepção.

Os elevados índices de comorbilidade são confirmados nos vários estudos, por exemplo Biederman e colaboradores (1991, cit. por Quinn, 1997), evidenciam que a maioria dos sujeitos com PHDA apresentam pelo menos uma perturbação adicional e, por vezes, até mais do que uma. Em 2004, Rohde e colaboradores alegam serem elevados os índices de comorbilidade entre PHDA e abuso ou dependência química na adolescência e na idade adulta. A existência de comorbilidades associadas à PHDA, tais como o transtorno bipolar, depressão, transtornos de ansiedade e abuso de álcool e drogas, aumentam o grau de comprometimento numa parcela significativa de pessoas.

Da mesma forma, outros estudos verificam que entre um terço a metade dos sujeitos com diagnóstico de distúrbio de conduta ou Perturbação de Comportamento de Oposição, apresentam comorbilidade com a PHDA, tendo sido encontrados valores de 75% de casos comórbidos (Biederman, Newcorn & Sprich, 1999, cit. por Connell & Goodman, 2002). Num estudo levado a cabo no Brasil, os resultados foram semelhantes, numa amostra de 36 crianças, de idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos, diagnosticadas com PHDA segundo os critérios do DSM-IV-TR. A análise dos índices de comorbilidade revelou uma incidência de perturbações associadas na ordem dos 86%, dos quais 57% se referiam à co-ocorrência de pelo menos duas perturbações a par da PHDA (Souza, Serra, Mattos & Franco, 2001). Esta elevada incidência de

perturbações comórbidas foi igualmente corroborada por Barkley (1999, cit. por Decker et al., 2001) ao indicar que 44% dos sujeitos diagnosticados com PHDA apresentam uma perturbação comórbida, 32% apresentam duas perturbações comórbidas e 11% apresentam pelo menos três.

De entre muitas perturbações associadas à PHDA destacam-se como mais frequentes a Perturbação de Comportamento de Oposição, Perturbação do Comportamento, Depressão, Perturbação de Ansiedade, Dificuldades de Aprendizagem Específicas (como é o caso da Dislexia), Perturbação de Tiques de Gilles de la Tourette, abuso de substâncias ilícitas (drogas) na adolescência e na idade adulta, entre outras (Barkley, 2006).

3.1.1- PHDA e Perturbações de comportamento exteriorizado

A Perturbação de Comportamento de Oposição e a Perturbação de Conduta, são as perturbações que apresentam valores mais relevantes quando se fala em prevalência perturbações comórbidas com a PHDA. Como podemos verificar no estudo de Souza e colaboradores (2001) encontraram-se valores de 20,6% de comorbilidade entre a PHDA e a perturbação de oposição, e de 39,2% entre a PHDA e a perturbação de conduta.

Quanto às populações clínicas em idade escolar, Barkley e colaboradores (2001) sugerem índices de comorbilidade na ordem dos 45 a 65%. Fonseca (1998) apresenta, igualmente, um leque de estudos, segundo os quais a prevalência de PHDA e as perturbações de comportamento assumem valores na ordem dos 64% para as populações clínicas. Para as amostras das comunidades, apresentam-se intervalos de valores mais alargados, em que os valores oscilam entre os 22% e os 80%, valores estes que têm vindo a encontrar-se em diferentes contextos e países, amostras de diferentes faixas etárias e com o recurso a instrumentos diversificados (Danckaeters & Taylor, 1995, McArdle et al., 1995, cit. por Fonseca, 1998).

Embora alguns autores avancem a possibilidade de a comorbilidade PHDA/ Perturbações do Comportamento sugerir a existência de um síndrome comum às várias perturbações, existem importantes indícios para a distinção e individualidade de cada um dos distúrbios, no que se refere aos estilos de educação parental e clima familiar, factores como a história familiar e padrões de funcionamento cognitivo.(Hinshaw, 1994). Burt e colaboradores (2001), indicam em vários estudos que comorbilidade PHDA/Perturbação Comportamento de Oposição salientam-se as diferenças no tipo de

problemas específicos associados a cada uma das perturbações e os efeitos diferenciados do tratamento com psicoestimulantes. No que diz respeito à presença de problemas de conduta na infância, associada ou não à PHDA, parece ser um antecedente dos comportamentos agressivos, delinquência e abuso de substâncias na adolescência, enquanto os problemas atencionais, na ausência de problemas de conduta, aparentam anteceder défices académicos e cognitivos. Já no que respeita (Fonseca, 2000).

3.2- Problemas Associados

Os problemas associados são um conjunto de características clínicas que ocorrem frequentemente com a perturbação mas que não se consideram essenciais para o estabelecimento do diagnóstico. As perturbações e características clínicas associadas no DSM-IV são discriminadas, apesar de incluídas na mesma secção referente às características e perturbações associadas. Para além das perturbações propriamente ditas, surgem um conjunto de problemáticas que comprometem o funcionamento adaptativo dos sujeitos e das quais destacamos as mais frequentes (APA, 1994).

3.2.1- Problemas de Rendimento Académico

Nas crianças com PHDA, para efeitos de diagnóstico, não são necessários critérios adicionais para além dos descritos no DSM-IV: o excesso de actividade motora, impulsividade e défice de atenção, e respectiva frequência e durabilidade (Lopes, 2003). Sobressaem a este nível algumas características comprometedoras do funcionamento académico, nomeadamente o baixo nível de motivação atestado pela generalidade dos modelos teóricos da PHDA. É certo que as crianças com PHDA demonstram efectivamente níveis de realização escolares baixos e significativamente inferiores às suas capacidades, o que pode derivar das suas próprias características: défice de atenção, impulsividade e actividade motora excessiva (Lopes, 2003). De acordo com Barkley (1999), as crianças com PHDA apresentariam um défice de auto-regulação da motivação, que se traduz em dificuldades para se auto-motivarem e assim persistirem nas tarefas. Atendendo a tais factores, associando ao quadro sintomático da PHDA, não é pois surpreendente que as estimativas de problemas de aprendizagem das crianças com PHDA oscilem entre os 10 a 60%.

3.2.2- Problemas Sociais

As dificuldades de relacionamento interpessoal das crianças com PHDA, são descritas como mais um dos problemas associados a este diagnóstico, uma vez que apresentam maior risco de rejeição pelos pares, bem como problemas significativos de interação social (Hinshaw, 2002).

Comparando as crianças com PHDA com crianças sem perturbação, as crianças com PHDA apresentam uma maior incidência de comportamentos sociais inadequados e défices no conhecimento de regras de interação social. Estas crianças, estabelecem com mais frequência interações negativas com os seus professores e pares. No que se refere aos comportamentos sociais inadequados, destaca-se o risco acrescido para o desenvolvimento de comportamentos de agressividade (Stormont, 2001).

As condutas agressivas parecem referir-se a uma aparente tendência para agredir sem um motivo plausível, ou seja, apenas como uma manifestação de hostilidade. Realça-se, ainda, o facto dos comportamentos agressivos aparecerem associados à PHDA predominantemente hiperactivo/impulsivo, bem como do tipo combinado mas não se salientarem no tipo predominantemente inatento (Howell, 2002).

Observa-se igualmente que para além dos comportamentos socialmente inadequados, existe por parte destas crianças um comprometimento a nível cognitivo, nomeadamente no que se refere, por um lado, ao conhecimento dos comportamentos mais adequados à interação social e, por outro, no que se refere às cognições sociais. Nos comportamentos adequados à interação social, quando as crianças com PHDA são confrontadas com supostas situações problemáticas, estas recorrem mais frequentemente ao recurso a estratégias de agressividade (Howell, 2002).

Um dos indicadores das competências sociais refere-se aos resultados ou consequências que decorrem da interação social, destacando-se dificuldades de relacionamento interpessoal e rejeição por parte dos pares em cerca de 50% dos casos das crianças com PHDA (Guevremont & Dumas, 1994; cit por Nixon, 2001), contra 15 a 30% dos casos de crianças sem perturbação (Coie, Dodge & Coppotelli, 1982, cit in Nixon, 2001).

CAPÍTULO II

CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DOS ESTILOS PARENTAIS

4- ESTILOS PARENTAIS

De acordo com Bussab (2000), culturalmente, é o contexto familiar que funciona como matriz essencial do desenvolvimento humano, tendo sido o elemento crucial sobre o qual ocorreu a pressão selectiva na evolução natural do homem. Segundo a autora, nenhuma comunidade humana desconsidera o parentesco na constituição dos seus laços afetivos, existindo predisposições naturais no ser humano para a vinculação familiar, como sugerem estudos sobre apego, adoção e cuidados com a prole. Mais especificamente, Keller e Zach (2002) afirmam que a família não é mais concebida como um sistema homogêneo, mas como um sistema composto por membros em diferentes momentos do desenvolvimento, configurando diversos contextos de criação para cada criança na mesma família. Segundo Trivers (1974), o investimento parental é definido como um esforço do pai ou da mãe em aumentar a probabilidade de sobrevivência e, portanto, do sucesso reprodutivo de um filho em particular, ao mesmo tempo em que diminui o grau de investimento em outro descendente. Keller (2003) concorda com Trivers (1974) quando afirma que qualquer investimento envolve dois aspectos: por um lado, os cuidados parentais físicos, sociais e psicológicos que contribuem para o sucesso reprodutivo dos filhos, promovendo a adequação dos pais; por outro, o investimento numa criança em particular que, ao mesmo tempo, compromete a possibilidade parental de investir noutro filho. Assim, a decisão de investimento baseia-se em condições ecológicas e sociais do ambiente que definem as condições parentais. O investimento pode variar desde a negligência ou infanticídio até o cuidado adequado, associado a um clima familiar positivo.

Segundo Keller e Zach (2002), a parentalidade é entendida como um programa comportamental que dá apoio aos filhos na formação da matriz relacional, a qual é desenvolvida na sua estrutura básica por volta dos 3 meses de idade. A esse respeito, Rodrigues (1998) ressalta o conceito de solícitude, ou seja, o cuidado, a atenção e o empenho dos pais na criação dos filhos. A solícitude é influenciada por uma série de factores provenientes das características dos pais, dos filhos e da situação na qual estão inseridos.

A literatura da Psicologia a respeito das práticas educativas parentais e dos estilos parentais é bastante abrangente e, embora alguns autores adotem definições específicas (Darling & Steinberg, 1993) de modo geral elas referem-se às formas específicas dos pais se relacionarem com os filhos, o que configura um padrão relacional particular.

Existem várias formas de se analisar os tipos de práticas parentais. A análise das atitudes parentais permite identificar as crenças e os valores dos pais que servem de base para as suas práticas (Baumrind, 1971). As atitudes parentais seriam um constructo que reflecte as expectativas e sentimentos dos pais sobre como agir no desempenho dos seus papéis com os filhos (Oliveira, Frizzo & Marin, 2000). Outra forma de avaliar as interações familiares é a investigação das práticas educativas parentais, comportamentos específicos e diversos domínios de socialização. As práticas parentais são descritas como acções específicas que os pais utilizam e que podem ter significados diferentes dependendo do clima emocional em que ocorrem (Darling & Steinberg, 1993).

Ao contrário das outras formas de análise, a descrição dos estilos parentais permite olhar para padrões globais de comportamento dos pais, não apenas para dimensões específicas. O estilo parental é o contexto dentro do qual operam os esforços dos pais para socializar os seus filhos de acordo com as suas crenças e valores (Darling & Steinberg, 1993). É o clima emocional que propõe as atitudes dos pais e cujo o efeito é alterar a eficácia das práticas disciplinares específicas, além de influenciar a abertura ou predisposição dos filhos à socialização (Costa, Teixeira & Gomes, 2000).

A descrição dos estilos parentais em termos de padrões globais, foi feita pela primeira vez pela autora Diana Baumrind. Uma das distinções propostas por Baumrind (1967) quanto à operacionalização dos estilos parentais foi a diferenciação qualitativa da autoridade dos pais em três categorias: autoritativo, autoritário ou permissivo. A avaliação dos padrões categóricos propostos pela autora incluía também outros atributos parentais como a aceitabilidade e a comunicação familiar.

O modelo tripartite/tripartido estabelecido pela autora subsidiou o estudo de Maccoby e Martin (1983), que transformaram a tipologia da autora, estendendo-a através de duas dimensões ortogonais- responsividade e exigência- que, cruzadas, constituem quatro estilos parentais. A principal diferença do modelo de Maccoby e Martin (1983) face ao de Baumrind (1971), é a separação do padrão permissivo em dois estilos: indulgente e negligente. A variação ocorre ao nível emocional.

O padrão *autoritário* descreve os pais cujo controlo sobre os filhos é feito de forma absoluta, rígida e inflexível, em que se estima o cumprimento e a obediência de regras tidas como certas. Estes pais não encorajam o diálogo nem a autonomia, procuram modelar, controlar e avaliar o comportamento dos filhos de acordo com regras bem estabelecidas. Os pais autoritários geralmente utilizam ameaça de punição e

privação de afecto e privilégios, gerando medo, ansiedade, raiva e retraimento social nos filhos (Baumrind, 1966). Através de vários estudos, pode-se constatar que filhos criados sob um padrão autoritário, apresentam menos auto-estima, maior hostilidade, medo e frustração, maiores índices de ansiedade e depressão, maior insegurança em relação a situações de interacção social, baixos índices de problemas de comportamento e altos índices de desempenho académico (Pacheco, 1999).

O mesmo não acontece com os pais percebidos como *autoritativos*, pois estes pais desempenham um papel de auto- controlo, no qual fornecem as razões para as restrições impostas e favorecem o diálogo. Existe um encorajamento da liberdade e da autonomia e os pais apresentam-se responsivos às necessidades e opiniões dos filhos. Os pais reconhecem os interesses individuais dos filhos, as suas qualidades e competências, dirigindo as actividades dos filhos de uma forma racional, estabelecendo padrões de conduta e valorizando o respeito às regras que consideram razoáveis (Baumrind, 1991). O padrão autoritativo parece ajudar as crianças e adolescentes a desenvolver uma competência instrumental caracterizada pelo balanço de necessidades e responsabilidades sociais e individuais, entre os indicadores dessa competência estão a independência, cooperação com pares e adultos, maturidade psicossocial e sucesso académico. Pais autoritativos mostram grande interesse e participação activa na vida dos seus filhos e gostam de saber onde eles estão, com quem e o que estão a fazer (Darling & Steinberg, 1993).

Baumrind (1971) encontrou evidências de que crianças criadas sob um padrão autoritativo apresentam um melhor desempenho geral do que crianças criadas sob qualquer outro padrão. Filhos de pais autoritativos mostram mais responsabilidade social, cooperação, amizade, maior auto-estima, maiores índices de motivação e realização, sentimentos de controlo sobre os acontecimentos da vida, competência social e cognitiva, menor hostilidade e agressividade e baixos índices de problemas de internalização e de comportamento.

Por outro lado, o padrão *indulgente*, caracteriza-se pelo alto grau de responsividade, tolerância e afecto e pelo baixo uso do controlo do comportamentos dos filhos. Estes pais, propiciam a auto-regulação dos filhos e agem de acordo com uma orientação ideológica complacente. Raramente fazem exigências ou aplicam punições e oferecem apoio afectivo incondicional. Não exigem por parte dos filhos comportamentos maduros, permitem que eles se comportem independente e autonomamente (Steinberg & Ritter, 1997).

Estes filhos, criados sob um padrão indulgente, tendem a apresentar uma maior imaturidade, bons índices de auto-estima e bem-estar psicológico, afectividade, pouco envolvimento em actividades escolares, maior agressividade e impulsividade e altos índices de problemas de comportamento (Maccoby & Martin, 1983).

Por fim, o padrão *negligente*, é aquele cujos pais são fracos tanto em controlar o comportamento dos filhos como em atender às suas necessidades e demonstrar afecto. São vistos como pais pouco envolvidos com na educação dos seus filhos e não mostram interesse nas suas actividades ou sentimentos, não oferecem assistência emocional aos mesmos. Há uma diferença, no entanto, entre ser negligente por violar deliberadamente o direito dos filhos ao afecto e à educação e não poder atender às suas necessidades por falta de condições socioeconómicas para isso (Paget, 1997; cit. por Oliveira, Frizzo & Marin, 2000). O estilo negligente descrito por Maccoby e Martin (1983) refere-se à primeira situação.

Filhos criados sob um padrão negligente, apresentam menores índices de competência social e cognitiva e maiores índices de problemas de internalização e comportamento. Adolescentes criados por pais negligentes apresentam os piores índices de ajustamento entre os quatro estilos parentais (Maccoby & Martin, 1983).

Comparando os estilos parentais, Baumrind (1971) afirma que tanto os pais autoritativos como os pais autoritários estabelecem padrões para os filhos e são bastantes controladores, embora, os pais autoritativos permitam a autonomia para o desenvolvimento da autoconfiança, enquanto que os pais autoritários dominam a criança. Quando os pais autoritativos impõe exigências aos seus filhos, será menos provável que elas conduzam a respostas antagónicas do que as exigências impostas por pais autoritários (Maccoby & Martin, 1983). Os pais autoritativos são diferentes de pais autoritários que disciplinam, mas não explicam o porquê e são vistos como pouco carinhosos. São também diferentes dos pais de padrão indulgente, pois estes são carinhosos, mas no entanto não explicam que é preciso controlar e não disciplinam os seus filhos.

A dimensão responsividade relaciona-se com melhores índices de bem-estar psicológico, auto-estima, autoconfiança e ao desenvolvimento das atribuições de causalidade interna. A dimensão de exigência (controlo), isoladamente, pode estar relacionada com indivíduos competentes, que apresentam valores altos em variáveis de desempenho e obediência e baixos valores em problemas de comportamento. No entanto, pode estar relacionada, também, com indivíduos preocupados e inseguros

quanto ao seu próprio desempenho (Pacheco, 1999). A intrusividade refere-se à excessiva monitorização dos filhos, em que os pais julgam que todas as acções e até os pensamentos dos filhos podem e devem ser acompanhados de perto, gerando um sentimento de invasão e falta de privacidade (Oliveira, Frizzo & Martin, 2000). Para Baumrind (1991), a não intrusividade está associada à competência, a baixos problemas de internalização, à percepção positiva dos pais, maior auto-estima e autonomia.

Neste sentido, Baumrind (1997) retrata a socialização como um processo dinâmico. Através desse processo, os estilos parentais alteram a disponibilidade dos filhos, actuando como variável moderadora da adaptação psicológica das crianças e adolescentes.

Entretanto, recentemente, a autora Paula Gomide construiu uma teorização a respeito dos estilos parentais, considerando outras categorias não especificadas no modelo de Baumrind. Pode-se dizer que os modelos não se contradizem mas complementam-se, pois o modelo anteriormente descrito é mais amplo e de certa forma contém o segundo. No entanto, é o modelo de Gomide (2006) que será utilizado como base para avaliação das práticas educativas parentais nesta pesquisa.

Para Gomide (2006), as práticas educativas parentais dizem respeito a técnicas e estratégias utilizadas pelos pais na criação dos seus filhos, as quais, em conjunto, determinam o estilo parental. De modo geral, as práticas educativas incluem o modo como os pais monitorizam os filhos, em casa e fora dela, como negociam regras de convivência, como estimulam comportamentos adequados/adaptativos, como ensinam valores morais e competências sociais e que formas de punição utilizam diante do comportamento filial considerado inadequado. Dessa forma, a autora seleccionou no seu modelo teórico sete práticas educativas que compõem o Estilo Parental, sendo duas favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais: monitoria positiva e comportamento moral, e cinco relacionadas com o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais: abuso físico, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e negligência.

A *monitoria positiva* é definida como o conjunto de práticas parentais que envolvem atenção e conhecimento dos pais acerca de onde seu filho se encontra e das actividades desenvolvidas por ele. Para Gomide (2003), são ainda componentes da monitoria positiva as demonstrações de afecto e carinho dos pais, principalmente relacionados aos momentos de maior necessidade da criança. A monitoria do comportamento da criança é defendida por vários autores como uma variável importante

para promover o desenvolvimento saudável e evitar o comportamento disruptivo ou anti-social (Patterson, Reid & Dishion, 1992; Stattin & Kerr, 2000), sendo que um dos fatores mais importantes para que ela ocorra é a comunicação adequada entre pais e filhos (Stanton et al., 2000).

O *comportamento moral* refere-se a uma prática educativa pela qual os pais transmitem valores como honestidade, generosidade e senso de justiça aos filhos, auxiliando-os na discriminação do certo e do errado por meio de modelos positivos, dentro de uma relação de afecto. Alguns factores são tidos como essenciais para o desenvolvimento do comportamento moral nas crianças, como o sentimento de culpa, o desenvolvimento da empatia, as acções honestas e as crenças parentais positivas sobre o trabalho, além da ausência de práticas anti-sociais. Uma pesquisa desenvolvida por Lamborn, Mounts, Steinberg e Dornbusch (1991), com adolescentes de 14 a 18 anos de idade, demonstrou haver correlação positiva entre pais considerados responsivos e índices mais altos de desenvolvimento psicossocial, sucesso escolar, autoconfiança e inibição dos comportamentos anti-sociais dos filhos. Da mesma forma, o modelo paterno parece ter uma função importante no desenvolvimento da moralidade de crianças e adolescentes. Nurco e Lerner (1996), por exemplo, afirmam que a presença e modelo positivo do pai na família inibem o consumo de drogas e álcool por adolescentes.

A *punição inconsistente* acontece quando os pais punem ou reforçam os comportamentos dos seus filhos de acordo com o humor, de forma não contingente ao comportamento da criança. Assim, é o estado emocional dos pais que determina as acções educativas e não as acções da criança. Como consequência, a criança aprende a discriminar o humor dos seus pais e não se o seu acto foi adequado ou inadequado (Gomide, 2003). Essa falta de contingência ao comportamento leva à manipulação das partes, em que os filhos escolhem os momentos considerados adequados para interagir com os pais, esquivando-se do contacto quando julgam que eles estão de mau-humor. Nesse padrão, a transmissão de valores e a comunicação tornam-se confusas, o que pode dificultar à criança a compreensão de regras e atitudes morais, e levá-la a não respeitar leis e figuras de autoridade (Carvalho, 2003).

A *negligência* ocorre quando os pais não estão atentos às necessidades dos seus filhos, ausentam-se das responsabilidades, omitem-se de auxiliar os seus filhos, ou simplesmente interagem sem afecto, sem amor. A falta de calor e carinho na interação com a criança pode desencadear sentimentos de insegurança, vulnerabilidade e eventual

hostilidade e agressão em relacionamentos sociais. Oliveira, Frizzo e Marin (2000), acreditam que ela é uma das variáveis importantes para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais, pois a falta de cuidados e principalmente de amor e carinho, impedem ou dificultam o desenvolvimento da auto-estima.

A *monitoria negativa* (ou *supervisão stressante*) caracteriza-se pelo excesso de fiscalização dos pais sobre a vida dos filhos e pela grande quantidade de instruções repetitivas, as quais não são seguidas. Em suma, é um controlo psicológico e comportamental exagerado. Essa prática educativa produz um clima familiar hostil, stressado e sem diálogo, já que os filhos tentam proteger a sua privacidade evitando falar com os pais sobre suas particularidades, e os pais sentem-se frustrados com o seu papel parental porque imaginam que estão a fazer de tudo para educar os filhos. As tentativas de controlo contínuo por parte dos pais inibem ou interferem no desenvolvimento da autoconfiança e autonomia dos filhos pelo facto de manter a dependência emocional dos pais (Barber, 1996), podendo gerar psicopatologias como ansiedade e depressão (Pettit, Laird, Dodge, Bates & Criss, 2001).

Na *disciplina relaxada* verifica-se que o factor controlador da interação pais – filhos é o comportamento agressivo/opositor e coercitivo do filho. As regras estabelecidas pelos pais não são cumpridas e, diante de cobranças ou ameaças, a criança torna-se rebelde e manipuladora, conseguindo manter a situação do jeito que deseja para si. Os pais, por sua vez, omitem-se de impôr ou manter os limites, não fazendo valer as regras que eles próprios determinaram (Gomide, 2003). As regras, portanto, são instáveis e insuficientes.

Por fim, considera-se *abuso físico* quando os pais magoam ou causam dor aos seus filhos com a justificativa de que os estão a educar, por vezes causando-lhes ferimentos e deixando marcas na pele. Pesquisas demonstram que o abuso físico (espancamento) e a negligência são os factores que mais facilmente desencadeiam comportamentos anti-sociais em crianças e adolescentes (Gomide, 2004). Além disso, pais que administram punição corporal tendem a ser abusivos verbalmente com os seus filhos, através de insultos e ameaças, o que pode magnificar a agressão, a delinquência e o comportamento anti-social nas crianças (Gershoff, 2002). A punição corporal e abuso físico são dois pontos em *continuum*, sendo que, se a punição for administrada muito severa ou frequentemente, ela atravessa a linha para o abuso físico. Geralmente, o perigo da punição física reside no facto de que ela é iniciada de modo instrumental, ou seja, de forma controlada, planeada e desacompanhada de emoções fortes, culminando,

posteriormente, com a perda de controle contaminada pela raiva e por outras emoções negativas. Para Gomide (2003), a prática do abuso físico pode gerar crianças apáticas, medrosas e desinteressadas.

As práticas acima descritas podem ser avaliadas por meio do Inventário de Estilos Parentais (IEP), o qual visa auxiliar especialmente profissionais que trabalham com famílias que apresentam risco social, pois permite detectar a que práticas parentais um indivíduo esteve ou está sujeito, e qual a influência delas no desenvolvimento de comportamentos anti-sociais, como o abuso de substâncias, actos homicidas, infratores, etc. O IEP também permite que se possa visualizar que práticas administradas pelos pais devem ser modificadas, mantidas ou otimizadas, no caso de procura de orientação, intervenção e encaminhamento à terapia de família (Sampaio & Gomide, 2007).

5-FACTORES QUE INFLUENCIAM OS ESTILOS PARENTAIS

Vários são os factores que influenciam os estilos parentais. A literatura tem-se dedicado a investigar prioritariamente aspectos como a ordem de nascimento dos filhos, a idade dos filhos, o nível sócio- económico, a etnia, o sexo da criança e dos pais (Mangabeira et al., 2001).

Quanto à influência da ordem de nascimento dos filhos, Shaffer (1988), menciona que os pais tendem a ser mais autoritários e exigentes com o filho mais velho, querem que estes filhos sejam responsáveis e desenvolvam as suas capacidades ao máximo. Os filhos mais velhos geralmente são mais obdientes e interessados em agradar aos pais e apresentam uma maior motivação para a sua realização em relação aos filhos mais novos. A idade dos filhos também é vista como um factor importante para a definição dos estilos parentais, mas os estudos apresentaram alguns resultados também contraditórios. Cohen e Rice (1997) referiram que quanto mais velhos são os filhos mais eles percebem os pais como autoritativos e menos como indulgentes ou autoritários. Já Mangabeira e colaboradores (2001) apontaram que os adolescentes mais velhos tendem a relatar maior coercitividade e menor aceitação por parte dos pais, caracterizando um estilo parental mais autoritário e menos autoritativo.

No que se refere à influência do nível sócio-económico, Mangabeira e colaboradores (2001) observaram que pais de nível socioeconómico baixo tendem a ser mais restritivos e autoritários e a usar mais a força, enquanto que pais de nível sócio-

económico alto tendem a ser mais permissivos ou autoritativos. Estas diferenças existentes na relação entre o estilo parental e o nível socioeconómico tendem a ser mais salientes em relação aos filhos homens do que às filhas mulheres. Nas classes média e alta, os filhos tendem a apresentar uma maior dependência em relação aos seus pais. Além do nível sócio- económico, a baixa escolaridade dos pais também foi correlacionada com a maior utilização do estilo autoritário (Noller, 1994).

Em relação às influências étnicas e culturais, estudos com amostras orientais mostraram um aumento do número de famílias descritas como autoritárias e uma diminuição de famílias descritas como autoritativas e indulgentes. Os efeitos dos dois tipos de criação, no entanto, são semelhantes aos observados em amostras orientais (Steinberg, 2000).

Quanto à diferença de sexo na caracterização dos estilos parentais, pai e mãe por norma exercem diferentes papéis, e estes têm impactos diferentes sobre os filhos ou filhas. Por norma, meninos e meninas descrevem a mãe como uma referência de responsividade, aceitação e compreensão e descrevem o pai como o mais julgador e o menos disponível à discussão de sentimentos, problemas e dúvidas. Os pais normalmente são descritos como mais autoritários ou negligentes quando comparados com as mães, pois estas são mais autoritativas ou indulgentes.

Estudos nacionais e estrangeiros, consideram a presença e a influencia da mãe de forma mais marcante na vida dos filhos do que a presença do pai (Costa, Teixeira & Gomes, 2000). Para Baumrind (1991), as mães costumam ser mais envolvidas com as situações do quotidiano dos filhos do que os pais. O estilo parental de um dos pais pode ser o determinante principal do funcionamento familiar e o bom relacionamento com os pais pode compensar o mau relacionamento com o outro (Bellissimo & Norman, 1995). Em relação à configuração familiar, os mesmos autores afirmam que o estilo parental de madrastas e padrastos, quando adoptam o papel de cuidadores, assumem-se como importantes para o funcionamento familiar tanto quanto o estilo dos pais biológicos das crianças.

Em relação à influência do sexo do filho no estilo parental dos pais, os estudos são coerentes em apontar que os pais tendem a ser mais autoritativos em relação às meninas do que aos meninos, em termos de confiança e abertura de comunicação. O estilo autoritário é mais utilizado com os meninos e o estilo autoritativo com as meninas (Noller, 1994). Baumrind (1991) observou que os pais com as meninas tendem a usar

mais controlo racional, prestam mais auxílio e são menos intrusivos. Com os meninos, os pais tendem a ser mais disciplinadores, utilizam mais a punição e são mais intrusivos.

As autodescrições dos pais e as descrições dos pais pelos filhos também costumam divergir. Os filhos tendem a ver a mãe e o pai como menos exigentes e menos responsivos do que os próprios pais se descrevem. As discrepâncias entre as percepções dos pais e dos filhos tendem a ser maiores em períodos de maior mudança, como a adolescência. Quanto maior a discrepância percebida pelos adolescentes e pais sobre o funcionamento familiar, menor é o bem-estar psicológico dos adolescentes ao longo do tempo (Cohen & Rice, 1997).

O conflito familiar seria mais provável de ocorrer quando o pai e a mãe diferem nos seus estilos parentais (Noller, 1994).

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A parte empírica deste trabalho descreve a investigação realizada. No terceiro capítulo será abordada a metodológica utilizada do presente estudo, os objectivos, população em estudo, hipóteses de investigação, instrumentos utilizados e são descritos os procedimentos de recolha de dados e os procedimentos estatísticos de análise de dados. No capítulo 4, são apresentados e descritos os resultados obtidos no estudo e no capítulo 5, segue-se uma interpretação e discussão dos resultados, tendo em conta a revisão da literatura. Neste capítulo são ainda apresentadas algumas limitações do estudo, Por fim, no capítulo 6, é feita uma conclusão integrativa e são mencionadas implicações futuras.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

6- METODOLOGIA

Com o objectivo de perceber as variações existentes da principal variável (Estilos Parentais) no grupo em estudo (crianças/adolescentes com diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção), foi realizado um estudo descritivo, correlacional e transversal.

Enunciaremos de seguida os objectivos da investigação e hipóteses. Posteriormente, proceder-se-á à apresentação das variáveis a serem estudadas, descrição da amostra, dos procedimentos de recolha de dados, dos instrumentos de avaliação a utilizar e, por fim, os procedimentos estatísticos de análise de dados utilizados.

6.1- Objectivos

6.1.1- Objectivo Geral

Como objectivo geral deste estudo, pretende-se compreender a relação existente entre o diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção nas crianças e o Estilo Parental adoptado pelos seus respectivos pais para a educação dos seus filhos.

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma melhoria e avanço ao nível da investigação nesta área e na criação de intervenções eficazes que permitam aos pais adoptar um estilo parental, ou seja, um modo de educação que esteja de acordo as necessidades que a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção requer.

6.1.2- Objectivos Específicos

- Definir Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, tendo em conta a sua perspectiva histórica;
- Definir e fazer uma reflexão teórica do conceito de Estilos Parentais bem como dos tipos de estilos parentais existentes, segundo os autores pioneiros destes estudos.
- Analisar a relação existente entre o diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e os estilos parentais adoptados pelos pais de crianças com PHDA.
- Analisar a relação entre Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, os estilos parentais e as variáveis sócio-demográficas

6.2- Hipóteses

As hipóteses levantadas neste estudo são as seguintes:

H1: Os pais/mães com filhos do género feminino adoptam estilos parentais idênticos em relação aos pais/mães com filhos do género masculino.

H2: A idade dos pais/mães não exerce influência sobre o Estilo Parental Educativo.

H3: As práticas educativas são afectadas pela idade das crianças/adolescentes.

H4: Existem diferenças entre pais/mães e professores na avaliação diagnóstica da PHDA.

H5: As crianças/adolescentes de idade mais avançada apresentam menor grau PHDA do que as crianças/jovens de mais baixa idade, seja na avaliação efectuada pelos Pais/Mães ou pelos Professores.

H6: Prevê-se a existência de uma relação significativa e positiva entre a hiperactividade avaliada pelos pais/mães e pelos professores, seja para os rapazes ou para as raparigas.

H7: Prevê-se que exista uma relação significativa entre os estilos parentais e o diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção avaliada pelos pais/mães, considerando-se que as práticas educativas afectam a avaliação realizada pelos pais/mães.

6.3- Variáveis

As variáveis da presente investigação foram seleccionadas atendendo à revisão da literatura e de acordo com os objectivos propostos. Como variável dependente deste estudo temos a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção e como variável independente, os Estilos Parentais analisados através de Práticas Parentais.

6.4- Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 50 criança/adolescentes, dos quais 36 são do género masculino e 14 do género feminino, com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos de idade, diagnosticados com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção nas consultas de Pediatria do Desenvolvimento, e um representante educacional de cada criança (pai/mãe). Os sujeitos foram recolhidos no Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., nas consultas de Pediatria do Desenvolvimento. Outra

parte da amostra deste estudo foi constituída por um representante de educação (pai ou mãe) de cada uma destas mesmas crianças/adolescentes.

Resgarde-se que a amostra recolhida vai de encontro a um diagnóstico prévio de PHDA, já efectuado nas consultas de Pediatria do Desenvolvimento pelas médicas assistentes, salvaguardando esta prova, através da aplicação do *Questionário de Conners* aos pais e professores das crianças da respectiva amostra.

Caracterizando a amostra, constituída pelas crianças com diagnóstico de PHDA e os seus pais/mães pelo questionário sócio-demográfico, verifica-se pelo Quadro 1, que o estado civil da maior parte dos sujeitos é “casado”, quer daqueles que têm filhos do sexo masculino ($n=28 \Rightarrow 77.8\%$) quer do sexo feminino ($n=11 \Rightarrow 78.6\%$).

A maior parte dos sujeitos do sexo masculino «PAI», da amostra com filhos “Rapazes” possui o 4º ano de escolaridade ($n=15 \Rightarrow 41.7\%$), ao passo que aqueles que têm filhos “Raparigas” possuem o 6º ano de escolaridade ($n=6 \Rightarrow 42.9\%$). Por sua vez, a maior parte dos sujeitos do sexo feminino «MÃE», da amostra com filhos “Rapazes” possui o 6º ano de escolaridade ($n=11 \Rightarrow 30.6\%$), ao passo que aqueles que têm filhos “Raparigas” possuem igualmente o 6º ano de escolaridade ($n=7 \Rightarrow 50.0\%$).

No que se refere à actividade profissional (Quadro 1) segundo o Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001)², relativamente à Classificação Nacional de Profissões, a maioria pertence ao grupo 7 “Operários, Artífices e Trabalhadores Similares”. A maior parte dos sujeitos dos dois grupos está actualmente na situação de empregabilidade. Ainda assim, uma frequência considerável – 6 pais e 13 mães – estão na situação de desemprego.

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra (n=50)

	Rapazes (n=36)		Raparigas (n=14)		TOTAL (n=50)		Qui- Quadrado	
	N	%	N	%	N	%	χ^2	P
<i>Estado civil</i>								
Solteiro	3	8,3	1	7,1	4	8,0	1,880	0,482
Casado	28	77,8	11	78,6	39	78,0		
Divorciado	5	13,9	0	0,0	5	10,0		
Não respondeu	0	0,0	2	14,3	2	4,0		

² Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). Classificação Nacional de Profissões. Direcção de Serviços de Avaliação e Certificação. Núcleo de Informação e Documentação. Lisboa.

Habilitações Literárias: PAI

2º ano	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
3º ano	1	2,8	1	7,1	2	4,0		
4º ano	15	41,7	2	14,3	17	34,0		
5º ano	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
6º ano	10	27,8	6	42,9	16	32,0	9,897	0,165
7º ano	3	8,3	1	7,1	4	8,0		
9º ano	6	16,7	1	7,1	7	14,0		
12º ano	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Não respondeu	0	0,0	1	7,1	1	2,0		

Habilitações Literárias: MÃE

2º ano	2	5,6	0	0,0	2	4,0		
3º ano	2	5,6	0	0,0	2	4,0		
4º ano	8	22,2	5	35,7	13	26,0		
5º ano	1	2,8	1	7,1	2	4,0		
6º ano	11	30,6	7	50,0	18	36,0		
7º ano	2	5,6	0	0,0	2	4,0	8,558	0,633
8º ano	2	5,6	0	0,0	2	4,0		
9º ano	4	11,1	0	0,0	4	8,0		
11º ano	2	5,6	0	0,0	2	4,0		
12º ano	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Ensino superior	1	2,8	1	7,1	2	4,0		

Profissão: PAI

Adegaireiro	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Afinador Acabamentos	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Armador de Ferro	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Operário do Calçado	1	2,8	1	7,1	2	4,0		
Cantoneiro	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Carpinteiro	2	5,6	0	0,0	2	4,0		
Operário da Construção Civil	7	19,5	4	28,4	11	22,0		
Canalizador	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
Cortador de Carnes	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Desempregado	2	5,6	4	28,6	6	12,0		
Distribuidor de Pão	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Empregado de Balcão	1	2,8	0	0,0	1	2,0	33,631	0,582
Empresário	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Madeireiro	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Manobrador de Máquinas	2	5,6	0	0,0	2	4,0		
Marceneiro	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Motorista	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Operário Têxtil	4	11,2	1	7,1	5	10,0		
Operador Reprografia	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Padeiro	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
Reformado	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Serralheiro/Soldador	3	8,4	1	7,1	4	8,0		
Tecelão	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Técnico Máquinas	1	2,8	0	0,0	1	2,0		

Não respondeu	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
<i>Profissão: MÃE</i>								
Auxiliar de Cozinha	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Cablagem	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Operária do Calçado	1	2,8	1	7,1	2	4,0		
Costureira	6	16,7	2	14,3	8	16,0		
Desempregada	11	30,6	2	14,3	13	26,0		
Doméstica	2	5,6	2	14,3	4	8,0		
Educadora de Infância	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
Empregada de Balcão	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
Empresária	1	2,8	0	0,0	1	2,0	23,418	0,476
Escriturária	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Estudante de Educador Infância	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Fundo Desemprego	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Operária Têxtil	7	19,6	4	28,5	11	22,0		
Preparadora	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Rendimento Mínimo	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Revistadeira	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Não respondeu	0	0,0	1	7,1	1	2,0		

Como podemos verificar no Quadro 2, a maioria, quer dos «Rapazes» ($n=24 \Rightarrow 66,7\%$) quer das «Raparigas» ($n=8 \Rightarrow 57,1\%$) vive actualmente com ambos os pais.

Quanto à escolaridade, a maioria dos «Rapazes» possui/frequenta o 4º ano de escolaridade ($n=9 \Rightarrow 25,0\%$), enquanto que a maioria das «Raparigas» possui/frequenta o 3º ano de escolaridade ($n=8 \Rightarrow 57,1\%$).

Em relação à “toma de medicação”, a maior parte dos «Rapazes» ($n=32 \Rightarrow 88,9\%$) e a quase totalidade das «Raparigas» ($n=13 \Rightarrow 92,9\%$) toma medicação diariamente.

Relativamente à “apresentação de outro tipo de patologias”, quer a maioria dos «Rapazes» ($n=31 \Rightarrow 86,1\%$) quer das «Raparigas» ($n=10 \Rightarrow 71,4\%$), segundo a afirmação dos pais/mães, não apresenta senão complicações relacionadas com a hiperactividade.

Pelo teste do qui-quadrado com simulação de Monte Carlo, verifica-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas na escolaridade das crianças/jovens (rapazes *versus* raparigas) ($\chi^2=16,940$; $p=0,010$). Nos restantes itens sócio-demográficos não existe relação estatística, i.e., não há evidência (estatística)

suficiente na relação entre o género e o tipo de questão colocada, pelo que podemos concluir que os grupos são idênticos, tendo em conta que o número de participantes desta amostra é reduzido (n=50).

Quadro 2 – Caracterização sócio-demográfica da amostra: variáveis específicas da criança com PHDA (n=50).

	Rapazes (n=36)		Raparigas (n=14)		TOTAL (n=50)		Qui- Quadrado	
	N	%	n	%	N	%	χ^2	P
<i>Com quem vive a criança?</i>								
Com ambos os pais	24	66,7	8	57,1	32	64,0	9,215	0,340
Só com a mãe	2	5,6	0	0,0	2	4,0		
Só com o pai	2	5,6	0	0,0	2	4,0		
Avós	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
Com ambos os pais e irmãos	5	13,9	4	28,6	9	18,0		
Com ambos os pais e avós	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Com a mãe e irmãos	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Com a mãe, irmãos e avós	1	2,8	0	0,0	1	2,0		
Não respondeu	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
<i>Ano de escolaridade da criança</i>								
2º ano	8	22,2	2	14,3	10	20,0	16,940	0,010 *
3º ano	6	16,7	8	57,1	14	28,0		
4º ano	9	25,0	2	14,3	11	22,0		
5º ano	6	16,7	0	0,0	6	12,0		
6º ano	4	11,1	0	0,0	4	8,0		
7º ano	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
8º ano	3	8,3	0	0,0	3	6,0		
9º ano	0	0,0	1	7,1	1	2,0		
<i>A criança toma medicação?</i>								
Sim	32	88,9	13	92,9	45	90,0	0,176	0,567
Não	4	11,1	1	7,1	5	10,0		
<i>A criança apresenta outro tipo de patologia?</i>								
Sim	4	11,1	2	14,3	6	12,0	0,220	0,486
Não	31	86,1	10	71,4	41	82,0		
Não respondeu	1	2,8	2	14,3	3	6,0		

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Pelo Quadro 3, observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as idades dos progenitores de «Rapazes» ou «Raparigas», quanto ao número de filhos, às idades das crianças/jovens, ou à idade que as crianças/jovens tinham quando foi diagnosticada a perturbação de hiperactividade e défice de atenção. Em todas estas variáveis predomina o equilíbrio entre os valores médios (nas variáveis com distribuição normal) ou entre as classificações médias (*mean rank*) (nas variáveis com distribuição não-normal). Ou seja, os «Rapazes» e «Raparigas» deste estudo são uma amostra relativamente homogénea.

Quadro 3– Dados sócio-demográficos da amostra: média (M), desvio-padrão (DP), *mean rank* e teste *t* de medidas independentes ou teste *U* Mann-Whitney na comparação Rapazes *versus* Raparigas.

	Rapazes			Raparigas			Comparação	
	M	DP	<i>Mea n Rank</i>	M	DP	<i>Mea n Rank</i>	<i>t</i> ou <i>Z</i>	<i>P</i>
Idade Mãe (anos) (●)	37,4	6,28	---	37,5	6,73	---	-0,072	0,943
Idade PAI (anos) (●)	39,1	6,80	---	39,5	7,45	---	-0,168	0,868
Número de filhos (●●)	2,0	0,94	24,53	2,1	0,77	28,00	-0,819	0,413
Idade da criança (●)	9,7	1,82	---	9,5	1,74	---	0,294	0,770
Que idade tinha a criança quando foi diagnosticada com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção? (●●)	6,5	1,87	24,80	6,2	1,14	23,69	-0,254	0,800

(●) distribuição normal ($p > 0,05$): aplicação do teste *t* de medidas independentes

(●●) distribuição não-normal ($p < 0,05$): aplicação do teste *U* Mann-Whitney

6.5- Instrumentos

O protocolo desta investigação é composto por um questionário sócio - demográfico, desenvolvido para este estudo, 3 três instrumentos de medida: Questionário de *Connors* para pais e para professores (Barbosa & Gouveia, 1993) e o Inventário de Estilos Parentais (Gomide, 2006).

6.5.1- Questionário Geral (Sócio-demográfico)

Este questionário, de preenchimento breve, permite recolher informação acerca dos dados demográficos e sociais. Foi aplicado às crianças/adolescentes assim como ao representante de educação de cada uma crianças.

Os itens do instrumento para pais é constituído por questões de resposta múltipla e de resposta breve como: idade, género, estado civil, habilitações literárias e profissão. No mesmo questionário sócio-demográfico, foram feitas questões acerca das crianças/adolescentes, como a idade, ano de escolaridade, repetição de ano, número de irmãos e com quem habita.

6.5.2- Questionário de Conners

O questionário de Conners tem a sua autoria original de Conners (1969), tendo sido validado para a população portuguesa por Barbosa e Gouveia (1993).

Este questionário apresenta duas versões equivalentes, sendo uma respondida pelos pais da criança e outra pela professora mais próxima. Tal procedimento visa avaliar diferencialmente o *hiperactivo massivo* (aquele que tem comportamentos identificados por pais e por professores) e o *situacional* (só prevalece num dos contextos: escolar ou familiar).

É composto por 42 itens na versão para pais e 28 itens na versão para professores. Nas duas versões, 10 itens compõem o índice de hiperactividade. Em ambas as versões a pontuação obedece ao mesmo padrão de resposta, que varia entre 0 e 3 (0=Nunca; 1=às vezes; 2= frequentemente e 3= sempre), o que permite estimar o quanto a criança pode ser hiperactiva.

A soma total das respostas para os dez itens em cada uma das versões pode variar de 0 a 30. Quando a criança alcançava pontuação bruta de 18 ou mais na versão para pais ou 22 ou mais na versão para professores, provavelmente tratava-se de uma criança hiperactiva.

O questionário de Conners, foi aplicado aos pais e professores das crianças/adolescentes com o objectivo de verificar se realmente estamos perante um caso de PHDA, sendo que é importante analisar os dois contextos da criança, casa e escola.

Na validação do Índice de Hiperkinésia do Questionário de Connors em ambas as versões, desenvolvida por Barbosa e Gouveia (1993), verifica-se na versão para pais um *alpha* de Cronbach de 0,81 e na versão para professores um *alpha* de Cronbach de 0,91.

Características Psicométricas do Questionário de Connors na amostra em estudo

Para avaliar a consistência interna do instrumento na amostra em estudo (quadro 1), foi calculado o alfa de Cronbach do Questionário de Connors de pais e professores, à escala total. Da análise da escala total para pais, verificamos uma elevada consistência interna ($\alpha - Cronbach = 0,90$) assim como também o mesmo se verifica na escala total para professores ($\alpha - Cronbach = 0,94$). No que concerne ao índice de hiperkinésia para pais verificamos uma boa consistência interna ($\alpha - Cronbach = 0,83$), tal se verifica também para os professores ($\alpha - Cronbach = 0,89$).

Os resultados do nosso estudo no que se refere ao Índice de Hiperkinésia das versões de pais e professores deste questionário apresentam valores muito semelhantes aos apresentados por Barbosa e Gouveia (1993) na validação do instrumento.

Quadro 4 – Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna do Questionário de Connors

	Total
Questionário Connors (Pais) (k=47)	0,90
Questionário Connors (Professores) (k=28)	0,94
Questionário Connors Índice de Hiperkinésia (Pais) (k=10)	0,83
Questionário Connors Índice de Hiperkinésia (Professores) (k=10)	0,89

6.5.3- Inventário de Estilos Parentais (IEP)

O Inventário de Estilos Parentais (IEP) apresenta certas práticas utilizadas pelos pais na educação dos filhos que podem acarretar, por um lado, o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais e, por outro, o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais de crianças e adolescentes.

O IEP visa auxiliar especialmente profissionais que trabalham com famílias que apresentam risco social, pois permite detectar quais práticas parentais de um indivíduo e qual a influência delas no desenvolvimento de comportamentos anti-sociais, como o abuso de substâncias, actos homicidas, infractores, etc. O instrumento também permite que se visualizem as práticas administradas pelos pais que devem ser modificadas, mantidas ou optimizadas, no caso de busca de orientação, intervenção e encaminhamento à terapia de família, por exemplo (Sampaio, 2007).

O Inventário é composto por 42 questões, sendo que cada uma consta de uma frase, à qual pai/mãe deve responder indicando a frequência com que age conforme a situação descrita na frase. Assim, responde-se: *nunca*: se em 10 ocasiões, ele(a) agiu daquela forma de 0 a 2 vezes; *às vezes*: se em 10 ocasiões, ele(a) agiu daquela forma de 3 a 7 vezes; *sempre*: se em 10 ocasiões, ele(a) agiu daquela forma de 8 a 10 vezes. As questões estão distribuídas de maneira que abrangem as sete práticas educativas: (A)monitoria positiva, (B) comportamento moral, (C)negligência, (D) punição inconsistente, (E) disciplina relaxada, (F) monitoria negativa e (G) abuso físico, sendo que a cada variável correspondem seis perguntas. A tabulação dos dados obtidos por meio do Inventário é feita utilizando-se a folha de resposta que contém as sete práticas educativas deste instrumento. Cada resposta *nunca* recebe pontuação 0 (zero); *às vezes*, pontuação 1 (um); e *sempre*, pontuação 2 (dois). O cálculo do índice de estilo parental é feito pela subtracção da soma das disciplinas negativas (C+D+E+F+G) e da soma das positivas (A+B), ou seja, $IEP = (A+B) - (C+D+E+F+G)$ (Gomide, 2006).

Gomide (2006) efectuou a aferição Brasileira deste instrumento, em 769 jovens pertencentes a dois grupos: 136 em situação de risco (crianças e adolescentes institucionalizados em colégios, lares de vítimas de abuso físico e sexual e de casas de lar) e 633 estudantes de escolas públicas e particulares. Os resultados da aplicação do *alpha* de Cronbach para a validação do instrumento para a população Brasileira, revelaram coeficientes razoáveis de consistência interna, que varia de 0,47 (monitoria negativa) a 0,82 (abuso físico) (Gomide, 2006).

Características Psicométricas do Inventário de Estilos Parentais na amostra em estudo

No sentido de avaliar a consistência interna da escala da presente amostra, foi calculado o alfa de *Cronbach* para as sete dimensões. Foi possível verificar valores que se situam entre 0,38 (Punição Inconsistente) e 0,73 (Abuso Físico). No total da escala, obteve-se um α - *Cronbach* igual a 0,41, o que nos indica uma consistência demasiado baixa. No estudo realizado por Gomide (2006), para a validação do instrumento à população Brasileira, verificaram-se valores mais elevados em comparação com o nosso estudo.

Quadro 5- Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna do Inventário de Estilos Parentais

	Total
Inventário de Estilos Parentais (k=42)	0,41 ^[1]
- Monitorização Positiva (k=6)	0,49 ^[1]
- Comportamento Moral (k=6)	0,40 ^[1]
- Punição Inconsistente (k=6)	0,38 ^[1]
- Negligência (k=6)	0,44 ^[1]
- Disciplina Relaxada (k=6)	0,57 ^[1]
- Monitoria Negativa (k=6)	0,39 ^[1]
- Abuso Físico (k=6)	0,73 ^[3]

6.6- Procedimentos

6.6.1- Procedimento de recolha de dados

Antes da administração dos instrumentos efectuou-se a realização do pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital para a realização da presente investigação. Para tal, esse pedido contemplou um resumo dos objectivos do projecto de investigação, bem como o seu âmbito e finalidade.

Os dados foram recolhidos no Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., no desenvolvimento de um Grupo de Intervenção Psico-Educativa para pais de crianças

com PHDA. Salienta-se que a aplicação foi individual, de modo a garantir as condições de privacidade necessárias.

Todo este processo se iniciou após a entrega do consentimento informado, onde foi explicado detalhadamente o âmbito, a finalidade, a duração do estudo, a participação voluntária, gratuita e a garantia da confidencialidade dos dados pessoais fornecidos (Ribeiro, 2002).

A recolha dos dados sócio-demográficos foi feita através da aplicação do Questionário Geral (Sócio-Demográfico) aos pais das crianças/adolescentes diagnosticadas com PHDA. Nesse questionário as questões incidem sobre a idade, estado civil, habilitações literárias e profissão dos pais. Nesse mesmo questionário são abordadas questões sobre a criança/adolescente, que se referem à idade, escolaridade, se toma medicação, a que idade foi diagnosticada a PHDA, com quem habita e o número de irmãos. Foi no mesmo dia agendado um novo encontro, no qual se procedeu à aplicação do Questionário de *Conners* aos pais, e foi facultado o Questionário de *Conners* para os professores, que foi entregue para análise no encontro seguinte. Posteriormente, foram recolhidos os Questionários de *Conners* devidamente preenchidos pelos professores das crianças/adolescentes em questão e foi preenchido o Inventário de Estilos Parentais (IEP).

6.6.2- Procedimentos estatísticos de análise dos dados

Após a recolha dos dados, estes foram inseridos na base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences- versão 17.0 para Windows*).

A análise exploratória de dados incidiu sobre as frequências absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média (M), o desvio-padrão (DP), valores mínimo ($Mín$) e máximo (Max) para as variáveis quantitativas. A dispersão, foi, ainda, apreciada pelo coeficiente de variação (CV) [$CV=(DP/M)*100$]³.

O estudo da normalidade das distribuições, foi realizado pelo teste de *Shapiro-Wilk* ($n<50$). As variáveis com nível de significância igual ou inferior a 5% ($p\leq 0,05$) foram consideradas com distribuição não-normal; as variáveis com nível de

³ $CV\leq 15 \Rightarrow$ fraca dispersão
 $15 < CV \leq 30 \Rightarrow$ dispersão média
 $CV > 30 \Rightarrow$ elevada dispersão

significância superior a 5% ($p > 0,05$) foram consideradas com distribuição normal. A inexistência de distribuição normal, levou à análise da simetria (*skewness*) e da curtose (*kurtosis*), através do quociente do seu valor estatístico com o erro padrão respectivo, $skewness/std_{skewness}$ e $kurtosis/std_{kurtosis}$, considerando-se simétricos e mesocúrticos os valores compreendidos no intervalo]-1,96; 1,96[.

A comparação entre grupos (rapazes e raparigas; idade dos pais ≤ 40 anos e idade dos pais > 40 anos; crianças 5-8 anos e crianças 9-14 anos) foi efectuada pelo teste *t* de medidas independentes, sempre que nos dois grupos a variável em comparação apresentava distribuição normal, ou pelo teste *U Mann-Whitney* sempre que pelo menos um grupo apresentava distribuição não-normal na variável em comparação. A comparação entre a avaliação da hiperactividade efectuada pelos Pais/Mães e pelos Professores, foi feita pelo teste *t* de medidas emparelhadas.

A verificação da existência de relações de dependência, que podem ou não ser relações de causalidade, entre duas variáveis qualitativas (género do filho e opção de resposta em cada item dos questionários), foi efectuada pelo teste de independência do qui-quadrado de *Pearson* (χ^2), por intermédio do procedimento *crosstabs*. O teste do qui-quadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Ou seja, pretende-se que todas as células tenham frequência esperada superior a 1 e que 80% das células tenham frequência esperada superior a 5 unidades. Sempre que este pressuposto não foi garantido, analisou-se a relação entre as variáveis por recurso aos resíduos ajustados estandardizados, os quais informam sobre quais as células que têm comportamento significativamente diferente do esperado⁴. Assim, o teste do qui-quadrado para as células que violaram o pressuposto obteve-se pela soma do quadrado dos seus resíduos estandardizados. Nos casos em que não foi possível a aplicação rigorosa do teste, recorreu-se ao teste do qui-quadrado com simulação de Monte Carlo, com um nível de confiança de 99%.

O estudo da correlação entre variáveis foi efectuada pelo coeficiente de correlação produto-momento de *Pearson* (variáveis quantitativas com distribuição normal) ou pelo coeficiente de correlação de *Spearman* (variáveis com distribuição não-

⁴ Para $p=0,05$, quando estes resíduos se situam entre -1,96 e 1,96, o comportamento da célula é semelhante ao esperado, à média, e nada de novo há a relatar. Se os resíduos se situam abaixo de -1,96 significa que essa célula tem um comportamento significativamente inferior ao esperado, ou inferior à média; por sua vez, se os resíduos se situam acima de 1,96 significa que a célula tem um comportamento superior ao esperado, ou superior à média.

normal). A interpretação da magnitude da correlação foi efectuada pelo intervalo de correlação definido por Pestana & Gageiro (2005)⁵.

Com o propósito de explorar o efeito preditor das sete práticas educativas do Inventário de Estilos Parentais (Monitorização Positiva, Comportamento Moral, Punição Inconsistente, Negligência, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa, Abuso Físico) e o Índice de Estilo Parental, na avaliação da hiperactividade pelos pais, bem como verificar qual o(s) melhor(es) preditor(es) da avaliação da hiperactividade, realizamos uma Análise de Regressão Linear Múltipla pelo método de *stepwise* (passo a passo, em que apenas os melhores modelos são hierarquizados e as variáveis não significativas são excluídas). Para tal, consideramos como variável dependente (V_d) a hiperactividade avaliada pelos pais e como variáveis independentes (V_i) as práticas educativas do Inventário de Estilos Parentais (Monitorização Positiva, Comportamento Moral, Punição Inconsistente, Negligência, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa, Abuso Físico) e o Índice de Estilo Parental. Foram avaliados os pressupostos considerando a normalidade da distribuição dos resíduos (pelo valor máximo de Cook D, pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($n \geq 50$) dos resíduos não estandardizados e pela assimetria e curtose), a linearidade dos parâmetros (informação produzida pelo *scatterplot*), a existência de homocedasticidade (pela relação entre os resíduos estudantizados e os resíduos estandardizados), a ausência de autocorrelação (pela estatística de Durbin-Watson) e ausência de multicolinearidade (pelo valor da Tolerância, pelo *variance inflation factor*). Assim, a Análise de Regressão Linear Múltipla foi estabelecida em quatro fases: 1) avaliação dos pressupostos, 2) variáveis excluídas do modelo, 3) ajustamento do modelo, 4) obtenção do modelo final.

A consistência interna de cada questionário foi avaliada pelo α -Cronbach.

O nível de significância estatístico adoptado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Todavia, a existência de valores de significância superiores a 5% e iguais ou inferiores a 10%, foram considerados marginalmente significativos ($0,05 < p \leq 0,10$).

⁵ Pestana & Gageiro (2005):

$\leq 0,19$ Muito Fraca

0,20 a 0,39 Fraca

0,40 a 0,69 Moderada

0,70 a 0,89 Forte

0,90 a 1,0 Muito Forte

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

7.1. HIPÓTESE 1- Os pais/mães com filhos do género feminino adoptam estilos parentais idênticos aos pais/mães com filhos do género masculino.

Pelo quadro 6, observa-se que apenas a prática educativa “Negligência”, avaliada percentualmente, registou, pelo teste *t* de medidas independentes, diferença estatisticamente significativa na comparação entre «Rapazes» *versus* «Raparigas», segundo o diagnóstico dos Pais/Mães ($t=-2,083$; $p=0,037$). Esta diferença foi devida ao valor médio mais elevado do grupo dos «Rapazes» comparativamente às «Raparigas». Ou seja, mesmo tratando-se de valores percentuais médios bastante baixos (15,2 *versus* 8,1), parece existir uma maior negligência dos progenitores em relação ao rapazes do que às raparigas. A dispersão dos sujeitos em torno da média é elevada ($CV>30$) em praticamente todas as práticas educativas, o que denota a grande heterogeneidade dos estilos parentais dos Rapazes e Raparigas deste estudo. Confirma-se a Hipótese 1.

Quadro 6 – Média (M), desvio-padrão (DP), *mean rank*, teste *t* de medidas independentes ou teste *U* Mann-Whitney, na comparação entre Rapazes *versus* Raparigas, relativamente ao Inventário de Estilos Parentais.

	RAPAZES			RAPARIGAS			Comparação	
	M	DP	<i>Mean Rank</i>	M	DP	<i>Mean Rank</i>	<i>t</i> ou <i>Z</i>	<i>P</i>
Índice de Estilo Parental •	-		25,7			24,8		
	12,0	9,22	6	-14,4	7,45	2	-0,206	0,837
Índice de Estilo Parental (%)		16,8	25,7		6,10	24,7		
•	13,3	9	9	7,1	0	5	-0,228	0,820
+ Práticas Educativas:								
Monitorização Positiva ••			26,5			22,8		
	8,6	1,96	3	8,1	2,09	6	-0,809	0,418
Monitorização Positiva (%) •		26,8	26,9		23,7	21,6		
	43,8	8	9	32,7	8	8	-1,167	0,243
Comportamento Moral ••			25,0			26,5		
	8,9	1,53	8	8,7	2,16	7	-0,334	0,739

Comportamento Moral (%) •	21,0	25,2		26,6	26,1		-0,209	0,835
	51,2	0	4	51,1	2	8		
Punição Inconsistente •	6,1	1,89	---	6,1	1,70	---	-0,055	0,957
Punição Inconsistente (%) •	18,4	25,1		14,5	26,4		-0,295	0,768
	21,1	7	3	20,4	0	6		
Negligência •		23,1			31,6		-1,867	0,062*
	5,6	2,03	3	6,9	1,92	1		*
Negligência (%) •	13,1	28,1			18,6		-2,083	0,037*
	15,2	6	5	8,1	6,75	8		
Disciplina Relaxada •	6,5	2,41	---	6,3	1,94	---	0,336	0,739
Disciplina Relaxada (%) •	21,0	24,7		11,3	27,4		-0,587	0,557
	16,6	7	5	14,3	4	3		
Monitoria Negativa •	6,9	1,58	---	7,2	2,69	---	0,440	0,662
Monitoria Negativa (%) •	23,8	26,5		33,5	22,7		-0,829	0,407
	31,2	0	6	30,5	1	9		
Abuso Físico (•)		25,2			26,1		-0,207	0,836
	4,3	2,71	4	4,6	2,65	8		
Abuso Físico (%) •	30,2	26,0		26,6	24,0		-0,458	0,647
	20,4	7	8	15,4	4	0		

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

** diferenças marginalmente significativas ($0,05 < p < 0,10$).

- elevada dispersão ($CV > 30$)
- média dispersão ($15 < CV \leq 30$)

7.2. HIPÓTESE 2- A idade dos pais/mães não exerce influência sobre o Estilo Parental Educativo.

De forma a efectuar um estudo comparativo inter-idades, os sujeitos da amostra (Pais/Mães) foram divididos em dois grupos: i) idade dos pais ≤ 40 anos, ii) idade dos pais > 40 anos. Para tal, foi necessário efectuar previamente o estudo de normalidade das distribuições, através da estatística de Shapiro-Wilk ($n < 50$). As variáveis assinaladas com asterisco (*) apresentam distribuição não-normal ($p < 0,05$), pelo que será necessário efectuar a análise da assimetria e da curtose, no sentido de apurar a possibilidade de utilizar procedimentos estatísticos paramétricos na comparação.

Quadro 7 – Teste de Shapiro-Wilk, na análise da normalidade das distribuições, das variáveis quantitativas.

	Idade dos pais ≤40 anos (n=33)		Idade dos pais >40 anos (n=17)	
	W	p	W	P
Questionário de Connors <i>Hiperactividade</i> avaliada pelos PAIS	0,964	0,351	0,975	0,893
Questionário de Connors <i>Hiperactividade</i> avaliada pelos PROFESSORES	0,983	0,869	0,920	0,146
Inventário de Estilos Parentais:				
- Índice de Estilo Parental	0,922	0,024*	0,966	0,745
- Monitorização Positiva	0,946	0,111	0,919	0,139
- Comportamento Moral	0,921	0,023*	0,916	0,128
- Punição Inconsistente	0,962	0,312	0,904	0,079
- Negligência	0,945	0,102	0,860	0,015*
- Disciplina Relaxada	0,932	0,043*	0,960	0,625
- Monitoria Negativa	0,948	0,127	0,962	0,673
- Abuso Físico	0,930	0,040*	0,914	0,115

* distribuição não-normal ($p < 0,05$).

As variáveis previamente mencionadas com distribuição não-normal, foram submetidas ao cálculo da assimetria (*skewness*) e da curtose (*kurtosis*), tendo-se registado que o quociente do valor estatístico com o erro padrão respectivo $skewness/std_{skewness}$ e $kurtosis/std_{kurtosis}$, produziu valores compreendidos no intervalo $[-1,96; 1,96]$, tendo-se assim considerado como relativamente simétricas e relativamente mesocúrticas, permitindo a aplicação do teste *t* de medidas independentes. Assim, pela Tabela 14 observa-se a homogeneidade dos grupos de pais/mães relativamente às sete práticas educativas do Inventário de Estilos Parentais, mostrando, em todas, valores que não são estatisticamente significativos ($p > 0,05$). Apenas a avaliação da hiperactividade registou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pais/mães ($p = 0,003$), motivado pelo valor médio mais elevado do grupo mais jovem (≤ 40 anos), ou seja, a idade mais baixa dos progenitores conduz a um diagnóstico mais severo da hiperactividade. Em termos de dispersão dos sujeitos em torno do valor médio, a maior

parte das variáveis, nos dois grupos, situa-se entre a moderada ($15 < CV \leq 30$) e elevada ($CV \geq 30$) dispersão. Estes dados confirmam a Hipótese 2.

Quadro 8 – Média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV) e teste *t* de medidas independentes, na comparação entre Idade dos Pais/Mães ≤ 40 anos *versus* > 40 anos, relativamente à hiperactividade e às práticas educativas.

		Idade dos Pais ≤ 40 anos ($n=33$)			Idade dos Pais > 40 anos ($n=17$)			Comparação	
		M	DP	CV	M	DP	CV	T	P
Hiperactividade	avaliada	18,5	5,00	27,0	13,5	5,69	42,1	3,185	0,003*
pelos PAIS									
Hiperactividade	avaliada	15,1	5,30	35,1	12,2	6,71	55,0	1,637	0,100*
pelos PROFESSORES									
Índice de Estilo Parental		-13,4	8,98	-67,0	-11,3	8,37	-74,1	-0,801	0,427
IEP - Práticas Educativas:									
- Monitorização Positiva		8,5	1,91	22,5	8,5	2,21	26,0	-0,027	0,979
- Comportamento Moral		9,1	1,71	18,8	8,4	1,66	19,8	1,399	0,168
- Punição Inconsistente		6,3	1,94	30,8	5,8	1,59	27,4	0,822	0,415
- Negligência		6,1	1,95	32,0	5,7	2,29	40,2	0,673	0,504
- Disciplina Relaxada		6,8	2,23	32,8	5,8	2,27	39,1	1,439	0,157
- Monitoria Negativa		6,9	1,80	26,1	7,2	2,22	30,8	-0,407	0,686
- Abuso Físico		4,8	2,79	58,1	3,6	2,29	63,6	1,524	0,134

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

** diferenças marginalmente significativas ($0,05 < p < 0,10$).

7.3. HIPÓTESE 3- As práticas educativas são afectadas pela idade das crianças/adolescentes.

De forma a efectuar um estudo comparativo inter-idades das crianças/jovens, estas foram divididos em dois grupos: i) Crianças/Jovens 5-8 anos, ii) Crianças/Jovens 9-14 anos. Para tal, foi necessário efectuar previamente o estudo de normalidade das distribuições, através da estatística de Shapiro-Wilk ($n < 50$). As variáveis assinaladas com asterisco (*) apresentam distribuição não-normal ($p < 0,05$), pelo que será necessário efectuar a análise da assimetria e da curtose, no sentido de apurar a possibilidade de utilizar procedimentos estatísticos paramétricos na comparação.

Quadro 9 – Teste de Shapiro-Wilk, na análise da normalidade das distribuições, das variáveis quantitativas.

	Crianças 5-8 anos (n=12)		Crianças 9-14 anos (n=38)	
	W	p	W	P
Questionário de Connors <i>Hiperactividade</i> avaliada pelos PAIS	0,937	0,457	0,965	0,295
Questionário de Connors <i>Hiperactividade</i> avaliada pelos PROFESSORES	0,939	0,490	0,970	0,413
Índice de Estilo Parental	0,874	0,073	0,951	0,102
IEP - Práticas Educativas:				
- Monitorização Positiva	0,963	0,825	0,927	0,018*
- Comportamento Moral	0,876	0,077	0,957	0,164
- Punição Inconsistente	0,927	0,354	0,944	0,061
- Negligência	0,935	0,432	0,918	0,010*
- Disciplina Relaxada	0,954	0,690	0,944	0,064
- Monitoria Negativa	0,923	0,314	0,929	0,021*
- Abuso Físico	0,857	0,045*	0,933	0,027*

* distribuição não-normal ($p < 0,05$).

As variáveis anteriormente mencionadas com distribuição não-normal, foram submetidas ao cálculo da assimetria (*skewness*) e da curtose (*kurtosis*), tendo-se registado que o quociente do valor estatístico com o erro padrão respectivo $skewness/std_{skewness}$ e $kurtosis/std_{kurtosis}$, produziu valores compreendidos no intervalo $]-1,96; 1,96[$, tendo sido consideradas como relativamente simétricas e relativamente mesocúrticas, permitindo a adopção do teste *t* de medidas independentes. Assim, pela Tabela 16 observa-se que as variáveis “hiperactividade avaliada pelos pais”, “hiperactividade avaliada pelos professores” e “abuso físico” registam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), nos dois casos devido ao valor médio mais elevado das crianças/jovens com 5-8 anos de idade, o que é revelador, por um lado, do maior grau de hiperactividade, e por outro dos maiores abusos físicos por parte dos progenitores contra as crianças desta faixa etária. Nas restantes práticas educativas do Inventário de Estilos Parentais não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), o que revela a homogeneidade dos pais/mães relativamente às práticas educativas das crianças/jovens, independentemente da idade. Em termos de dispersão

dos sujeitos em torno do valor médio, a maior parte das variáveis, nos dois grupos, situa-se entre a moderada ($15 < CV \leq 30$) e elevada ($CV \geq 30$) dispersão. Logo a Hipótese 3 apenas pode ser confirmada parcialmente.

Quadro 10 – Média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV) e teste *t* de medidas independentes, na comparação entre Crianças/Jovens 5-8 anos *versus* Crianças/Jovens 9-14 anos, relativamente à hiperactividade e às práticas educativas.

		Crianças 5-8 anos (n=12)			Crianças 9-14 anos (n=38)			Comparação	
		M	DP	CV	M	DP	CV	T	P
Hiperactividade	avaliada pelos PAIS	20,3	5,08	25,0	15,7	5,50	35,0	2,563	0,014*
Hiperactividade	avaliada pelos PROFESSORES	16,3	2,46	15,1	13,4	6,53	48,7	2,294	0,026*
- Índice de Estilo Parental		-15,1	9,34	-61,9	-11,9	8,54	-71,8	-1,094	0,279
- Monitorização Positiva		8,2	1,59	19,4	8,6	2,11	24,5	-0,581	0,564
- Comportamento Moral		8,3	2,10	25,3	9,0	1,57	17,4	-1,134	0,263
- Punição Inconsistente		6,0	1,35	22,5	6,2	1,97	31,8	-0,259	0,797
- Negligência		6,0	2,17	36,2	6,0	2,05	34,2	0,038	0,970
- Disciplina Relaxada		6,8	2,22	32,6	6,4	2,31	36,1	0,504	0,617
- Monitoria Negativa		6,8	1,96	28,8	7,1	1,94	27,3	-0,551	0,584
- Abuso Físico		6,1	2,94	48,2	3,8	2,38	62,6	2,690	0,010*

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

7.4. HIPÓTESE 4- Existem diferenças entre pais/mães e professores na avaliação diagnóstica da PHDA.

A variável Hiperactividade seja avaliada pelos pais/mães ou pelos professores registou distribuição normal ($W=0,980$; $p=0,545$), tendo a comparação registado a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,006$), motivado pelo valor médio mais elevado dos pais/mães. Ou seja, os pais/mães, comparativamente aos professores, tendem a efectuar avaliações mais dirigidas para o aumento da gravidade da hiperactividade. A elevada dispersão verificada indica que o grau de hiperactividade avaliado pelos dois grupos é bastante heterogéneo, o que certamente será reflexo dos diferentes graus de hiperactividade existente no grupo de filhos ou alunos ($CV \geq 30$). Este dado confirma a Hipótese 4.

Quadro 11 – Média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV) e teste *t* de medidas independentes, na comparação entre PAIS *versus* PROFESSORES, relativamente ao diagnóstico de hiperactividade.

	Hiperactividade avaliada pelos PAIS			Hiperactividade avaliada pelos PROFESSORES			Comparação	
	M	DP	CV	M	DP	CV	<i>t</i>	<i>P</i>
Hiperactividade •	16,8	5,71	34,0	14,1	5,92	42,0	2,881	0,006*

* Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

• Distribuição normal ($p > 0,05$)

7.5. HIPÓTESE 5- As crianças/adolescentes de idade mais avançada apresentam menor grau de PHDA do que as crianças/adolescentes de mais baixa idade, seja na avaliação efectuada por pais/mães ou pelos professores.

As variáveis antemencionadas com distribuição não-normal, foram submetidas ao cálculo da assimetria (*skewness*) e da curtose (*kurtosis*), tendo-se registado que o quociente do valor estatístico com o erro padrão respectivo $skewness/std_{skewness}$ e $kurtosis/std_{kurtosis}$, produziu valores compreendidos no intervalo [-1,96; 1,96], tendo sido consideradas como relativamente simétricas e relativamente mesocúrticas, permitindo a adopção do teste *t* de medidas independentes. Assim, pelo quadro 12 observa-se que as variáveis “hiperactividade avaliada pelos pais”, “hiperactividade avaliada pelos professores” e “abuso físico” registam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), nos dois casos devido ao valor médio mais elevado das crianças/jovens com 5-8 anos de idade, o que é revelador, por um lado, do maior grau de hiperactividade, e por outro dos maiores abusos físicos por parte dos progenitores face às crianças desta faixa etária. Nas restantes práticas educativas do Inventário de Estilos Parentais não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), o que revela a homogeneidade dos pais/mães relativamente às práticas educativas das crianças/jovens, independentemente da idade. Em termos de dispersão dos sujeitos em torno do valor médio, a maior parte das variáveis, nos dois grupos, situa-se entre a moderada ($15 < CV \leq 30$) e elevada ($CV \geq 30$) dispersão. Nos dois casos devido ao valor médio mais elevado das crianças/jovens 5-8, o que confirma a Hipótese 5.

Quadro 12 – Média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV) e teste *t* de medidas independentes, na comparação entre Crianças/Jovens 5-8 anos *versus* Crianças/Jovens 9-14 anos, relativamente à hiperactividade e às práticas educativas.

		Crianças 5-8 anos (n=12)			Crianças 9-14 anos (n=38)			Comparação	
		M	DP	CV	M	DP	CV	<i>t</i>	<i>P</i>
Hiperactividade	avaliada pelos PAIS	20,3	5,08	25,0	15,7	5,50	35,0	2,563	0,014*
Hiperactividade	avaliada pelos PROFESSORES	16,3	2,46	15,1	13,4	6,53	48,7	2,294	0,026*
-	Índice de Estilo Parental	-15,1	9,34	-61,9	-11,9	8,54	-71,8	-1,094	0,279
-	Monitorização Positiva	8,2	1,59	19,4	8,6	2,11	24,5	-0,581	0,564
-	Comportamento Moral	8,3	2,10	25,3	9,0	1,57	17,4	-1,134	0,263
-	Punição Inconsistente	6,0	1,35	22,5	6,2	1,97	31,8	-0,259	0,797
-	Negligência	6,0	2,17	36,2	6,0	2,05	34,2	0,038	0,970
-	Disciplina Relaxada	6,8	2,22	32,6	6,4	2,31	36,1	0,504	0,617
-	Monitoria Negativa	6,8	1,96	28,8	7,1	1,94	27,3	-0,551	0,584
-	Abuso Físico	6,1	2,94	48,2	3,8	2,38	62,6	2,690	0,010*

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

7.6. HIPÓTESE 6- Prevê-se a existência de uma forte e estatisticamente significativa correlação entre a hiperactividade avaliada pelos pais/mães e pelos professores, seja para os rapazes ou para as raparigas.

Pelo quadro 13, relativa às correlações entre a hiperactividade diagnosticada pelos pais *versus* professores, verifica-se a existência de valores de magnitude muito fracos ($r \leq 0,19$) e fracos ($0,20 \leq r \leq 0,39$), seja com os «Rapazes», «Raparigas» ou no total da amostra. Não obstante a reduzida intensidade, as correlações relativas ao valor total da hiperactividade nos «Rapazes» ($r=0,38$) e «Total» ($r=0,34$) são estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Este dado indica que a estimação do resultado é “verdadeiro”, no sentido em que seja o que realmente possa ocorrer na população em idêntica magnitude. Todas as correlações têm orientação positiva, o que significa que quando uma variável aumenta, a outra aumenta também, mas em função da intensidade registada entre as variáveis, i.e., aumenta *fracamente*. Assim, com base nos resultados obtidos, não confirmamos a Hipótese 6.

Quadro 13 – Correlação entre os Questionários de Conner: hiperactividade avaliada pelos PAIS *versus* avaliada pelos PROFESSORES.

	RAPAZES	RAPARIGAS	TOTAL
TOTAL: Hiperactividade avaliada pelos PAIS <i>versus</i> avaliada pelos PROFESSORES	0,38*	0,18	0,34*
CLASSIFICAÇÃO: Hiperactividade avaliada pelos PAIS <i>versus</i> avaliada pelos PROFESSORES	0,21	0,20	0,20

* $p < 0,05$

7.7. HIPÓTESE 7- Prevê-se que exista uma relação significativa entre os estilos parentais e o diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção avaliada pelos pais/mães, considerando-se que as práticas educativas afectam a avaliação realizada pelos pais/mães.

Nos quadros 14, 15 e 16 verifica-se a realização da Análise de Regressão Linear Múltipla que foi considerada para prever a variável dependente (V_d): avaliação da hiperactividade pelos PAIS, a partir de um conjunto de variáveis independentes (V_i): práticas educativas do Inventário de Estilos Parentais (Monitorização Positiva, Comportamento Moral, Punição Inconsistente, Negligência, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa, Abuso Físico) e o Índice de Estilo Parental. O modelo de regressão pelo método de *stepwise* apenas considerou a prática educativa “Comportamento Moral” como importante preditora da avaliação da hiperactividade pelos pais/mães, tendo rejeitado as restantes práticas educativas. Este dado resultou num valor de correlação fraco ($r=0,29$) e com uma capacidade explicativa de apenas 8,5% ($R^2=0,085$). Ainda que o modelo de regressão final seja significativo ($p=0,039$), não nos parece totalmente adequado considerar a equação final ($X=8,158 - 0,975*\text{Comportamento Moral}$) como predizendo com elevado rigor a hiperactividade diagnosticada pelos pais/mães. Porém, o estilo parental predominante no diagnóstico da hiperactividade é o “Comportamento Moral”. Com isto, a Hipótese 7 apenas poderá ser confirmada parcialmente.

Pelo quadro 14, observa-se que no ajustamento do modelo, a estatística F tem por intento indicar se os modelos são, ou não, significativos. Indicando se as variáveis independentes têm, ou não, algum grau explicativo sobre a variável dependente. Assim, o modelo de regressão criado por *stepwise* é estatisticamente significativo ($p \leq 0,05$), ou seja, o modelo criado tem alguma capacidade explicativa sobre o comportamento da variável dependente.

Quadro 14 – Tabela ANOVA da regressão *stepwise*.

Modelo		Soma dos Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	P
1	Regressão	136,387	1	136,387	4,482	0,039
	Residual	1460,733	48	30,432		
	Total	1597,120	49			

Modelo 1:

Predictores: (Constante), Comportamento Moral

Variável Dependente: Hiperactividade avaliada pelos PAIS

Num modelo de regressão, o coeficiente de determinação (R^2) (valor que varia entre 0 e 1) mede a proporção da variabilidade total da variável dependente (Y) que é atribuível às variáveis independentes (X), considerando-se que para um $R^2=1$, o ajustamento do modelo é perfeito. Se:

$R^2=1$, a variação de Y é totalmente explicada pelas variações de X.

$R^2=0$, não existe relação linear entre as variáveis, o que significa que o modelo não é adequado.

Assim, pelo quadro 15 observamos que apenas foi produzido um modelo de regressão pelo método *stepwise*. A única variável preditora aceite para o modelo foi o «Comportamento Moral», a qual apresenta uma capacidade de explicação sobre os anos desde o diagnóstico de apenas 8,5% ($R^2=0,085$). Ou seja, o valor de correlação obtido pelo modelo ($R=0,29$) é considerado fraco, e mostra que apenas 8,5% do valor da hiperactividade diagnosticada pelos PAIS, é explicado pelos valores da prática educativa «Comportamento Moral» do Inventário de Estilos Parentais. Estes dados atribuem reduzida importância ao efeito de moderação.

Quadro 15 – Modelo resumido.

Modelo	R	R²	R² ajustado	SEE
1	0,29	0,085	0,066	5,517

Modelo 1:

Predictores: (Constante), Comportamento Moral

Variável Dependente: Hiperactividade avaliada pelos PAIS

Tal como se pode observar pelo quadro 16, confirma-se a produção de apenas um modelo de regressão linear pelo método *stepwise*. Assim, a equação que melhor descreve a forma como a variável dependente (X) está relacionada com as variáveis independentes (Y) – modelo de regressão – em pais com filhos hiperactivos, pode ser traduzida da seguinte forma:

$$X = 8,158 - 0,975 * \text{Comportamento Moral}$$

Quadro 16 – Matriz de coeficientes de regressão *stepwise*.

Modelo		Coefficientes Não-Estandarizados			
		B	DP Parâmetros	t	P
1	Constante	8,158	4,138	1,972	0,054
	Comportamento Moral	0,975	0,461	2,117	0,039

Variável Dependente: Hiperactividade avaliada pelos PAIS

CAPÍTULO V

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8.1. HIPÓTESE 1- Os pais/mães com filhos do género feminino adoptam estilos parentais idênticos em relação aos pais/mães com filhos do género masculino.

No que concerne à hipótese um, em que se previa que pais/mães com filhos do género feminino adoptam estilos parentais idênticos em relação aos pais/mães com filhos do género masculino, verifica-se que quando feita a comparação “Rapazes” *versus* “Raparigas”, em termos de pontuação total, apenas a prática educativa “Negligência” registou diferenças marginalmente significativas nos “Rapazes” ($p=0.062$), verificando-se a inexistência de diferenças nas restantes práticas educativas ($p>0.05$), o que, com a excepção da prática educativa relacionada com comportamentos de negligência, permite confirmar a Hipótese 1.

A análise da prevalência na PHDA, no que se refere ao género, aponta para uma maior incidência nos sujeitos do sexo masculino, podendo atingir valores iguais ou superiores a 14 % contra valores variáveis entre os 2% e os 9% para o sexo feminino (Taylor et al., 1991, cit. por Fonseca, 1998), facto este que se constata com a nossa amostra de um total de 50, em que 36 são do sexo masculino e 14 do sexo feminino, o que pode influenciar os resultados obtidos nesta hipótese, uma vez que existe um número de rapazes superior ao de raparigas.

Em relação à influência do sexo do filho no estilo parental dos pais, os estudos são coerentes em apontar que os pais tendem a ser mais autoritativos em relação às meninas do que aos meninos, em termos de confiança e abertura de comunicação. O estilo autoritário é mais utilizado com os meninos e o estilo autoritativo com as meninas (Noller, 1994). Baumrind (1991) observou ainda que os pais com as meninas tendem a usar mais controlo racional, prestam mais auxílio e são menos intrusivos, enquanto que com os meninos, os pais tendem a ser mais disciplinadores, utilizando mais a punição e são mais intrusivos.

Os estudos que constam da literatura relativos às populações de crianças com problemas ao nível do comportamento, mostram que os pais de crianças com patologia da conduta tendem a recorrer mais frequentemente a práticas parentais hostis e de rejeição, comparativamente com os pais de crianças que não foram diagnosticadas com uma patologia do tipo externalizante (Deater-Deckard, 1998).

Por último refira-se que a investigação realizada com as famílias de crianças com diagnóstico de PHDA tem vindo a demonstrar, no que se refere aos estilos parentais, que os pais de filhos com esta perturbação tendem a não recorrer a um estilo parental de tipo democrático (Woodward, Taylor, & Dowdney, 1998). Refira-se contudo, que na literatura dirigida para a PHDA se encontra um maior número de investigações que se focaliza no estudo das práticas parentais do que no estudo dos estilos. Verifica-se, em particular, que os pais de crianças com diagnóstico de PHDA são mais rígidos (Gerdes & Hoza, 2006), reagem de uma forma mais negativa perante os comportamentos de obediência exibidos pelos filhos (Befera & Barkely, 1985, cit. por Hurt, Hoza, & Pelham, 2007) e são menos responsivos (Goldstein, et al., 2007; Tripp et al., 2007).

No presente estudo, podemos verificar, que não existem diferenças no que se refere ao estilo parental adoptado pelos pais de “Raparigas” em comparação com o estilo parental adoptado pelos pais dos “Rapazes”, com a excepção do Comportamento de Negligência, que apresenta valores de 15.2% para os rapazes e valores de 8.1% para as raparigas.

A negligência tem como principal característica a ausência de atenção ou afecto por parte dos pais ou cuidadores, existindo a falta de cuidados essenciais. Estes pais agem como espectadores e não como participantes activos na educação dos filhos, onde a ausência e a falta de interesse são as principais características (Gomide, 2004). Assim, podemos verificar que os pais de rapazes desta amostra, tendem a tornar os seus filhos em adolescentes e adultos infractores, usuários de drogas, agressivos, ou seja, com uma série de condutas anti-sociais que dificultam a sua adaptação à sociedade, pois impedem o desenvolvimento da auto-estima, quando comparados com as raparigas da mesma amostra.

8.2. HIPÓTESE 2- A idade dos pais/mães não exerce influência sobre o Estilo Parental Educativo.

Relativamente à hipótese dois, em que se previa que a idade dos pais/mães não exerce influencia sobre o estilo parental educativo, comparou-se a idade dos pais/mães ≤ 40 anos *versus* idade dos pais/mães > 40 anos, quanto à avaliação da hiperactividade (avaliada pelos pais/mães, e pelos professores em função da idade dos pais/mães) e das práticas educativas do IEP, observa-se que qualquer que seja a prática educativa, não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), o que é revelador

dahomogeneidade existente no comportamento adoptado pelos progenitores, independentemente das suas idade. Este dado confirma esta hipótese.

No presente estudo temos uma média de idades das mães de “Rapazes” de 37.4%, e de pais de “Rapazes” de 39.1%, comparada com as idades das mães de “Raparigas” de 37.5% e de pais de “Raparigas” de 39.5%. Podemos aqui verificar que os pais quer de Raparigas quer de Rapazes, são quem tem uma faixa etária superior. Das sete práticas parentais avaliadas, não existem diferenças entre o grupo ≤ 40 anos ($n=33$) *versus* idade dos pais/mães >40 anos ($n=17$), estando os valores muito idênticos, não existindo nenhuma prática que apresente valor de distinção.

No que se refere à avaliação da hiperactividade pelos pais e professores, destas crianças/adolescentes, aqui sim são apresentadas diferenças no que se refere ao grupo ≤ 40 anos *versus* idade dos pais/mães >40 anos, em que pais de crianças com idades ≤ 40 anos apresentam valores de 18,5% e pais com idades > 40 anos apresentam um total de 13,5%.

Não existem dados na literatura relativos à influencia da idade dos pais nos estilos parentais a adaptar, pelo que podemos prezar por este ser um estudo pioneiro neste âmbito.

8.3. HIPÓTESE 3- As práticas educativas são afectadas pela idade das crianças/adolescentes.

A hipótese três, que previa que as práticas educativas são afectadas pela idade das crianças/jovens, quando comparadas Crianças/Jovens 5-8 anos *versus* Crianças/Jovens 9-14 anos, observa-se que das sete práticas educativas do IEP, apenas o “abuso físico” apresentou em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,010$). Esta diferença foi devida ao valor médio mais elevado do grupo mais jovem, indiciador da presença de mais abusos físicos nas crianças mais novas. Nas restantes práticas educativas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). Logo, a Hipótese 3 apenas foi confirmada parcialmente.

Embora na literatura não existam estudos relacionados com a avaliação directa dos pais quanto ao estilo parental adoptado nas idades entre 5 e 8 anos e 9 e 14, verifica-se que em estudos em que são os filhos a avaliar o estilo parental adoptado pelos pais, apontam que quanto mais velhos os filhos são mais eles percebem os pais como autoritativos e menos indulgentes ou autoritários (Cohen & Rice, 1997, cit por. Bardagi, 2002). Já

Mangabeira e colaboradores (2001, cit. Por Bardagi, 2002), mostram que os adolescentes tendem a relatar maior coercibilidade e menor aceitação por parte dos pais, caracterizando um estilo parental mais autoritário e menos autoritativo. Facto este que vai de encontro aos nossos resultados.

Pesquisas realizadas com crianças e adolescentes em situação de risco pessoal evidenciam que, quanto mais expostos a eventos traumáticos, mais os indivíduos tendem a sentir-se rejeitados e punidos pelos pais (Reppold et al., 2002), facto este que pode estar ligado com o que acontece com a presente amostra, uma vez que a situação económica e as relações interpessoais dos pais, pode gerar influências na relação com os filhos, concluindo que as crianças com idades entre os 5 e os 8 anos de idade apresentam maior índice de abusos físicos, em relação aos adolescentes com idades compreendidas entre os 9 e os 14 anos de idade. Outro facto prende-se com a possível falta de adaptação dos pais de crianças (5 e 8 anos) a este diagnóstico, talvez por possível falta de informação. Outro aspecto que foi evidente neste estudo, refere-se ao facto de as crianças representantes da faixa etária dos 5 aos 8 anos (n=12), comparadas com a faixa etária representativa dos 9 aos 14 (n=38), apresentarem valores mais elevados de hiperactividade quando avaliadas pelos pais relativamente à avaliação feita pelos professores, facto este que também influencia os resultados obtidos no que se refere às práticas postas em prática pelos pais, quando comparadas as duas faixas etárias.

O abuso físico de crianças entre os 5 e os 8 anos de idade (6.1%), tendo sido a prática que obteve um valor representativo, que se distingue, quando comparado com os adolescentes entre os 9 e os 14 anos de idade (3.8%), descreve-se como o uso de práticas corporais como forma de disciplinar o comportamento infantil, que expõe a criança a riscos pessoais graves que tenderá a depender de intervenções externas, porque ela não adquire a capacidade de compreender as implicações das suas acções. Além de não contribuir para a aquisição de padrões adequados de comportamento, o uso frequente de estratégias coercivas, faz com que a criança se comporte de forma coerciva com os seus pares (Alvarenga, 2001).

Gomide (2006) descreve que estes pais podem ter como preditores o *stress*, falta de apoio e hostilidade, o que os levará á prática do abuso físico. Todos estes factores irão fazer com que a criança se forme com baixa auto-estima, dificuldade de desenvolvimento da autonomia e contacto social adequado, desenvolvimento mental mais lento, aumento da raiva e agressividade com os seus pares (Veltman, Browne, 2001). Por outro lado, podemos verificar que a prática educativa que é mais utilizada por ambas as faixas etárias

em estudo, é o comportamento moral, que implica o desenvolvimento da empatia, do senso de justiça, da responsabilidade, da importância do trabalho, da generosidade e da capacidade de reconhecer o que é certo e errado (Gomide, 2006).

8.4. HIPÓTESE 4- Existem diferenças entre pais/mães e professores na avaliação diagnóstica da PHDA.

Por seu turno a hipótese quatro, em que se previam diferenças entre pais/mães e professores na avaliação diagnóstica da PHDA, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,006$). Este dado evidencia a existência de diferenças importantes na avaliação da PHDA, em que pais apresentam valores de 16.8% e professores 14,1%. No caso concreto, motivado pelo valor médio mais elevado do grupo de pais/mães, ou seja, pela realização de um diagnóstico mais severo do grau de PHDA. Este dado confirma a Hipótese 4.

Numa investigação realizada, Freire e Ponde (2005) alertam que o diagnóstico da PHDA em crianças baseia-se numa história obtida com pais, professores ou outros cuidadores e relatos da escola, não requerendo que o médico testemunhe os sintomas ou os obtenha directamente das crianças. A avaliação diagnóstica mais utilizada pelo médico é o uso de escalas de classificação com pais e professores, além de uma avaliação do estado mental, geral e neurológica da criança.

Nos resultados deste estudo, após aplicação do questionário de *Conners* para pais, verifica-se que a maior frequência (absoluta e relativa) de respostas está concentrada na opção “Frequentemente” quer seja para “Rapazes” (33.9%) ou “Raparigas” (40.7%) , enquanto a resposta mais reduzida situa-se no extremo “Nunca”. Quando comparado o mesmo questionário, aplicado aos professores, podemos constatar que a maior frequência (absoluta e relativa) de respostas está centrada na opção “Raramente” e “Frequentemente”, seja para “Rapazes” ou “Raparigas”. Segundo os professores, para os “Rapazes” e “Raparigas”, a opção de resposta com mais reduzida frequência situa-se no extremo “Excessivamente”.

Comparando com um estudo realizado em 1996, Fonseca e colaboradores efectuaram a recolha dos dados normativos da Escala Revista de *Conners* para Professores. Nesse estudo verificou-se que as médias obtidas utilizando esta escala são geralmente mais elevadas em Portugal do que em estudos semelhantes com amostras Americanas. Verificou-se ainda, no mesmo estudo português, uma baixa correlação

entre as respostas dadas pelos professores e a informação obtida junto dos pais, o que mais uma vez nos indica que não bastaria uma única fonte de informação (Fonseca, 1996).

No que diz respeito à análise das correlações e diferenças entre as subescalas das versões para pais e dos professores, verificou-se que de uma forma geral, as médias da versão para pais são superiores às dos professores (Melo, 2003).

Rohde e Halpern (2004), afirmam que por esse diagnóstico ser fundamentalmente clínico, a presença de sintomas no contexto escolar deve ser avaliada através de contacto com os professores e não somente pelas informações dos pais, pois estes tendem a extrapolar informações sobre os sintomas em casa para o ambiente escolar, o que é confirmado pelo Guia de Avaliação e Acompanhamento (AAP, 2000). O Guia informa sobre as discrepâncias entre a avaliação dos pais e dos professores, que podem ocorrer devido às diferenças dos dois ambientes em relação às expectativas, nível de estrutura, e ou circunstâncias ambientais. A compreensão dos professores, o domínio do conhecimento sobre o transtorno, a disponibilidade de sistemas de apoio e as oportunidades para se ajustar em actividades que conduzem ao sucesso na sala de aula são imperativas para que um aluno com PHDA possa desenvolver todo o seu potencial. (Benczik & Bromberg, 2003).

Assim, as crianças/adolescentes do presente estudo, podem ter regras na sala de aula, devido às possíveis formações e conhecimentos dos professores em questão, que não têm em casa. A escola é também um ambiente social com regras e limites a serem incorporados e assimilados, e onde a criança estabelecerá novos relacionamentos (Benczik, 2002). Logo os pais tendem a ser mais severos na avaliação dos filhos, uma vez que muitos dos pais não sabem como lidar com estes comportamentos e muitas das vezes passam para a o abuso físico como foi possível constatar no estudo em análise.

Nesse sentido, considerando-se que a escola e o lar são os dois contextos mais comuns à criança, a determinação da consistência e intensidade dos sintomas torna-se controversa pela quase impossibilidade de encontrar concordância entre pais e professores na avaliação comportamental de uma criança, o que vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo (Crystal, Ostrander, Chen & August, 2001; Rowland et al., 2008).

Homer e col. (2000) informam que a discrepância de relato de pais e professores ocorre devido às expectativas diferentes em relação ao comportamento em casa e na

escola e às estratégias diversas adoptadas para lidar com esse comportamento e/ou com as circunstâncias do ambiente.

8.5. HIPÓTESE 5- As crianças/adolescentes de idade mais avançada apresentam menor grau de PHDA do que as crianças/adolescentes de mais baixa idade, seja na avaliação efectuada pelos pais/mães ou pelos professores.

Na hipótese cinco, em que se previa que as crianças/adolescentes de idade mais avançada apresentassem menor grau de hiperactividade do que as crianças/adolescentes de mais baixa idade, seja na avaliação efectuada pelos pais/mães ou pelos professores, verifica-se que comparando crianças/adolescentes de 5-8 anos ($n=12$) *versus* crianças/adolescentes de 9-14 anos ($n=38$), observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos, seja quando avaliados pelos pais/mães ($p=0,014$), seja pelos professores ($p=0,026$). Nos dois casos devido ao valor médio mais elevado das crianças/adolescentes de 5-8 anos de idade, permite-nos confirmar esta hipótese.

Os dados relativos à prevalência da PHDA, variam significativamente de estudo para estudo, no entanto, Barkley (2002), defende uma estimativa de 3 a 7% de crianças em idade escolar com PHDA. A faixa etária dos 5 aos 8 anos, neste estudo, tendo sido a que apresenta níveis mais elevados de PHDA, prende-se inicialmente por terem sido avaliadas crianças que ainda não ingressaram no ensino escolar (5 anos de idade), e que já são diagnosticadas com tal diagnóstico pelos profissionais e saúde, pais e professores, devido ao seu comportamento quer na escola quer em casa. De seguida, apontamos o facto de as crianças dos 5 aos 8 anos que entram para o ensino primário, ainda não se terem adaptado a uma nova rotina de vida (diferente da que estavam habituadas nas pré-escolas), onde há horários, trabalhos e ordens mais rígidas a cumprir, e ainda um aspecto importante a referir é que neste grupo, a maior parte das crianças ainda não se encontra medicada para o efeito, uma vez que a medicação só começa a ser administrada a partir dos 7 anos de idade. Comparando com as crianças/adolescentes dos 9 aos 14 anos de idade, estas já se encontram num ambiente conhecido, em que já estão habituadas a regras. Assim, num estudo efectuada por Peixoto (s/d), sobre a representação social de professores da hiperactividade em crianças escolares, foram entrevistados 37 professores do ensino básico (primeira a quarta classes) de cinco escolas da rede privada de Vitória/ES. Todos os participantes deste estudo (100%) eram

do sexo feminino, 89.19% com nível de escolaridade superior completo, com idade em sua maioria, acima de 35 anos. Entre os entrevistados, 72.9% responderam que tinham no momento ou já tiveram alunos hiperactivos, sendo 97.2% dessas crianças do sexo masculino e 89.1% na faixa etária de 7-10 anos. Esses alunos frequentavam, principalmente, a primeira e segunda classe. Esse dado encontrado talvez possa ser compreendido por serem essas as classes de iniciação e adaptação à vida escolar. A primeira e segunda classe também coincidem com mudanças ocorridas no grupo social dos 7-10 anos em que, segundo Bee (2003), as relações estarão centralizadas no grupo de companheiros e na realização de actividades em conjunto, tais como: jogar bola, saltar à corda, entre outros.

As crianças/adolescentes com idades dos 9 aos 14 anos, além de serem crianças já adaptadas ao meio escolar, são crianças a partida já se encontram medicadas, logo os seus comportamentos reveladores de PHDA tendem a diminuir quando avaliados quer por pais quer por professores, pois a sintomatologia diminuiu, e mesmo os pais já “aprenderam” de certa forma a lidar com os comportamentos dos filhos, enquanto que para os pais de crianças com 5 a 8 anos de idade, é visto como “novidade”, não há adaptação.

Outro aspecto importante refere-se ao facto de, segundo Barkley e col. (2006) em idades pré-escolares, o subtipo hiperactivo ser o mais comum com uma prevalência que oscila entre os 2% nos cuidados primários e 59% em clínicas de psiquiatria da infância. Os sintomas da PHDA tendem a diminuir com a idade, facto este que pode ter influenciado os nossos resultados.

8.6. HIPÓTESE 6- Prevê-se a existência de uma relação significativa e positiva entre a PHDA avaliada pelos pais/mães e pelos professores, seja para rapazes ou para raparigas.

Analisando a hipótese seis, em que se previa a existência de uma relação significativa e positiva entre a PHDA avaliada pelos pais/mães e pelos professores, seja para os rapazes ou para as raparigas, ao analisar as correlações, estas variam entre muito fraca para as raparigas ($r=0,18$) e moderada para os rapazes ($r=0,38$), ainda que esta seja estatisticamente significativa ($p<0,05$). Assim, com base nos resultados obtidos, não confirmamos esta hipótese.

Atendendo às respostas obtidas através do Questionário de *Conners* para pais, em função da idade e do género, as crianças/adolescentes são classificadas no seu grau

de hiperactividade. Assim, 86% dos rapazes ($n=31$) e a totalidade das raparigas ($n=14$) foi classificada pelos Pais/Mães como sendo portadores de Transtorno do Défice de Atenção e Hiperactividade. Por sua vez, em face dos resultados obtidos, podemos afirmar que 72% dos rapazes ($n=26$) e 71% das raparigas ($n=10$) foram classificados com sinais severos de Hiperactividade. Num grau ligeiro de hiperactividade encontram-se apenas 8,3% dos rapazes ($n=3$). Pelos nossos resultados, em termos médios, os dois grupos estão classificados pelos progenitores como Hiperactivos. Pelo teste do qui-quadrado, observa-se que apenas o item 11 “irrequieto” mostra diferenças marginalmente significativas ($p=0,100$), pelo que podemos considerar que de uma forma genérica inexistente uma relação estatística suficiente entre o género da criança/jovem e o tipo de comportamento adoptado, o que traduz a semelhança dos grupos, quando a hiperactividade é diagnosticada pelos Pais/Mães.

Por sua vez no Questionário de *Conners* para Professores, em função da idade e do género, as crianças/jovens são classificadas no seu grau de hiperactividade. Assim, 67% dos rapazes ($n=24$) e 79% das raparigas ($n=11$) foi classificada pelos Professores como sendo portadores de Transtorno do Défice de Atenção e Hiperactividade. Por sua vez, em face dos resultados obtidos, podemos afirmar que 25% dos rapazes ($n=9$) e 64% das raparigas ($n=9$) foram classificados com sinais severos de Hiperactividade.

Num grau ligeiro de hiperactividade encontram-se apenas 8.3% dos rapazes ($n=3$).

Pelos nossos resultados, em termos médios, os dois grupos estão classificados pelos professores como Hiperactivos. Pelo teste do qui-quadrado, observa-se que apenas o item 26 “facilmente frustrado nos esforços” mostra diferenças marginalmente significativas ($p=0,086$), pelo que podemos considerar que de uma forma genérica não existe uma relação estatística suficiente entre o género da criança/jovem e o tipo de comportamento adoptado, o que traduz a semelhança dos grupos (Rapazes *versus* Raparigas), quando a hiperactividade é diagnosticada pelos Professores.

A análise da prevalência no que se refere ao género em crianças com PHDA, independentemente de factores como a idade ou outras variáveis sócio - demográficas, aponta para uma maior incidência nos sujeitos de sexo masculino. Com efeito, a prevalência do sexo masculino pode atingir valores iguais ou superiores a 14% contra valores variáveis entre os 2 e os 9% para o sexo feminino (Fonseca, 1998). Este facto vai de encontro aos resultados do presente estudo.

Os estudos de Maccoby (2000) também mostram que as brincadeiras dos meninos são, normalmente, rudes, competitivas, de conflitos, exibicionistas,

desafiadoras, agitadas, com disputa de liderança. Esse padrão de comportamento também é relatado no trabalho de Souza e Rodrigues (2002), sobre as diferenças de género entre crianças de 8 e 9 anos, mostrando que os meninos apresentam padrão de comportamento mais agitado que as meninas.

8.7. HIPÓTESE 7- Prevê-se que exista uma relação significativa entre os estilos parentais e o diagnóstico de PHDA avaliada pelos pais/mães, considerando-se que as práticas educativas afectam a avaliação realizada pelos pais/mães.

Por ultimo, na hipótese sete, em que se previa que exista uma relação significativa entre os estilos parentais e a PHDA avaliada pelos pais/mães, considerando-se que as práticas educativas afectam a avaliação realizada pelos pais/mães, esta hipótese só pode ser confirmada parcialmente. Foi efectuada uma análise de regressão múltipla com o intuito de prever a avaliação da PHDA (V_d) pelos pais/mães a partir das 7 práticas educativas do IEP (V_i). O modelo de regressão pelo método de *stepwise* apenas considerou a prática educativa “Comportamento Moral” como importante preditora da avaliação da hiperactividade pelos pais/mães, tendo rejeitado as restantes práticas educativas. Este dado resultou num valor de correlação fraco ($r=0,29$) e com uma capacidade explicativa de apenas 8.5% ($R^2=0,085$). Ainda que o modelo de regressão final seja significativo ($p=0,039$), não nos parece totalmente adequado considerar a equação final ($X=8,158 - 0,975*\text{Comportamento Moral}$) como predizendo com elevado rigor a hiperactividade diagnosticada pelos pais/mães. Porém, o estilo parental predominante no diagnóstico da hiperactividade é o “Comportamento Moral”.

Relacionando ainda o IEP e o diagnóstico de PHDA, no que concerne ao valor do *índice de estilo parental (iep)*, observa-se que a correlação entre a PHDA avaliada pelos pais/mães *versus iep*, revela a existência de fracas correlações para os “Rapazes” ($r=0,17$), para as “Raparigas” ($r=0,02$) e no total ($r=0,15$). De uma forma geral, as correlações para os “Rapazes” são de mais elevada magnitude e de maior significado estatístico. Em cada grupo, as correlações mais fortes verificam-se entre *iep versus* abuso físico, para os “Rapazes” ($r=-0,86$) e *iep versus* negligência para as “Raparigas” ($r=-0,61$). A orientação negativa destas correlações significa que à medida que o valor de uma variável aumenta, o valor da outra diminui. As orientações positivas mais relevantes encontram-se entre as práticas educativas positivas – Monitorização Positiva

e Comportamento Moral – com o *iep* ($r=0,74$ e $r=0,65$, respectivamente). De todas as variáveis, o *iep*, nos dois grupos, é que apresenta um conjunto de correlações mais significativas com as práticas educativas. Ou seja, o *iep* não se relaciona na totalidade com o diagnóstico de PHDA.

Os Estilos Parentais são um conjunto de práticas/atitudes educativas parentais utilizadas pelos cuidadores com o objectivo de educar, socializar e controlar o comportamento dos filhos (Reppold et al, cit. por Gomide, 2006). A interacção dos pais com os filhos parece exercer uma influência importante na gestão e curso da perturbação, e tem um impacto significativo das crianças com PHDA, no que se refere ao bem estar psicológico dos pais (Connell & Goodman, 2002), facto este que pode levar os pais optarem por práticas educativas severas (este dado não foi comprovado na hipótese), assim como são severos na avaliação da PHDA (comparados com os professores).

As variáveis associadas ao contexto familiar parecem ser uma das variáveis preditivas da PHDA. No entanto, continua a ser comum referir o estilo educativo e aspectos relacionados com a interacção familiar como estando na origem desta perturbação verifica-se que a maioria da investigação realizada aponta para que os pais com crianças com PHDA tendem a apresentar um estilo educativo menos permissivo, a serem mais punitivos e a dar mais orientações do que os outros pais (Johnston & Mash, 2001; Lopes, 2004; Winsler, 1998; Winsler et al., 1999). No entanto, verifica-se que apesar desta relação entre a PHDA e a qualidade das relações existentes entre as crianças e os seus pais, bem como das relações existente em toda a família, a direcção primária dos efeitos é sobretudo da criança para os seus pais e não tanto o inverso (Johnston & Mash, 2001). Lopes (2004, p.142) refere assim que os pais de crianças com PHDA podem e devem ser referidos como sendo “mais e não menos monitorizadores” pelo que não deverão ser culpabilizados pela existência desta perturbação. Uma outra constatação que sustenta a irrelevância da influência parental seria a existência de diferentes estudos de eficácia farmacológica, nos quais se verifica uma melhoria do comportamento das crianças com PHDA em relação aos seus pais, e dos pais em relação aos seus filhos. Nesse sentido, o autor supracitado adiciona que os comportamentos disfuncionais parentais parecem ser sobretudo uma reacção às dificuldades e não uma causa das mesmas. Do mesmo modo, segundo Barkley (1998), a forma como os pais lidam e controlam uma criança com PHDA poderá contribuir para a persistência das suas dificuldades, ou seja, não estando no início do problema, a forma como os pais

respondem ao problema poderia melhorá-lo ou agravá-lo. No entanto, segundo Barkley (1998), este estilo parental disfuncional pode estar logo à partida comprometido devido à PHDA dos próprios pais, de um ou de ambos.

Assim, pela análise efectuada verifica-se que os pais/mães são severos na avaliação da PHDA dos seus filhos, mas, no entanto pelos resultados apresentados, segundo o Inventário aplicado em que existem cinco práticas educativas negativas e duas práticas positivas, nestes pais prevalece mais a prática do “Comportamento Moral”, tanto para “Rapazes” (51,2%) como para “Raparigas” (51,1), estando esta prática parental inserida nas duas práticas parentais positivas do questionário IEP. A literatura é enfática em citar o “comportamento moral” como um dos mais importantes inibidores do desenvolvimento de condutas anti-sociais como furto, uso de drogas, problemas escolares, entre outros (Hughes & Dunn, 2000; Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991; Nurco & Lerner, 1996, cit. por Gomide, 2006).

Sendo esta uma prática parental positiva posta em prática pelos pais/mães das crianças/adolescentes da amostra em estudo, pode-se concluir que este diagnóstico possivelmente não existe devido à prática parental dos pais/mães, mas sim devido a outros factores, anteriormente citados.

9- LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A realização deste estudo e a sua fiabilidade, tiveram necessariamente de ultrapassar algumas limitações como o tempo de recolha de dados, facto este que se encontra associado ao número de participantes desta investigação.

Salientamos que o número de crianças com PHDA inseridos nas consultas de desenvolvimento do Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., é alargado, tendo a recolha da amostra passado por todos estes utentes (não foi feita selecção), para a sua participação em grupo de intervenção para pais de crianças com PHDA, em que nem todos os utentes aceitaram a participação no grupo, bem como muitos acabaram por ter alta, após faltas sucessivas, contexto este onde foram administrados os questionários da presente investigação. De salientar, que o numero reduzido de sujeitos se apresenta como uma limitação ao nível da comparação de dados, colocando entraves na generalização dos resultados.

Outra limitação prende-se com o difícil acesso a um questionário que avaliasse os comportamentos que os pais/mães exercem na educação dos seus filhos, na medida

em que existe uma quantidade limitada de questionários de avaliação acerca desta temática. Como tal, o Inventário utilizado neste estudo, não se encontra validado para a população portuguesa. Enfatiza-se assim a necessidade de uma maior produção científica qualitativa nesta área, de modo a que possa proporcionar um conhecimento mais aprofundado e compreensivo desta área.

No estudo da fidelidade dos instrumentos no que se refere ao Inventário dos Estilos Parentais, verificam-se valores de consistência interna baixa em todas as subescalas, com a exceção do “Abuso Físico”. É de salientar que valores muito elevados de *alpha* são necessários, mas não decisivos para a estimação da confiabilidade. Deste modo, considera-se que os resultados obtidos nestas dimensões devem ser observados com alguma precaução.

O método de amostragem por *conveniência* apresenta-se como limitação. Por um lado, a colheita da amostra foi realizada, apenas com a população da região pertencente ao Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., nesse sentido deve-se ter em consideração as características sociais e culturais dessa região e manter alguma preocupação na generalização dos resultados para outras regiões do país.

Não foram encontradas limitações no que se refere à quantidade de questionários aplicados por utente, uma vez que foram administrados em dias diferentes. A única limitação a este respeito que poderemos mencionar, depara-se na baixa escolaridade da amostra, o que pode ter dificultado a interpretação das questões e ter levado a respostas ao acaso. Embora se tenha garantido a confidencialidade das respostas dos sujeitos no procedimento de recolha de dados, o efeito de desejabilidade social pode ter estado presente. O fenómeno “Estilos Parentais”, pelo carácter delicado das questões que implica, é passível de ser particularmente sensível à desejabilidade social.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES FUTURAS

Neste estudo, partimos de uma amostra de conveniência composta por 50 criança/adolescentes, dos quais 36 são do género masculino e 14 do género feminino, com idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos de idade, diagnosticados com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, outra parte da amostra deste estudo foi constituída por um representante de educação (pai ou mãe) de cada uma destas mesmas crianças/adolescentes.

Iniciamos este trabalho com uma revisão da literatura, onde foram abordadas as variáveis deste estudo. No primeiro capítulo, foi feita uma revisão da literatura sobre a evolução conceptual da PHDA, as suas principais características, a sua classificação em subtipos, a prevalência deste diagnóstico, as perspectivas etiológicas, comorbilidade e diagnóstico diferencial e os problemas associados a este diagnóstico.

Num segundo capítulo foi feita igualmente uma revisão da literatura, no que concerne à temática dos estilos parentais, onde foi feita uma abordagem geral do tema e os factores que influenciam estes estilos parentais.

Os escassos trabalhos em Portugal sobre esta temática, levaram-nos à sua investigação, partindo para uma avaliação dos estilos parentais do pai/mãe destas crianças com diagnóstico de PHDA adoptam para a educação dos seus filhos, visto que estes podem influenciar o desenvolvimento e comportamento dos seus filhos ao longo da vida.

Para a realização do estudo empírico, foi utilizada uma metodologia quantitativa, tendo os dados sido recolhidos através de um protocolo de investigação e tratados no *software* SPSS.

Partindo das hipóteses do nosso estudo, podemos concluir que os pais/mães adoptam estilos parentais idênticos quer para as “Raparigas” quer para os “Rapazes”, com a excepção do uso da prática educativa “Comportamento de Negligência” nos “«Rapazes”, que apresenta valores significativos. No que se refere à idade dos pais/mães destas crianças/jovens, verifica-se que este dado demográfico não possui qualquer tipo de influência no estilo educativo praticado pelos pais/mães das crianças/adolescentes da presente amostra, uma vez que não há diferenças estatisticamente significativas.

Quando comparados os estilos parentais dos pais/mães de filhos com 5-8 anos e 9-14 anos de idade, verifica-se que esta hipótese só foi confirmada parcialmente, pois os pais/mães de crianças na faixa etária dos 5-8 anos indicam a presença de mais “abuso físico” em relação aos pais/mães de crianças/adolescentes dos 9-14 anos de idade.

No que se refere ao questionário de Conners, pode-se concluir que existem diferenças entre pais/mães na avaliação dos seus filhos quando comparada com a avaliação feita pelos professores, onde os pais/mães evidenciam uma avaliação mais severa do que os professores.

Comparando a idade dos filhos, verifica-se que crianças/adolescentes na faixa etária dos 9-14 anos de idade apresentam menor grau de PHDA na avaliação feita quer pelos pais/mães quer pelos professores, quando comparadas com crianças na faixa etária dos 5-8 anos. No que se refere ao género, conclui-se que na avaliação feita por pais/mães e professores, são os “Rapazes” quem apresentam níveis mais elevados de PHDA quando comparados com as “Raparigas”.

Por fim, verifica-se que não existe uma relação entre o diagnóstico de PHDA feito pelos pais/mães e o estilo parental que põe em prática com os seus filhos. Ou seja, são pais severos na avaliação dos seus filhos, mas, no entanto, concedem uma prática parental positiva, sendo o “Comportamento Moral” a prática parental posta em prática na educação destes filhos. O comportamento moral como prática educativa é entendido por Gomide (2006) como o processo de modelagem de papéis sociais no que se relaciona principalmente à transmissão de normas e valores mediante modelo fornecido pelos pais. Ao interagirem com seus filhos de maneira afectuosa e empática, ao explicitarem sua opinião, aprovação ou desaprovação das situações vividas por eles próprios, pelos filhos ou por outras pessoas, ao responsabilizarem-se e repararem um dano causado a alguém, os pais estarão oferecendo modelos de valores esperados no ambiente familiar e que serão generalizados em outras circunstâncias.

Os pais/mães ou cuidadores ao expressar as suas opiniões e pensamentos, demonstram a sua acção e palavra, a aprovação ou desaprovação diante do comportamento do filho, transmitindo valores e moralidade a partir da sua conduta. Assim, a criança adquire comportamento moral na medida em que os pais usam a disciplina associada à orientação (Pinheiro, 2003). O exercício da reparação de danos, que envolve entendimento, reflexão e autocritica é um requisito básico para o desenvolvimento do comportamento moral. Cabe aos pais expor os seus pensamentos sobre as acções dos filhos, de maneira a que o filho reflecta sobre essa acção e expresse a sua opinião (Gomide,2002). Assim, o desenvolvimento do comportamento moral realiza-se através de relações afectivas positivas entre pai/mãe ou cuidadores e os seus filhos. Sendo esta uma prática parental positiva posta em prática pelos pais/mães das crianças/adolescentes da amostra em estudo, pode-se concluir que este diagnóstico

possivelmente não existe devido à prática parental dos pais/mães, mas sim devido a outros factores, anteriormente citados.

Em virtude dos factos analisados, como corolário deste estudo que é seguramente, apenas mais uma etapa de um longo percurso, estamos certos de que este estudo poderá constituir um alicerce para outros estudos futuros, no âmbito da mesma temática de modo a colmatar todas as “dúvidas”, de maneira a ampliar o conhecimento teórico e clínico da relação entre PHDA e os estilos parentais.

Relativamente ao contacto mantido com os pais/mães destas crianças/adolescentes foi evidente que estes não adquirem conhecimentos desta patologia no que se refere às suas causas, consequências e estratégias para lidar com os filhos, daí o trabalho com estes pais ser importante, pois os pais são individualmente atingidos por este diagnóstico ao nível da sua vida pessoal.

Partindo deste estudo, parece-nos pertinente e frutífero um estudo semelhante, extrapolando a amostra à população de todo o país, assim como verificar o Estilo Parental quer do pai, quer da mãe da mesma criança com PHDA, com o objectivo de comparar as práticas educativas postas em prática por diferentes cuidadores.

Será de igual modo interessante o estudo dos estilos parentais de pais de crianças com diagnóstico de PHDA, em comparação com o estilo parental de pais de crianças sem patologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, P. (2001). Práticas educativas parentais como forma de prevenção de problemas de comportamento. Em H.J. Guilhard (Org.). *Sobre comportamento e cognição*, Vol.8. Porto Alegre: ESETec Editores Associados.
- American Academy of Pediatrics. (2000). Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With ADHD. *Pediatrics*, 105 (5).
- American Psychiatric Association (1987). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3rd. ed.), Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Banaschewski, T., Brandeis, D., Heinrich, H., Albrecht, B., Brunner, E. & Rothenberger, A. (2004). Association of ADHD and conduct disorder – brain electrical evidence for the existence of a distinct subtype. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (3).
- Barbosa, G. A. & Gouveia, V. V. (1993). O factor hiperactividade do Questionário de Conners: validação conceptual e normas diagnósticas. *Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra*, 23(46).
- Barbosa, A. (2006). *Distúrbio hiperactivo com défice de atenção e problemas de aprendizagem*. Dissertação de Mestrado disponível no Instituto da Educação da Universidade Católica do Porto.
- Barceló, M. S. (1999). Alteraciones atencionales. In E. Munar, J.Rosselló & A.S. Cabaco (coord.s). *Atención y Percepción*. Madrid: Alianza Editorial.

- Bardagi, M. P. (2002). *Os estilos parentais e sua influência sobre indecisão profissional, ansiedade e depressão dos filhos adolescentes*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1995). *Taking Charge of ADHD: The complete authoritative guide of parents*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, A. R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1999). Response inhibition in attention-deficit hyperactivity disorder. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5 (3).
- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 69 (6), 926-941.
- Barkley, R. A. (Ed.). (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDA/H*. São Paulo: ArtMed.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3ed.). New York: The Guilford Press.
- Barkley et al. (2006) An examination of the behavioral and neuropsychological correlates of three ADHD candidate gene polymorphisms in hyperactive and normal children followed to adulthood. *Am J Med Genet Part B*: 141, (B), 487-498.

- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4 (1),103.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. In: P. A. Cowan, & M. Hetherington (Eds.), *Family transitions*, 111-165.
- Baumrind, D. (1996).The discipline controversersy revisited. *Family Relations*, 45, 405-414.
- Baumrind, D. (1997). The discipline encounter: Contemporary issues. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 321-335.
- Bee, H. (2003). *A Criança em Desenvolvimento* (9ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Benczik, E. B. P.(2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica* (2ª Edição). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benczik, E. B. P., & Bromberg, M. C. (2003).Intervenções na escola. In: Rohde, Luís A. & Mattos, P. *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.
- Biasoli-Alves, Z. M. (2001). *Crianças e adolescentes: a questão da tolerância na socialização das gerações mais novas*. São Paulo: EDUSP.
- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M. & Iacono, W. G. (2001). Sources of covariation among attention deficit/hiperactivity disorder, oppositional

- defiant disorder, and conduct disorder: the importance of shared environment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 110 (4).
- Bussab, V. S. R. (2000). A família humana vista da perspectiva etológica: natureza ou cultura?. *Interação*, 4, 9-22.
- Carvalho, M. C. N. (2003). *Efeito das práticas educativas parentais sobre o comportamento infrator de adolescentes*. Dissertação de Mestrado. UFPR: Pós Graduação em Psicologia da Infância e da adolescência.
- Cohen, D.A. & Rice, J. (1997). Parenting styles adolescent substance use, and academic achievement. *Journal of drug education*, 27 (2).
- Connel, A. M. & Goodman, S.H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128 (5).
- Costa, F.T., Teixeira, M., & Gomes, E.B. (2000). Responsividade e exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18.
- Crystal, D. S., Ostrander, R., Chen, R. S., & August, G. J. (2001). Multimethod assessment of psychopathology among DSM-IV subtypes of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: self, parent, and teacher reports. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypothesis and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5.

- Decker, S. L., McIntosh, D. E., Kelly, A. M., Nicholls, S. K. & Dean, R. S. (2001). Comorbidity among individuals classified with attention disorders. *International Journal on Neuroscience*, 110.
- Emde, N. R., Bingham, R. D. & Harmon, R.J. (1993). Classification and the diagnostic process in infancy. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: The Guilford Press.
- Falardeau, G. (1999). *As crianças Hiperactivas*. Edições Cetop.
- Fonseca, A. F. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia* (volume 1, 2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. (1998). Problemas de atenção e Hiperactividade na criança e no adolescente: questões e perspectivas actuais. *Revista Psychologia*, 19.
- Fonseca, A. C. (2000). Problemas de oposição e desafio: suas características e sua evolução. *Psychologica*, 24.
- Fonseca, A. C., Simões, M. R., Fernandes, J. B., Rebelo, J. A., Oliveira, G., Pereira, M., Nogueira, S., Porfírio, H., Borges, L. & Temudo, P. I. (1998). Hiperactividade na comunidade e hiperactividade em meio clínico: semelhanças e diferenças. *Psychologica*, 19.
- Fonseca, A. C., Rebelo, J. A., Ferreira, A. G., Formosinho, M D., Pires, C. L. & Gregório, M. H. (2000). A relação entre comportamento Anti Social e Problemas Emocionais em crianças e adolescentes: dados de um estudo transversal e longitudinal. *Psychologica*, 24.
- Frances, A. & Ross, R. (1996). *DSM-IV cases studies: a clinical guide to differential diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Freire, A. C. C.; Pondé, M. P. (2005). *Estudo piloto da prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade entre crianças*

escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil (Volume 63, n. 2b).
São Paulo: Associação Arquivos de Neuro-psiquiatria.

- Fried, P. A. & Watkinson, B. (2001). Differential effects on facets of attention in adolescents prenatally exposed to cigarettes and marijuana. *Memory & Cognition*, 28 (5), 774-782.
- Garcia, M. (2001). *Hiperatividade: prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Gerdes, A. C., & Hoza, B. (2006). Maternal attributions, affect, and parenting in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and comparison families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35.
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences. *Psychological Bulletin*, 128, 539-579.
- Goldstein, L. H., Harvey, E. A., & Friedman-Weieneth, J. L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children. Part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35.
- Gomide, P.I.C. (2002) – Como evitar o desenvolvimento do comportamento anti-social do seu filho. Em: M.Z.S. Brandão, F.C.S. Conte & S.M.B. Mezzaroba (orgs). *Comportamento Humano: tudo ou quase tudo que você gostaria de saber para viver melhor*. Santo André: Editora ESETEC.
- Gomide, P. (2003). Estilos parentais e comportamento anti-social. In A. Del Prette e Z. Del Prette. (2003). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção*. Campinas: Editora Alínea.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais (IEP), modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais – Percurso de Padronização e normatização* (Volume 25) Guabirota, Curitiba: *Psicol. Argum*, (48), 15-26.

- Harvey, E., Danforth, J. S., Ulaszek, W. R. & Eberhardt, T. L. (2001). Validity of the parenting scale for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, (6).
- Hetherington (Orgs.), *Family Transitions*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates Publishers, 111-163.
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention Deficits and Hyperactivity in Children*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/ hyperactivity disorder: I: Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5).
- Hinson, J. M., Jameson, T. L. & Whitney, P. (2003). Impulsive decision making and working memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 29 (2).
- Homer, C. J., Baltz, R. D., Hickson, G. B., Miles, P. V., Newman, T. B., Shook, J. E. et al. (2000). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Academy of Pediatrics*, 105, 1158-1170.
- Howell, G. S. (2002). Cognitive, academic and behavioral differences between children with different subtypes of ADHD. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (10-B).
- Hoza, B., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A., Kipp, H. & Owens, J. S. (2001). Academic task persistence of normally achieving ADHD and control boys: performance, self-evaluations, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2).
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). *Classificação Nacional de Profissões. Direcção de Serviços de Avaliação e Certificação*. Núcleo de Informação e Documentação. Lisboa.

- 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.
- Keller, H. & Zach U. (2002). Gender and birth order as determinants of parental behavior. *International Journal of Behavioral Development* 20 (2).
- Keller, H. (2003). Ontogeny as the interface between biology and culture. Evolutionary considerations. In: T. S. Saraswathi (ed.). *Cross-cultural perspectives in human development: theory, research and applications*. New Delhi: Sage, 102-127.
- Lamborn, S.D., Mounts, N.S., Steinberg, L., & Dornbusch, S.M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- Lopes, J. (1998). *Distúrbio hiperactivo de déficit de atenção em contexto de sala aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência*. Braga: Centro de estudos em Educação e Psicologia. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Lopes, J. (2003). *A hiperactividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, J. (2004). *A hiperactividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In P. H. Mussen., & E. Hetherington (Eds.). *Handbook of child psychology*. Vol. 4; Socialization, personality and social development. New York: Wiley, 1-101.
- Maccoby, E.E. (2000). Perspectives on gender development. *International Journal of Behavioral Development*, 24 (4).
- Manga, D., Fournier, C. & Navarredonda, A.B. (1999). Transtornos por deficit de atención en la infancia. In A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

- Mangabeira, R. M. L., Pedrosa, E. C. A., Camino, C. & Costa, J. B. (2001). A percepção que os filhos têm dos pais enquanto agentes socializadores [Resumos]. Em Conselho Regional de Psicologia – 3ª Região e Universidade Federal da Bahia. (Orgs.), *Anais, II Congresso Norte Nordeste de Psicologia* (FAMPN 71). Salvador, BA: UFBA.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marshall, R.M. & Hynd, G. W. (1997). Academic Underachievement in ADHD subtypes. *Journal of Learning Disabilities, 30* (6).
- Miles, J & Shevlin, M. (2001). *Applying Regression & Correlation – A Guide for Students and Researchers*. London: SAGE Publications.
- Morrell, J. & Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44* (4), 489-508.
- Mother-child interaction, private speech, and task performance in preschool children with behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40* (6).
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit and hyperactivity disorder: a review of the literature. *Child Psychology and Psychiatry Review, 6* (4).
- Noller, P. (1994). Relationships with parents in adolescence: Process and outcomes. In: R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Orgs.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 37-77). Thousand Oaks, USA: Sage.
- Nurco, D., & Lerner, M. (1996). Vulnerability to narcotic addiction: Family structure and functioning. *Journal of Drug Issues, 26*, 1007-1025.
- Oliveira, E. A., Frizzo, G. B. & Marin, A. H. (2000). Atitudes maternas diferenciais para com meninos e meninas de quatro e cinco anos. *Psicologia Reflexão e Crítica, 13*(3), 363-371.

- Oliveira, A. E.; Marin, A. H.; Pires, F. B. & Frizzo, G. B. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático – recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15(1)*.
- Pacheco, J. T. B., Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (1999). Estilos parentais e desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 15*, 117-126.
- Parker, H. (2003). *Desordem por déficit de atenção e hiperactividade: um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Patterson, G. R., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Peixoto, A. L. (s/d). *Hiperactividade em Crianças Escolar: Representação Social do Professor*. Manuscrito não publicado no programa de Pós-Graduação em Psicologia. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo.
- Pestana, M.H & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS (4ª Edição)*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pettit, G., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. & Criss, M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development, 72*, 583-598.
- Pinheiro, D.P.N. (2003). *Estilo Parental: Uma Análise Qualitativa*. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal do Panamá.
- Pourtois, J.P., Desmet, H. (1999). *A educação pós-moderna*. São Paulo: Loyola.
- Quinn, P. O. (1997). *Attention Deficit Disorder: diagnosis and treatment from infancy to adulthood*. New York: Brunner-Mazel
- Ravenel, S. (2002). A new behavioural approach for ADD/ADHD and behavioral management without medication. *Ethical Human Sciences and Services, 4 (2)*.

- Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardagi, M. & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de Problemas de Comportamento e Desenvolvimento de Competências Psicossociais em Crianças e Adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: S. C. Hutz *Situações de Risco e Vulnerabilidade na Infância e na Adolescência: aspectos teóricos e estratégia de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rhode, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtornos de deficit de atenção/ hiperactividade actualização. *J Pediatric*, 80 (2), 61-70.
- Ribeiro, J. (2002). O Consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3, 11-22.
- Rowland, A. S., Skipper, B., Rabiner, D. L., Umbach, D. M., Stallone. L., Campbell, R. A. et al. (2008). The shifting subtypes of ADHD: classification depends on how symptoms reports are combines. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 731-743.
- Rodrigues, M. M. P., (1998). Evolução do investimento parental em primatas: o caso do *Homo Sapiens*. In: L. Souza, M.F.Q. Freitas & M.M.P. Rodrigues (orgs). *Psicologia: Reflexões (im)pertinentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sampaio, I. T. A. (2007). Inventário de Estilos Parentais. Modelo teórico: manual de aplicação, apuração e interpretação. *Psico-USF*, 12 (1), 125-126.
- Simonoff, E. (2000). Extracting meaning from comorbidity: genetic analyses that make sense. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(5).
- Souza, F., & Rodrigues, M.M.P.(2002). A Segregação Sexual na Interação de Crianças de 8 e 9 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3).
- Souza, I., Serra, M. A., Mattos, P. & Franco, V. A. (2001). Comorbilidade em crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção: Resultados preliminares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59 (2-B), 401-406.

- Stanton, B., Li, X., Pack, R., Cottrel, L., Harris, C., & Burns, J. M. (2002). Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health, 79* (4).
- Steinberg, L. (2000). The family at adolescence: Transition and transformation. *Journal of Adolescent Health, 27*, 170-178.
- Stormont, M. (2001). Social outcomes of children with AD/HD: contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools, 38* (6).
- Tripp, G., Schaughency, E. A., Langlands, R., & Mouat, K. (2007). Family interactions of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies, 16*.
- Trivers, R. L. (1974). Parent-offspring conflict. *American Zoologist, 14*.
- Villar, I. (1998). Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para Padres y Educadores. *Educación Especial y Dificultades de Aprendizaje, 26* (12), 440.
- Warner-Rogers, J., Taylor, E. & Sandberg, S. (2000). *Journal of Learning Disabilities, 33* (6), 520-537.
- Wilens, T.E., Biederman, J. & Spencer, T.J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine, 53*.
- Winsler, A. (1998). Parent-child interaction and private speech in boys with ADHD. *Applied Developmental Science, 2* (1).
- Winsler, A., Diaz, R. M., McCarthy, E. M., Atencio, D. J. & Chabay, L.A. (1999). Mother-child interaction, private speech, and task performance in preschool children with behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 891-904.
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*.

Young, S. (2000). ADHD children grown up: an empirical review. *Counselling Psychology Quarterly*, 13 (2), 191-201.

ANEXOS

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO

A. ou (1) ou (2)

(1) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de **falta de atenção** devem persistir pelo menos durante seis meses, com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

Falta de atenção

- (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades;
- (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades lúdicas;
- (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente;
- (d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
- (e) com frequência tem dificuldades em *organizar* tarefas e actividades;
- (f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
- (g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- (h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- (i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.

(2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de **hiperactividade-impulsividade** persistiram pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperactividade

- (a) com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
 - (b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
 - (c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos
-

-
- subjectivos de impaciência);
- (d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;
 - (e) com frequência "anda" ou só actua como se estivesse "ligado a um motor";
 - (f) com frequência fala em excesso;

Impulsividade

- (g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- (i) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

- B.** Alguns sintomas de hiperactividade- impulsividade ou falta de atenção que causam défices, surgem antes dos 7 anos de idade.
 - C.** Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos [por exemplo escola (ou trabalho) e em casa].
 - D.** Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.
 - E.** Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou Perturbação Psicótica, e não são melhor explicadas por outra Perturbação mental.
-



Comunicação nº:	40/CES	Data:	21.12.2009	Para:	Exmº Senhor, Presidente do Conselho de Administração
-----------------	--------	-------	------------	-------	---

Assunto: Pedido de parecer

Apreciado o pedido de realização do projecto de investigação apresentado pela estagiária do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Ana Catarina de Castro Goiana Braga, aluna da Universidade Católica Portuguesa, tendo como designação "Estilos parentais dos pais de crianças com perturbação de hiperactividade e défice de atenção" através da aplicação de questionários. A Comissão de Ética em face das informações constantes do processo entendeu nada a opôr, sob o ponto de vista ético, ao projecto de investigação proposto, desde que na sua execução a candidata siga os princípios aplicáveis na deliberação nº 227 da Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Com os melhores cumprimentos.

João Lima Reis
Presidente da CES

CHAA - Conselho de Administração

Reunião do CA n.º 15 Data: 12/4/2010

Deliberação: *Autosignado nos termos do parecer de comissão de ética.*

António José Sousa	António Luís Gomes	Gabriel Fontes	Carlos Guimarães	José Ribeiro

	CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	Código 0356_Reg_PFR
	INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO DO DOENTE - Pesquisa Clínica, Investigação e Ensaio Clínicos	Pág. 1 / 1

1. Tipologia ~~Pesquisa Clínica~~ / Investigação / ~~Ensaio Clínicos~~ (risque o que não interessar)

2. Procedimentos Pretende-se recolher uma amostra constituída por 100 crianças/adolescentes do género masculino e feminino, que foram diagnosticados com Hiperactividade. Esta amostra vai ser recolhida nas consultas de Pediatria do Desenvolvimento do Centro Hospitalar do Alto Ave em Guimarães. Será passado um questionário sócio-demográfico aos pais (encarregado de educação) e um outro às respectivas crianças. Depois, de modo a verificar se está comprovado o diagnóstico de Hiperactividade, será aplicado às crianças/adolescentes o Questionário de Connors (Barbosa & Gouveia, 1993), e para os pais será aplicado o Inventário de Estilos Parentais (Gomide, P. 2006). Será feita uma relação entre as variáveis sócio-demográficas e a variável em estudo (Estilos Parentais). Serão avaliadas no momento de espera para a consulta de Pediatria do Desenvolvimento.

3. Benefícios Contribuir para uma melhoria e avanço ao nível da investigação nesta área (produção de conhecimento científico) e
Beneficiar de um melhoramento no tratamento fornecido, bem como de apoio psicoeducativo de ajustamento a esta patologia (Hiperactividade).

4. Potenciais Riscos e Desconforto Poderá ocorrer algum cansaço ou desgaste decorrente da aplicação dos instrumentos de avaliação.

5. Probabilidade de Sucesso Elevada

6. Alternativas Inexistentes

7. Direito à recusa O doente tem direito à recusa na participação ou abandono do projecto, sem que comprometa o seu acesso aos serviços da organização. Contudo, quando se tratar de ensaios clínicos deverá perguntar ao responsável do projecto das consequências para a sua saúde do abandono.

8. Garantia da Confidencialidade A confidencialidade dos dados e resultados dos estudos será respeitada e garantida por todos os membros da equipa de saúde.

8. Revisão
(Data/Responsável)

	CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	Código 0356_Reg_PFR
	INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO DO DOENTE - Pesquisa Clínica, Investigação e Ensaio Clínicos	Pág. 2 / 1

9. Consentimento

Caro doente / familiar / participante (riscar o que não interessa) após a informação acima descrita, compete-lhe decidir de forma livre e esclarecida se pretende participar no estudo proposto. Se essa for a sua decisão terá que assinar o consentimento abaixo referido.

O Investigador _____ Data ____/____/____

Declaro que fui esclarecido quanto à informação acima mencionada pelo médico que a assina, e que autorizo, neste momento, a realização do procedimento proposto, acima referido, estando informado dos riscos, complicações e sequelas que podem surgir.

Assinatura (a) _____

(a) se não for o doente Nome: _____ B.I.

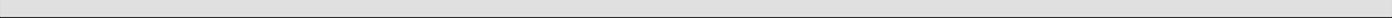
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Morada _____ Parentesco _____

Data

--	--	--	--	--	--

 Assinatura _____



ANEXO IV

Questionário Sócio-Demográfico

Identificação

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

1- Idade da Mãe _____ Idade do Pai _____

2- Género Masculino Feminino

3- Estado civil Solteiro
Casado
Divorciado
Viúvo
União

4- Habilitações Literárias

Pai

1º Ano <input type="checkbox"/>	7º Ano <input type="checkbox"/>
2º Ano <input type="checkbox"/>	8º Ano <input type="checkbox"/>
3º Ano <input type="checkbox"/>	9º Ano <input type="checkbox"/>
4º Ano <input type="checkbox"/>	10º Ano <input type="checkbox"/>
5º Ano <input type="checkbox"/>	11º Ano <input type="checkbox"/>
6º ano <input type="checkbox"/>	12º Ano <input type="checkbox"/>

Não frequentou a escola

Ensino superior

Profissão _____

Mãe

1º Ano <input type="checkbox"/>	7º Ano <input type="checkbox"/>
2º Ano <input type="checkbox"/>	8º Ano <input type="checkbox"/>
3º Ano <input type="checkbox"/>	9º Ano <input type="checkbox"/>
4º Ano <input type="checkbox"/>	10º Ano <input type="checkbox"/>
5º Ano <input type="checkbox"/>	11º Ano <input type="checkbox"/>
6º ano <input type="checkbox"/>	12º Ano <input type="checkbox"/>

Não frequentou a escola

Ensino superior

Profissão _____

5- Número de filhos _____

6- Com quem vive a criança

Com ambos os pais

Só com a mãe

Só com o pai

Irmãos

Outros. Quem? _____

7- Ano de escolaridade do seu filho/a _____

8- Que idade tinha a criança quando foi diagnosticada com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção _____

9- A criança toma medicação

Sim

Não

10- A criança apresenta outro tipo de patologia

Sim

Não



Questionário de Conner revisto(Para Pais)

Nome da Criança: _____ Idade: _____
Nome Pai/Mãe: _____ Data: _ / _ / _

Leia cada item cuidadosamente e decida quanto é que pensa que o seu filho é afectado por estes problemas. Ponha uma cruz no quadrado que pensa corresponder ao comportamento do seu filho no presente momento.

		0	1	2	3
		Nunca	Raramente	Frequentemente	Excessivamente
1	Sempre a mexer com a mão (mexe no cabelo, roupa, etc)				
2	Mal-educado com os adultos				
3	Dificuldade em fazer e conservar amigos				
4	Reage antes e pensar				
5	Quer comandar tudo				
6	Chupa ou rói (dedos, unhas, roupa, cobertores)				
7	Chora com facilidade e frequentemente				
8	Irritável				
9	Parece que anda “na lua”				
10	Dificuldade a aprender				
11	Irrequieto				
12	Medroso (de novas situações, novas pessoas, locais, ir paras a escola)				
13	Impaciente, sempre de pe e pronto para andar				
14	Destrói tudo				
15	Mente ou conta historias que não são verdadeiras				
16	Tímido				
17	Arranja mais problemas do que os da mesma idade				
18	Fala diferentemente de outros da mesma idade (gaguez, fala de mimo)				
19	Nega erros e culpa os outros				
20	Cria conflitos				
21	Faz beicinho e amua				
22	Rouba				
23	Desobedece ou obedece contrariado				
24	Preocupa mais do que os outros (quando esta so, ou doente)				
25	Incapaz de terminar as coisas				
26	Ofende-se com facilidade				
27	Ameaça os outros (rufia)				
28	Incapaz de parar uma actividade repetitiva				
29	Cruel				
30	Infantil ou imaturo (quer ajuda de que não deveria necessitar)				
31	Distrai-se com facilidade e não se concentra				
32	Dores de cabeça				
33	Mudanças rápidas do humor				
34	Não gosta nem cumpre proibições				
35	Luta constantemente				
36	Dá-se mal com irmãos e irmãs				
37	Desiste das tarefas a mínima dificuldade				
38	Perturba as outras crianças				
39	Criança infeliz				
41	Dificuldades com alimentação (pouco apetite, levanta se entre colheradas)				
41	Dores de estômago				
42	Dificuldades com o sono) custa a adormecer, acorda muito cedo, levanta-se de noite)				
43	Outras dores				
44	Vómitos ou enjoos				
45	Sente-se posto de parte na família				
46	Gabarolas				
47	Deixa-se influenciar				
48					



Questionário de Conners revisto (Para professores) adaptação

Nome da Criança: _____
Classe _____

- 1- Nas suas próprias palavras, escreva brevemente o principal problema da criança.

- 2- Rendimento nas actividades escolares

Actividade	Acima da média	Abaixo da média	Muito abaixo da média
Leitura			
Matemática			
Caligrafia			
Ditado			
Outros			

Descreva qualquer apoio especial que tenha na escola _____

- 3- Lista de Comportamentos:

Ponha uma cruz no quadrado que considerar mais correspondente ao comportamento da criança no presente momento (agradecemos que respondesse a todos os itens deste sector).

		0	1	2	3
		Nunca	Raramente	Frequentemente	Excessivamente
1	Irrequieto				
2	Faz ruídos inadequados quando não devia				
3	Exige atenção imediata				
4	“Arma-se em esperto”				
5	Berras e comportamento imprevisível				
6	Reage mal á crítica				
7	Dificuldades de concentração e da manutenção da atenção				
8	Perturba as outras crianças				
9	Sonha acordado				
10	Amua com facilidade				
11	Alterações de humor rápidas e drásticas				
12	Conflituoso				
13	Atitude submissa relativamente á autoridade				
14	Impaciente, sempre pronto”para andar”				
15	Impulsivo				
16	Necessidade excessiva da atenção do professor				
17	Parece não ser aceite pelo grupo				
18	Parece ser facilmente “levado” pelas outras crianças				
19	Não sabe perder				
20	Falta de capacidade de liderança				
21	Incapaz de terminar o que começa				
22	Infantil e imaturo				
23	Nega os erros e culpa os outros				
24	Dá-se mal com as outras crianças				
25	Pouco colaborante com os colegas				
26	Facilmente frustrado nos esforços				
27	Pouco cooperativo com o professor				
28	Dificuldade em aprender				

- 4 – Família.

As outras crianças da mesma família que frequentam a sua escola apresentam problemas? Se sim, por favor descreva-os.

- 5 – História anterior:

Descreva o que sabe acerca da adaptação á escola desta criança no passado. Os seus problemas actuais são novos?

Inventário de Estilos Parentais (IEP)

Práticas educativas maternas e paternas

Auto-aplicação

Paula Inez Cunha Gomide

O objetivo deste instrumento é estudar a maneira utilizada pelos pais na educação de seus filhos. Não existem respostas certas ou erradas. Responda cada questão com sinceridade e tranquilidade. Suas informações serão sigilosas. Escolha, entre as alternativas a seguir, aquelas que mais refletem a forma como **você** educa seu/sua filho(a).

Identificação

Nome: _____ Idade: _____
Escolaridade: _____ Sexo: ()m ()f
Nome do filho(a): _____

Responda a tabela a seguir fazendo um X no quadrinho que melhor indicar a frequência com que **você** age nas situações relacionadas; mesmo que a situação descrita nunca tenha ocorrido, responda considerando o seu possível comportamento naquelas circunstâncias.

Utilize a legenda de acordo com o seguinte critério:

NUNCA: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 0 a 2 vezes.

ÀS VEZES: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 3 a 7 vezes.

SEMPRE: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 8 a 10 vezes.

Entre 10 episódios

	Entre 10 episódios		
	8 a 10	3 a 7	0 a 2
	Sempre	Às vezes	Nunca
1. Quando meu filho(a) sai, ele(a) conta espontaneamente onde vai.			
2. Ensino meu filho(a) a devolver objetos ou dinheiro que não pertencem a ele(a).			
3. Quando meu filho(a) faz algo errado, a punição que aplico é mais severa dependendo de meu humor.			
4. Meu trabalho atrapalha na atenção que dou a meu filho(a).			
5. Ameaço que vou bater ou castigar e depois não faço nada.			
6. Critico qualquer coisa que meu filho(a) faça, como o quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados.			
7. Bato com cinto ou outros objetos nele(a).			
8. Pergunto como foi seu dia na escola e o ouço atentamente.			
9. Se meu filho(a) colar na prova, explico que é melhor tirar nota baixa do que enganar a professora ou a si mesmo(a).			
10. Quando estou alegre, não me importo com as coisas erradas que meu filho(a) faça.			

ANEXO V

Procedimentos estatísticos

Fase 1: Avaliação dos Pressupostos

i) Distribuição normal dos resíduos

O valor máximo Cook's D não pode ser superior a 1. No presente estudo é de 0,115 o que indica a não existência de *outliers*.

Por sua vez, o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors mostrou que os resíduos estandardizados se distribuem de forma normal ($Z=0,092$; $p=0,200$), não sendo, portanto necessária a transformação dos dados. Paralelamente, segundo Miles & Shevlin (2001), a análise da normalidade pode, ainda, ser efectuada pela assimetria (*skewness*) da amostra. Estes investigadores sugerem que um valor estatístico de assimetria inferior a 1,0, não causa problemas relevantes. Opostamente, se a assimetria for superior a 1,0 e inferior a 2,0 ainda que com algumas reservas na estimativa do parâmetro, mas é aprovado. Finalmente, se o valor estatístico da assimetria for superior a 2,0 conterà problemas. Cada um destes valores depende da dimensão da amostra, pois quanto maior o tamanho da amostra, menos se aproxima da normalidade. Por outro lado, o quociente da assimetria e da curtose pelos respectivos erros padrão, deverá estar compreendido no intervalo $]-1,96; 1,96[$.

Pela Tabela 18 observa-se que a assimetria e a curtose, de todas as variáveis, está situada no intervalo $]-1,96; 1,96[$, o que mostra a simetria e a mesocúrtia das variáveis, permitindo, igualmente, concluir pela normalidade das suas distribuições.

Tabela 18 – assimetria e curtose das variáveis independentes.

	Skewness	Skewness/ Std Error Skewness	Kurtosis	Kurtosis/ Std Error Kurtosis
Índice de Estilo Parental	-0,366	1,51	-0,763	-0,77
Monitorização Positiva	-0,549	-1,09	0,848	-1,15
Comportamento Moral	0,423	-1,63	0,214	1,28
Punição Inconsistente	-0,031	1,26	-1,128	0,32
Negligência	-0,099	-0,09	-0,988	-1,70
Disciplina Relaxada	-0,365	-0,29	-0,115	-1,49

Monitoria Negativa	-0,065	-1,09	-0,988	-0,17
Abuso Físico	0,509	-0,19	-0,510	-1,49

ii) Linearidade dos parâmetros

A regressão efectuada para verificar a linearidade dos dados considerou como variável dependente a «hiperactividade avaliada pelos PAIS», sendo que as restantes variáveis foram incluídas como variáveis independentes. O resultado demonstra que o modelo linear explica a relação entre variáveis independentes e dependente com um reduzido ajuste ($R^2=8,5\%$). Isto significa que as variáveis independentes explicam apenas 8,5% da variância total da variável dependente. Portanto, pode-se afirmar que existe uma fraca linearidade entre as variáveis. Opostamente, o *scatterplot* dos resíduos aproxima-se da linearidade, o que demonstra haver uma certa relação linear entre as variáveis independentes (preditoras) e a variável dependente (variável-critério), conforme proposto por Tabachnick & Fidell (2001).

iii) Homocedasticidade (variância constante do termo do erro)

A homocedasticidade refere-se à suposição de que a variável dependente apresenta níveis iguais de variância em todas as variáveis preditoras. Esta é uma característica desejável, uma vez que a variância da variável dependente que é explicada na relação de dependência não deveria estar concentrada numa extensão limitada de valores. A relação entre os resíduos estudantizados e os resíduos estandardizados mantêm uma amplitude aproximadamente constante em relação ao eixo horizontal zero, não mostrando, por esta razão, tendências crescentes ou decrescentes, não se rejeitando a homocedasticidade.

iv) Ausência de autocorrelação

O valor de Durbin-Watson tem que estar entre 1 e 3. Neste estudo, o valor 1,785 cumpre o pressuposto, ou seja, não existe autocorrelação.

v) Ausência de multicolinearidade das variáveis independentes

A Tolerância (*Tolerance*) varia entre 0 e 1. Porém, deverá exceder 0,1 o que acontece no modelo criado (Tolerância=1,000). Quanto mais próxima de zero maior é a multicolinearidade, quanto mais próxima de 1 menor é a multicolinearidade. Por sua vez, o valor VIF (*variance inflation factor*) corresponde ao inverso da Tolerância, ou seja, $1/\text{Tolerância}=\text{VIF}$. Neste caso, os valores de VIF aceites como constituindo a ausência de multicolinearidade são aqueles que estão abaixo de 4 [alguns investigadores referem inferior a 10 (Myers, 1986)], ainda que quanto mais próximo de zero menor será a multicolinearidade das variáveis independentes. No presente estudo, todas as variáveis apresentam um diagnóstico de colinearidade abaixo de 4. Assim, conclui-se que não existe multicolinearidade.

Fase 2: Variáveis Excluídas do Modelo

Na Tabela 19 constam as variáveis que foram excluídas do modelo pelo método *stepwise* (uma variável é adicionada de cada vez, de acordo com o critério pré-estabelecido). Os elevados valores de significância ($p>0,05$) não concederam importância estatística suficiente. De todas, a variável Abuso Físico, não obstante ter sido rejeitada pelo modelo, o valor de significância ($p=0,066$) é considerado marginalmente significativo.

Tabela 19 – Variáveis excluídas do modelo.

	Beta In	t	p	Partial	Collinearity Statistics	
				Correlation	Tolerance	VIF
Monitorização Positiva	0,131	0,906	0,369	0,131	0,910	1,099
Punição Inconsistente	-0,209	-1,488	0,143	-0,212	0,942	1,062
Negligência	-0,037	-0,244	0,808	-0,036	0,829	1,206
Disciplina Relaxada	0,124	0,850	0,400	0,123	0,901	1,110
Monitoria Negativa	0,084	0,598	0,553	0,087	0,983	1,017
Abuso Físico	0,277	1,880	0,066	0,264	0,836	1,196
IEP total	-0,072	-0,397	0,693	-0,058	0,584	1,712

Predictores no Modelo: (Constante), Comportamento Moral
Variável Dependente: Hiperactividade avaliada pelos PAIS