

---

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DA MAIA**  
**2º ANO DO MESTRADO EM PSICOLOGIA**  
**ESCOLAR E DA EDUCAÇÃO**

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar e da Educação**

**Aceitação-Rejeição parental face a uma criança com Hiperatividade e Défice de  
Atenção: Stress Parental e Qualidade de Vida**

Silvana Santos Fernandes, nr. 22047

**Sob Orientação:** Doutora Márcia Machado  
Doutor Francisco Machado

**Ano letivo 2013/2014**

---

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar um muito obrigado à Dr.<sup>a</sup> Márcia Machado e ao Dr.<sup>o</sup> Francisco Machado, pela disponibilidade, apoio, motivação, pelos momentos de aprendizagem e por acreditarem e confiarem no esforço e dedicação por mim empenhados para a realização deste estudo.

Em segundo lugar agradecer a todas as colegas do mestrado, pelo apoio, pelo contributo e pela colaboração para o desenvolvimento deste estudo, em especial à Joana Martins, que sempre se mostrou disponível para ajudar, em esclarecer dúvidas e até mesmo em me aturar em momentos mais difíceis no decorrer do estudo. Não me esquecendo como é óbvio das restantes meninas, que a meu lado caminharam e lutaram até ao fim para esta etapa ser vencida, ou seja, todas caminhamos em busca de um sonho, de um objetivo, a conclusão do Mestrado em Psicologia Escolar e da Educação, serão para sempre recordadas.

Em terceiro lugar, agradecer à Dr.<sup>a</sup> Margarida Pontes, pelo carinho com que me recebeu e como facilmente se prontificou a ajudar-me, um muito obrigado do fundo do coração.

De seguida um agradecimento muito especial a família, que me prestou apoio ao longo deste percurso, possibilitando-me fechar este ciclo académico, conclusão do mestrado, objetivo traçado e conseguido com a ajuda de todos.

E por fim tenho que agradecer à pessoa que sempre esteve a meu lado, que sempre me apoiou, me deu força, coragem, segurança, atenção, carinho e felicidade, para conseguir olhar em frente e chegar até aqui, a ti, Juvenal um muito obrigado.

## Resumo

A presente investigação tem como finalidade avaliar as relações existentes entre a aceitação-rejeição parental, o stress parental e a qualidade de vida familiar, em pais de crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Assim a amostra é constituída por 57 participantes de ambos os sexos (39 mulheres e 18 homens), com idades compreendidas entre os 30 e os 70 anos de idade com pelo menos um filho diagnosticado com a perturbação em estudo. A idade dos filhos varia entre os 5 e os 14 anos de idade. De forma a se avançar com esta investigação, procedeu-se à utilização de instrumentos de forma a ser possível atingir os objetivos previamente estabelecidos. Assim, foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário sociodemográfico, o Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ-pais versão curta) de Ronald Rohner (2004), o formulário parental da qualidade de vida, de David Olson & Howard Barnes (1982), adaptado e traduzido para versão portuguesa por Relvas, Alberto & Simões (2008) e a escala de stress parental de Maria Mixão, Isabel Leal & João Maroco (2007). Os resultados deste estudo sugerem que existem relações estatisticamente significativas entre os níveis de perceção da aceitação-rejeição parental, o stress parental e a qualidade de vida dos pais de crianças com PHDA.

**Palavras chave:** Hiperatividade, aceitação-rejeição parental, stress parental e qualidade de vida.

### **Abstract**

The presente investigation has as purpose to evaluate the existing relationships between the parental acceptance – rejection, the parental stress and the quality of family life, in parents of children diagnosed with Hyperactivity Perturbation and Attention Deficit (ADHD). So the sample is constituted by 57 participants of both sexes (39 women and 18 men), with ages between 30 and 70 years old with at least one children diagnose with the perturbation in study. The age of the children varies between the 5 and the 14 years old. It will be used some tools in order to accomplish the previously established goals and to advance with the investigation. So, it has used the following instruments: a sociodemographic quizz, the Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ) of Ronald Ronher (2004), the parental formulary of quality of life, by David Olson & Howard Barnes (1982), adapted and translated for the Portuguese version by Relvas, Alverto & Simões (2008) and at the parental stress scale of Maria Mixão, Isabel Leal & João Maroco (2007). The results of this study suggest that exist relations statistiquely significates between the perceptions levels of the parental acceptance – rejection, the parental stress and the quality of life of the children's parents with ADHA.

**Key words:** hyperactivity, parental acceptance-rejection, parental stress and quality of life.

## Índice

Agradecimentos .....	ii
Resumo .....	iii
Abstract .....	iv
Índice.....	v
Índice de Figuras.....	vii
Índice de tabelas .....	viii
Índice de abreviaturas .....	ix
Introdução.....	1
Capítulo I: Revisão da literatura.....	3
1 Hiperatividade e Défice de Atenção .....	3
1.1 Conceito e caraterísticas.....	3
1.2 Etiologia .....	4
1.3 Tipos de PHDA .....	6
1.4 Diagnóstico e tratamento.....	6
1.5 Co-morbilidades .....	12
1.6 Caraterização da PHDA ao longo do percurso de desenvolvimento dos portadores.....	12
2 A Família.....	15
2.1 A Parentalidade.....	20
2.2 Stress Parental .....	21
2.3 Qualidade de vida .....	23
3 Aceitação-Rejeição Interpessoal.....	25
3.1 Aceitação-rejeição e a PHDA.....	28
Capítulo 2 Método .....	30
1 Objetivos .....	30
2 Problemas e hipóteses .....	30
3 Procedimentos .....	32
4 Amostra.....	32
5 Instrumentos .....	35
5.1 Questionário sociodemográfico .....	35
5.2 Questionário de aceitação-rejeição Parental (PARQ) (Rohner, 2004) .....	36

5.3	Escala de Stress Parental (ESP) (Mixão, Leal & Maroco, 2007).....	37
5.4	Escala da qualidade de vida (QOL) (Relvas, Alberto, & Simões, 2008).....	38
Capitulo III: Apresentação e discussão dos resultados .....		39
1	Resultados .....	39
2	Discussão.....	42
Capitulo IV: Conclusão .....		44
Referências Bibliográficas .....		46
Anexos.....		59

## Índice de Figuras

Figura 1 Esquema das dimensões da teoria Aceitação-Rejeição Parental (adaptado de Rohner, 1986). .....	28
--	----

## Índice de tabelas

Tabela 1 Fases e sintomas da PHDA, adaptada Ramalho (2010) e Almeida (2012) .....	14
Tabela 2 Estado civil dos pais em função do sexo .....	33
Tabela 3 Profissão dos pais em função do sexo .....	33
Tabela 4 Escolaridade dos pais em função do sexo .....	34
Tabela 5 Escolaridade das crianças com PHDA em função do sexo.....	35
Tabela 6 Análise descritiva da aceitação-rejeição parental, do stress parental e da qualidade de vida .....	40
Tabela 7 Correlação de Pearson entre aceitação-rejeição parental e o stress parental ...	41
Tabela 8 Correlação de Pearson entre aceitação-rejeição e qualidade de vida .....	42

## Índice de abreviaturas

ABC	Escala de estratégias de comunicação
ESL	Escala de Stress Parental
QOL	Escala da Qualidade de vida
QV	Qualidade de vida
NEE	Necessidades educativas especiais
PARQ	Questionário de aceitação-rejeição Parental
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

## Introdução

O presente estudo tem como objetivo estudar a perceção de aceitação-rejeição parental relativamente aos filhos, o stress parental e a qualidade de vida dos pais de crianças diagnosticadas com PHDA.

A escolha desta temática foi impulsionada essencialmente pela necessidade de aprofundar as características específicas desta problemática, desenvolver conhecimentos específicos sobre o relacionamento do pai/mãe e do filho e assim, descobrir de que forma é que a perceção dos pais sobre a aceitação-rejeição, se relaciona com o stress parental e com qualidade de vida (QV) a todos os membros da família.

No que diz respeito à aceitação-rejeição parental, torna-se importante realizar este estudo com a família, pois estes assumem um papel fundamental no desenvolvimento dos filhos, a nível emocional e psicossocial. Caso exista rejeição, os pais estarão a contribuir para comportamentos desajustados dos filhos e no que diz respeito às crianças com PHDA, os comportamentos de impulsividade e de agressividade poderão evidenciar-se ainda mais, pelo fato de não se sentirem apoiados, amados e desejados pelos pais (Nunes & Werlang, 2008; Rohner, Khaleque & Cournoyer, 2012).

Todas as características mencionadas, são vistas como preditores de stress parental, tal como o desconhecimento inicial da problemática do filho, o impacto inicial com o diagnóstico e o sentimento de desespero, que surge pela incapacidade que os pais sentem em não saber lidar com a problemática do filho (Moreira, 2010; Rodrigues, 2013).

O stress parental é visto como uma reação a acontecimentos de vida ameaçadores, que estarão a desenvolver sentimentos negativos e a ameaçar o bem-estar das pessoas. Neste caso pretendemos estudar o bem-estar dos pais que não sabem como é que irão lidar com o filho com PHDA. Existem diversos estudos, como Goldstein, Harvey e Friedman-Weieneth (2007, as cited in Moreira, 2010) que revelam que os níveis de stress parental são mais elevados, quando na família existe uma criança diagnosticada com PHDA (Moreira, 2010).

Existindo stress parental, existe a necessidade de as famílias se adaptarem aos acontecimentos e com o passar do tempo se envolvam em acontecimentos positivos e passem assim a usufruir e a oferecer momentos de bem-estar e de QV.

A QV pode ser entendida através da perceção e a interação dos membros da família, contribuindo assim a nível emocional, cognitivo e social de cada um dos elementos da família, para se ajustarem à vida comunitária. Logo, torna-se necessário que a relação entre os pais e os filhos com PHDA seja satisfatória, para que todos possam avaliar os seus objetivos, expectativas e preocupações de forma positiva. Assim, irá permitir uma fácil inserção dos sujeitos na comunidade e lidar com facilidade com os acontecimentos negativos (Bognar, 2005; Hu, Summers, Turnbull & Zuna, 2011).

Este estudo surgiu com o intuito de dar resposta aos objetivos delineados, tendo por base o aprofundar e o avaliar a relação existente entre a perceção da aceitação-rejeição parental e o stress parental; a relação existente entre a perceção da aceitação-rejeição parental e a qualidade de vida; e ainda verificar a perceção da aceitação-rejeição da mãe e em relação ao filho ou filha.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos principais. No primeiro apresenta-se a revisão da literatura pertinente para o estudo abordando a caracterização da PHDA, a etiologia, os tipos de PHDA, a prevalência, o diagnóstico, as comorbilidades e o percurso evolutivo ao longo da infância, da adolescência até à vida adulta. Serão ainda aprofundadas as temáticas sobre a família, a parentalidade, a aceitação-rejeição, o stress parental e a qualidade de vida. De seguida encontrar-se-á um segundo capítulo onde estão explícitos os objetivos do estudo, os problemas e as hipóteses, a caracterização da amostra e dos questionários utilizados para se conseguir concretizar a recolha das informações necessária para a realização do estudo e os procedimentos. Existe um terceiro capítulo onde estão apresentados os resultados e a discussão dos mesmos. Para finalizar, temos a conclusão que dá origem ao quarto e último capítulo desta dissertação.

## Capítulo I: Revisão da literatura

### 1 Hiperatividade e Déficit de Atenção

#### 1.1 Conceito e características

A Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) é uma problemática que desde os meados do século XIX e ainda nas últimas décadas do século XX foi sofrendo alterações a nível dos seus fatores de diagnóstico, da sua classificação, como também na sua definição (Benedetto & Ingrassia, 2013; Moreira, 2010).

Assim, esta perturbação é conhecida por afetar crianças desde o início da sua infância, tendo consequências no seu desenvolvimento normativo, pois estas desde cedo apresentam características de impulsividade, desatenção e hiperatividade, sendo difícil o processo de as controlar, mesmo para elas próprias e mantendo-se a sintomatologia até à idade adulta (Miranda, Grau, Rosel & Melia, 2009; Selikowitz, 2010).

Esta perturbação pode manifestar-se em crianças de ambos os sexos, sendo que é mais diagnosticada em rapazes do que em raparigas, abrange diferentes idades e encontra-se em diversas culturas. As consequências são visíveis no relacionamento familiar com distúrbios de ordem emocional, baixo rendimento escolar e níveis de socialização baixos (Banga, 2013; Cumingham, 2007; Foley, McClowry, & Castellanos, 2008; Miranda, et al., 2009).

Para se considerar que a criança é portadora de PHDA, segundo os critérios estipulados pelo DSM-IV-TR (APA, 2002), a criança deve manifestar comportamentos característicos de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade (Almeida, 2012; Dreyer, 2006; Moreira, 2010; Pinto, 2012).

Relativamente à primeira característica, desatenção, segundo o manual (APA, 2002), esta pode ser avaliada pela dificuldade em a criança se manter com atenção nas atividades ou tarefas que está a desenvolver, dando a sensação de que está no “mundo da lua”, ou seja, que não está a ouvir nada daquilo que lhe está a ser comunicado; não consegue seguir as instruções que lhe estão a ser transmitidas, manifesta elevadas dificuldades de organização e de atenção, levando-a assim a não finalizar as tarefas que inicia; tem tendência a evitar as tarefas de envolvimento com os outros; perde ou não sabe onde coloca o material necessário para o desenvolvimento de uma tarefa; com

muita facilidade se distrai com a presença de estímulos insignificantes ou com aquilo que os outros estão a fazer, e, apresenta ainda com frequência, o esquecimento em relação às atividades diárias. Para se confirmar este comportamento, a criança deve manifestar seis ou mais sintomas apresentados anteriormente (Foley, et al., 2008).

A avaliação da hiperatividade (APA, 2002) acontece após serem evidentes na criança os seguintes comportamentos: movimentar as mãos e os pés de forma excessiva quando se encontra sentada; levantar-se na sala de aula demonstrando assim a incapacidade de estar quieta e sentada; comportamentos inapropriados, como: correr e saltar demasiado em situações onde não são adequados; apresentar diversas dificuldades em se dedicar com tranquilidade a um jogo e está constantemente a falar (Almeida 2012; Foley, et al., 2008; Moreira 2010).

Para a impulsividade, (APA, 2002), os sintomas são: responder com frequência e precipitação a questões que ainda não tenham sido terminadas; dificuldade em esperar pela sua vez e pela tendência de interromper atividades ou conversas dos outros (Almeida, 2012; Cordinhã & Boavida, 2008; Moreira, 2010).

Assim para a avaliação da PHDA (APA, 2002) a criança deve apresentar seis ou mais sintomas de desatenção, de hiperatividade e de impulsividade, sendo manifestados várias vezes em dois ou mais contextos, como por exemplo o escolar ou familiar. Estes sintomas podem surgir antes dos sete anos de idade, mas até aí não podem ser diagnosticados como PHDA (Banga, 2013; Dreyer, 2006; Zwi, Jones, Thorgaord, York & Dennis, 2012).

## **1.2 Etiologia**

Atualmente existem diversas causas apontadas para o surgimento da PHDA nas crianças, nomeadamente causas biológicas, fatores pré e peri natais, fatores genéticos e fatores psicossociais (Almeida, 2012; Cordinhã & Boavida, 2008; Moreira, 2010; Pinto, 2012).

A abordagem destas causas será iniciada pela que hoje em dia é vista como a principal causa, a influência genética. Sabe-se que existe uma elevada predisposição das crianças adquirirem a sintomatologia desta problemática, quando as figuras parentais, durante a infância manifestaram características da mesma. Se for possível efetuar uma avaliação aos pais, estes apresentam um elevado grau de sintomatologia, sendo de duas

a oito vezes maior a sua manifestação, logo a probabilidade de os filhos herdarem estas características é elevada. Sabe-se também que a probabilidade de esta perturbação se manifestar entre irmãos também se torna elevada, podendo ser superior entre três a cinco vezes, relativamente à população em geral (Almeida, 2012; Cordinhã & Boavida, 2008; Moreira, 2010; Pinto, 2012).

De seguida descrevem-se algumas das causas relacionadas com os fatores pré e peri natais, que de certo modo, direta e indiretamente influenciam a predisposição das crianças manifestarem sintomatologia da perturbação em estudo. Assim, no que diz respeito a fatores pré natais, sabe-se que se a mãe ao longo da sua gravidez apresentar comportamentos de consumo de álcool, de tabaco, se vivenciar elevados níveis de stress e se fizer uma má alimentação, a probabilidade do seu filho apresentar comportamentos de hiperatividade e déficit de atenção são mais elevados do que na população em geral. Ainda relacionado com estes fatores, existem o peri-natais, nomeadamente a prematuridade e o nascimento com baixo peso (Almeida, 2012; Cordinhã & Boavida, 2008; Moreira, 2010; Pinto, 2012).

Relativamente aos fatores biológicos, são habitualmente caracterizados por danos cerebrais, que influenciam os comportamentos da criança e simultaneamente apresentam problemas metabólicos, circulatórios e problemas físicos (Almeida, 2012; Cordinhã & Boavida, 2008; Moreira, 2010; Pinto, 2012).

Por fim temos os fatores psicossociais, relacionados com as influências sociais a que as crianças estão sujeitas, incluindo os comportamentos parentais. Normalmente nestes casos, para conseguirem dominar os comportamentos dos filhos os pais, recorrem com frequência à punição e aos castigos. Quando estes se tornam repetitivos perante as situações do dia-a-dia, a criança vai sendo capaz de antecipar as consequências do seu comportamento, quando o percebe como idêntico a um comportamento que deu origem à punição ou ao castigo, imposto por uma das figuras parentais, isto leva a que estes se tornem pais negligentes e pessimistas em relação às capacidades cognitivas dos filhos e vão desvalorizando o apoio a nível académico (Almeida, 2012; Cordinhã & Boavida, 2008; Moreira, 2010; Pinto, 2012).

### **1.3 Tipos de PHDA**

Através dos critérios de avaliação anteriormente apresentados, é-nos possível classificar a PHDA em três subtipos, tal como estão apresentados no manual DSM-IV-TR, (APA, 2002): a PHDA do tipo misto, a PHDA do tipo predominantemente desatento e a PHDA do tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, ou seja, as crianças manifestam mais sintomas de um dos tipos apresentados ou então apresentam sintomas iguais de cada um dos tipos (Banga, 2013; Foley, et al., 2008; Zwi, et al., 2012).

No que diz respeito ao subtipo misto, (APA, 2002), é aquele que mais desafios apresenta para a família, pois são crianças muito impulsivas, menos recetivas a processos de mudança, são crianças pouco amáveis e são muito desafiadoras. Normalmente são crianças que apresentam mais problemas de saúde e fazem desenvolver nos pais sentimentos de incapacidade para cuidar do filho, como nos outros subtipos, levando-os a experienciar elevados níveis de stress e sentimentos depressivos (Almeida, 2012; Miranda, et al., 2009).

Em relação ao subtipo predominantemente desatento, (APA, 2002), as crianças assim diagnosticadas, apresentam um elevado índice de sintomas de desatenção, ou seja, são diagnosticadas com seis ou mais sintomas de desatenção e baixo nível de hiperatividade-impulsividade (Almeida, 2012; Cordinhã & Boavida, 2008).

Por fim, no que diz respeito à classificação dos subtipos da PHDA, temos o predominantemente hiperativo-impulsivo, que apresenta seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade e de desatenção apresentam um nível baixo de sintomas, tal como se pode verificar nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002). Este subtipo abrange as crianças que apresentam elevados sintomas de hiperatividade-impulsividade, sendo por vezes caracterizadas como crianças agressivas em relação aos outros dois tipos (Almeida, 2012; Cordinhã & Boavida, 2008).

### **1.4 Diagnóstico e tratamento**

Tal como já foi sendo referido na caracterização desta perturbação torna-se necessário a existência de sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade e de impulsividade pelo menos há seis meses com uma intensidade considerada

desadaptativa e inconsistente relativamente ao nível de desenvolvimento da criança em causa (APA, 2002; Zwi, et al., 2012).

De forma a se entender a origem dos comportamentos caracterizadores da PHDA, deve ter em conta as relações que a criança vai desenvolvendo no seu dia-a-dia e perceber as condições de saúde dos pais, porque se os sintomas surgirem de forma isolada, torna-se fundamental averiguar se não existem outras problemáticas ou perturbações associadas, sendo descritas posteriormente nas co-morbilidades (Malaca, 2008; Santos, 2013).

O tratamento da PHDA é abrangente, englobando intervenções psicossociais, psicofarmacológicas e ainda algumas intervenções não psicofarmacológicas, ou seja, as intervenções psicoterapêuticas (Cardoso, 2013; Cordinhã & Boavida, 2008; Zwi, et al., 2012).

A intervenção psicofarmacológica tem sido considerada a mais eficaz, com uma taxa de eficácia de 80% (Cordinhã & Boavida, 2008) no entanto considera-se que não deve ser utilizada isoladamente mas sim acompanhada por medidas não psicofarmacológicas onde se deve trabalhar a alteração dos comportamentos da criança, e a reação dos pais, principalmente no que diz respeito às práticas parentais utilizadas com a criança com PHDA. Sabe-se que se os pais alterarem os seus comportamentos, esses irão refletir-se no comportamento da criança, obtendo assim resultados benéficos tanto para a criança como para a família (Cardoso, 2013; Cordinhã & Boavida, 2008; Malaca, 2008).

No que diz respeito à intervenção psicossocial e à intervenção psicoterapêutica, ambas são desenvolvidas com o intuito de reduzir os comportamentos inadaptados da criança com PHDA. Estas tornam-se essenciais, porque a intervenção farmacológica pode não resultar, tal como é apresentado pelo estudo de Ter-Stepanian, Grizenko, Zappitelli & Joober (2010, in cited in Santos, 2010), em que 30% das crianças que são medicadas não apresentam melhorias. Algumas das explicações para o insucesso incluem a sintomatologia depressiva dos pais, o tipo de perturbação a que a criança foi diagnosticada e também a influência das co morbilidades existentes. Assim, a intervenção psicossocial foca-se em realizar intervenções com a criança e com a família, desenvolvendo dinâmicas familiares, com o objetivo de atingirem melhorias no relacionamento familiar e conquistarem resultados positivos em relação à recuperação

dos problemas associados à problemática da criança e à sintomatologia depressiva dos pais (Cordinhã & Boavida, 2008; Hinshaw, 2007; Santos, 2010; Selikowitz, 2010).

Habitualmente a intervenção psicoterapêutica focada na criança é individualizada, seguindo uma abordagem cognitivo comportamental, onde são trabalhadas a resolução de problemas, estratégias de auto-monitorização, treino de autoinstrução e a autorregulação dos comportamentos (Cordinhã & Boavida, 2008; Hinshaw, 2007; Santos, 2010; Selikowitz, 2010).

Vários estudos verificaram a eficácia do treino da mente em crianças com PHDA ao constatarem a redução significativa dos sintomas (Van der Oord, Bogels & Peijnenburg, 2012, e Singh, Singh, Lancioni, Singh, Winton, & Adkins, 2010, as cited in Banga, 2013). Ambos os estudos focaram as suas atenções em intervenções direcionadas ao treino da mente, através do *mindfulness*, atenuando as alterações apresentadas pela criança, com o objetivo de reduzir os níveis da desatenção e impulsividade manifestadas (Banga, 2013; Cordinhã & Boavida, 2008;).

Temos ainda as seis técnicas comportamentais, apresentadas por Lopes e Rutherford (2001, as cited in Monteiro, 2011), que se focam essencialmente na mudança dos comportamentos considerados perturbadores das crianças com PHDA. Assim, estes autores apresentam o reforço social, a gestão de contingências, os contratos comportamentais, os sistemas de créditos, o ensino positivo e a autogestão (Cardoso, 2013; Monteiro, 2011).

Estas técnicas devem ser abordadas e esclarecidas, pelo psicólogo, a todos aqueles que se envolvem com a criança, pois existem técnicas mais direcionadas para a família como técnicas mais direcionadas para o contexto educativo (Cardoso, 2013; Selikowitz, 2010).

Assim, o reforço social é uma técnica que pode ser desenvolvida quer pelos pais como pelo professor sempre que a criança conseguir realizar um comportamento desejado. Ou seja, este reforço positivo será a forma de recompensar a criança pelo seu esforço sendo apenas utilizado quando o seu comportamento se justifique, caso contrário deve-se ignorar os comportamentos inadequados da criança. As recompensas podem ser através de prémios materiais, como dinheiro ou prendas, ou através de recompensas sociais, como o elogio, um sorriso, uma carícia ou a qualificação dos seus comportamentos. Podem também ser recompensados com a oportunidade de realizar

uma atividade preferida, como participar num jogo, ir ao cinema ou até mesmo ir dar ao passeio. Todas estas recompensas facilmente podem reforçar o comportamento da criança e não necessita de demasiado desgaste por parte das figuras parentais, pois são gestos simples de se realizar e que facilmente podem ser utilizados (Cardoso, 2013; Monteiro, 2011; Selikowitz, 2010).

No que diz respeito à gestão de contingências, esta técnica refere-se ao reforço atribuído pelos adultos aos comportamentos considerados adequados que se inter-relacionam com os comportamentos menos adequados. Esta técnica pode ser utilizada pelos professores, uma vez que estes também têm um papel fundamental no relacionamento com a criança, com o intuito de que o aluno concretize as atividades que lhe são propostas, ou seja, elogiar a criança sempre que a atividade que faz está correta e encoraja-lo a continuar, para que consiga finalizar aquilo que está a fazer. O objetivo disto é que a criança seja reforçada através de uma atividade mais atrativa quando realiza uma atividade menos atrativa, ou seja, conseguir que a criança finalize a atividade e em silêncio. Esta técnica pode ser pelos pais, com o intuito de conseguirem que o filho realize uma tarefa em casa, como por exemplo organizar os brinquedos no seu quarto e após terminar a tarefa ir brincar até ao parque infantil (Cardoso, 2013; Monteiro, 2011).

Temos ainda o contrato comportamental, que deve ser estabelecido entre duas ou mais pessoas, envolvidas diretamente com a criança com PHDA e deve ser o resultado de várias negociações de ambas as partes. O principal objetivo desta técnica é o reforço dos comportamentos desejados e a redução dos comportamentos indesejados. O contrato deve ser elaborado por escrito, contendo as responsabilidades das pessoas, tendo que ser bem claras e bem explícitas, para que em qualquer momento cada um dos elementos envolvidos o possa consultar (Cardoso, 2013; Monteiro, 2011).

Existe também a técnica de autogestão, que tem como objetivo dar à criança alguma liberdade e ao mesmo tempo alguma autonomia, para que ele próprio aprenda a ser capaz de valorizar-se e dar valor àquilo que fazem por ele. Desta forma, deverá existir uma motivação intrínseca, nem que seja uma atribuição de pontos ou uma simples frase para motivar a criança à alteração do comportamento, assim esta sente mais prazer e sente-se mais motivada do que se existir apenas uma razão externa. Esta técnica também é importante para que a criança mais tarde consiga refletir sobre os seus

comportamentos, pois os registos serão efetuados por ela própria, como por exemplo registar o número de vezes em que a mãe pede para ele arrumar os brinquedos e não arruma, tal como registar o número de vezes em que a mãe pede para ele parar um pouco a ver televisão e este continua para trás e para a frente a mexer em tudo que encontra (Cardoso, 2013; Monteiro, 2011).

Para os autores acima referenciados, o ensino positivo é uma técnica considerada importante pois abrange três áreas, como: o ambiente de aprendizagem, a utilização do tempo dos alunos e as estratégias de comunicação que encaixam no modelo ABC, em que o A diz respeito ao antecedente, ou seja às estratégias e às pistas dadas aos alunos para aprender, como a identificação do mobiliário que se encontra disponível na sala de aula, o B refere-se ao comportamento que é observável e o C é as consequências, podendo ser positivas ou negativas como: recompensas, elogios, prémios ou castigos dependentemente do comportamento realizado pela criança com PHDA (Cardoso, 2013; Monteiro, 2011; Selikowitz, 2010).

Para que este modelo, ABC, seja implementado de forma a existirem sucessos na aprendizagem da criança com PHDA, o professor deve ter em conta a forma como vai posicionar as carteiras na sala de aula, o lugar que vai escolher para o aluno, retirar todos os fatores que possam servir como estímulo para a distração e não criar rotinas na realização das tarefas. Assim, o objetivo é que o professor não tenha que enfrentar situações desagradáveis com a criança, como discussões e confrontos, obtendo assim, comportamentos agradáveis e um bom rendimento por parte da criança (Selikowitz, 2010). Se estas evidências se forem encontrando, o comportamento da criança, em casa com os seus pais e até mesmo com os seus irmãos apresentará melhorias significativas pois ao aprender como se deve comportar numa sala de aula, adquire formas de estar que podem ser transferidas, como por exemplo para as horas das refeições, sendo assim possível a família almoçar ou jantar sem que o filho esteja constantemente a levantar-se (Cardoso, 2013; Monteiro, 2011; Selikowitz, 2010).

E para finalizar as intervenções apresentadas por Lopes e Rutherford (2001, as cited in Monteiro, 2011), temos o sistema de créditos, que se destina à atribuição de pontos ou créditos, à criança com PHDA, após a realização de comportamentos positivos, ou seja, aqueles considerados adaptados à situação em que a criança está a ser observada, tanto pelos pais como pelo professor. Os pontos podem ser utilizados pela

criança, tendo como objetivo obter a recompensa desejada. Este só o conseguirá fazer após atingir um valor que deve ser previamente estabelecido entre a criança e o adulto responsável. Assim a criança sentir-se-á motivada a manter comportamentos adaptativos, pois saberá que quanto mais rápido atingir os pontos necessários mais rápida será a obtenção da recompensa desejada (Cardoso, 2013; Monteiro, 2011).

Quando se torna possível a realização de uma intervenção que foque os tipos de intervenção acima mencionados, onde exista mutua cooperação entre a família, a escola e a comunidade, os resultados que serão obtidos pela criança com PHDA, serão mais rápidos e irão permanecer a longo prazo, pois sabe-se que esta problemática não tem uma cura definitiva (Selikowitz, 2010; Zwi, et al., 2012).

Torna-se então crucial que nos contextos em que a criança se encontra inserida, sejam tomadas medidas, ao nível comportamental, em que todos os intervenientes nos relacionamentos da criança sejam capazes de adotar posturas de aceitação e de compreensão da problemática, valorizando e reforçando os comportamentos ajustados que a criança vai apresentando no seu dia-a-dia, tanto na escola como em casa. Estas características podem ser transmitidas e trabalhadas com os pais, através da terapia do *mindfulness* como também através das intervenções comportamentais e não comportamentais, onde serão ensinadas estratégias aos pais de como lidar e de como se relacionarem com os seus filhos (Banga, 2013; Cordinhã & Boavida, 2008).

Assim, será proporcionada uma melhor qualidade de vida, pois estarão envolvidos todos os contextos, tornando-se visível as alterações comportamentais resultantes deste tipo de intervenção, onde a principal estratégia é aconselhar e esclarecer a criança, a família e os professores das estratégias que melhor se encaixam para contornarem as dificuldades que a criança apresenta (Foley, et al., 2008).

Se os comportamentos dos pais se forem alterando de forma significativa, estes irão refletir-se no comportamento dos filhos, por exemplo, se em contexto familiar os pais adotarem comportamentos de carinho, de afeto, de aceitação e se forem capazes de ajudar a criança a adaptar-se as transformações que surgem após a perceção destes afetos, a forma de se relacionarem será positiva, ajudando assim a criança a desenvolver relações na comunidade. Se existir uma visão negativa da relação que a criança tem com as figuras parentais, será com dificuldade que a criança conseguirá relacionar-se com os outros (Banga, 2013; Rohner, 2004; Zwi, et al., 2012).

## **1.5 Co-morbilidades**

Ao realizar-se o diagnóstico da PHDA, torna-se crucial estar atento a todos os sinais apresentados, como também às características de outras problemáticas ou perturbações, que se manifestem simultaneamente ou que apresentem características idênticas. É a isto que se refere a co-morbilidade, e, se ambas as perturbações coexistirem devem ser tratadas tendo em conta a especificidade de cada. O conhecimento das características de cada uma das perturbações, que podem estar a ser desencadeadas em simultâneo, permite a realização de um diagnóstico credível e fiável (Almeida, 2012; Cardoso, 2013; Carvalho, 2013).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), as perturbações ou problemáticas que se encontram apresentadas como possíveis hipóteses de co morbidade com a PHDA são: a perturbação de oposição e conduta, a perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação generalizada do desenvolvimento, perturbações de aprendizagem, ao nível da leitura, da escrita e do cálculo, a perturbação do desenvolvimento da coordenação motora, perturbação da linguagem expressiva, perturbação autista, perturbação de asperger, perturbação dos tiques, problemas afetivos, perturbação de humor e ansiedade, depressão e atraso mental.

Antunes (2009, as cited in Carvalho, 2013) constatou que uma em cada três criança apresenta a PHDA como única perturbação, mas que cerca de 40% de crianças diagnosticadas com PHDA apresenta simultaneamente a perturbação de oposição e desafio. Este mesmo autor verificou ainda que 34% de crianças diagnosticadas apresentavam em simultâneo PHDA e quadros de ansiedade, revelando também que 11% de crianças apresentam associada à PHDA os tiques e que 4% de crianças diagnosticadas apresentam, em simultâneo, sintomas depressivos (Carvalho, 2013).

Assim, com os dados apresentados, é possível afirmar que a perturbação que aparece associada à PHDA com mais frequência é a perturbação de oposição e de desafio.

## **1.6 Caracterização da PHDA ao longo do percurso de desenvolvimento dos portadores**

Sabe-se que esta perturbação se manifesta durante os primeiros anos de vida, mas à medida que a criança se vai desenvolvendo existe a tendência da PHDA ser

menos importante, a manifestação dos seus comportamentos vão reduzindo e tornando-se menos significativas, mas pode acompanhar o indivíduo desde a sua infância até à idade adulta. Assim de seguida, será apresentada uma breve síntese dos sintomas que podem ser manifestados ao longo do seu processo de desenvolvimento desde a primeira infância até à vida adulta. Sabendo que o processo de desenvolvimento se realiza através de diversas fases, tais como as que são apresentadas por Rohde e Halpem (2004, as cited in Almeida, 2012): a primeira infância retrata sintomas de crianças entre os zero e os três anos; a segunda infância refere-se a crianças entre os quatro e os seis anos; a etapa escolar refere-se a crianças com idade superior aos seis anos; existe a fase da adolescência e a fase da idade adulta (Almeida, 2012; Ramalho, 2010).

Todos estes aspetos são devidamente apresentados na tabela 1, organizada de acordo com a ordem em que surge no desenvolvimento da criança para assim se perceber de que forma certas características se vão evidenciando no comportamento das crianças com PHDA e vão influenciando as relações familiares.

Como será evidente, uma criança com estas características, irá influenciar a forma de estar e de se comportarem os restantes membros da família, onde será possível verificar uma diminuição na qualidade da relação pais-criança como também a relação com os restantes membros da família (Chronis, Jones & Raggi, 2006).

De seguida iniciar-se-á uma breve caracterização da família, da parentalidade, das funções e obrigações dos pais. Também será apresentada uma abordagem do modelo ecológico de Bronfenbrenner, indo de encontro ao sistema de família, e, apresentando também uma breve explicação da PHDA à luz do modelo identificado. Posteriormente serão abordadas situações que despoletam o stress no seio da família.

**Tabela 1**

*Fases e sintomas da PHDA, adaptada Ramalho (2010) e Almeida (2012)*

<b>Fases</b>	<b>Primeira infância</b>	<b>Segunda infância</b>	<b>Etapa escolar</b>	<b>Adolescência</b>	<b>Vida adulta</b>
<b>Sintomas</b>	<p>Bebés irritáveis e teimosos;</p> <p>Padrões de alimentação irregulares;</p> <p>Dificuldades em dormir e em brincar sozinhos;</p> <p>Baixa tolerância à frustração;</p> <p>Apresentam resistência aos cuidados parentais;</p> <p>Excessiva atividade psicomotora;</p> <p>Reações excessivas a estímulos sociais;</p>	<p>Desobediência em público e impacientes;</p> <p>Baixa capacidade de lidar com a frustração;</p> <p>Dificuldades de relacionamento;</p> <p>Comportamentos de oposição e desafiantes;</p> <p>Problemas de sono e de higiene;</p> <p>Temperamento explosivo e agressivo;</p> <p>Pouco sentido de responsabilidade;</p>	<p>Dificuldades de aprendizagem;</p> <p>Dificuldades de concentração;</p> <p>Dificuldades em seguir instruções;</p> <p>Dificuldades em respeitar as regras;</p> <p>Baixa capacidade de partilhar e organizar o material</p> <p>Pouco cooperantes;</p> <p>Crianças autoritárias, imaturas e egoístas;</p>	<p>Facilmente apresentam fadiga;</p> <p>Distúrbios do comportamento;</p> <p>Frustração pelo insucesso escolar;</p> <p>Baixa capacidade de concentração;</p> <p>Baixa autoestima e baixo rendimento escolar;</p> <p>Abuso de substâncias;</p> <p>Problemas de atenção e de concentração;</p>	<p>Dificuldades de concentração e inquietos;</p> <p>Baixa escolaridade</p> <p>Dificuldades em estabelecer relações</p> <p>Dificuldades em planear o dia-a-dia;</p> <p>Baixa capacidade de memória a curto prazo;</p> <p>Dificuldades na gestão financeira</p> <p>Elevada propensão a acidentes de viação;</p>

## **2 A Família**

A família era vista como uma instituição social composta por um pai, uma mãe e os filhos sendo simultaneamente o pilar fundamental da sociedade, mas, devido às alterações sociais, políticas e económicas, a constituição das famílias foi-se alterando nas últimas décadas (Walsh, 2012).

Assim, cada vez mais é possível encontrarmos variadas constituições de famílias, como: famílias biparentais, ou seja, aquelas famílias que seguem a estrutura mais comum, composta por pai, mãe e os filhos, podendo estes ser biológicos, adotivos ou ambos os tipos. Existem ainda as famílias monoparentais, que são compostas por pai/mãe solteiros, podendo ou não morar juntos. Kennedy e Bumpass (2008) concluíram que cerca de 40% de crianças nascem fora do casamento, sendo filhos de mães solteiras que se encontram a viver com os filhos e seus respetivos pais. Se este tipo de família for o resultado de um divórcio, verifica-se que estes casais podem tornar a casar ou passam a coabitar com outro parceiro, dando assim origem a uma nova família, ou seja as famílias recompostas, em que os adultos passam a assumir os filhos um do outro, como se pode ainda verificar no estudo realizado por Kennedy e Bumpass (2008), em que cerca de 40% dos casais não casados, têm pelo menos um filho biológico de um dos parceiros a viver na mesma casa, onde estes filhos passam a ter um adulto a substituir o papel do progenitor que está ausente, podendo ser a madrasta ou o padrasto (Cherlin, 2010; Walsh, 2012).

As famílias monoparentais podem ainda ser o resultado de uma viuvez, em que um dos adultos tem que assumir a responsabilidade de educar e de sustentar o filho ou filhos, que até ao momento podiam ser partilhadas pelos dois adultos. Podem surgir após a decisão de mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas em terem um ou mais filhos. Esta realidade torna-se possível através dos avanços da medicina em que estas mulheres são submetidas a uma inseminação artificial para assim engravidarem e terem filhos. Por isso, esta é mais uma forma de as mulheres realizarem o desejo de serem mães e darem origem a famílias monoparentais onde as responsabilidades da família são assumidas apenas por um progenitor (Santos & Santos, 2009; Schmitz & Renon, 2009).

O mesmo já pode ser possível com os homens, sendo eles solteiros, casados, divorciados ou viúvos, através das barrigas de aluguer, que é uma oportunidade de

constituírem uma família ou até mesmo o desejo de serem pais, quando por problemas de saúde a mulher não pode gerar um filho (Monteiro, 2011).

Existem ainda as famílias adotivas, que podem ser construídas por casais, casados ou solteiros, que decidiram não ter filhos biologicamente ou que por razões de saúde veem a parentalidade biológica comprometida. Deste modo, para satisfazerem a vontade de serem pais, os processos de adoção são uma alternativa para constituírem família. Tal acontece também com os casais do mesmo sexo, gays e lésbicas, sendo estes capazes de educar, de proporcionar bem-estar e qualidade de vida como os casais heterossexuais, sendo assim visíveis elevados níveis de responsabilidade, tomada de decisão e investimento parental (Biblarz & Savci, 2010; Gato, 2014; Lev, 2010).

As famílias homoparentais surgem com o intuito de satisfazer a necessidade de terem filhos, conseguindo-o através de processos de adoção, acolhimento, maternidade de substituição ou arranjos coparentais, tal como refere Gato e Fontaine, (2011), processos que também são utilizados por casais do mesmo sexo. Este processo de responsabilidade dos pais acontece também quando este vence a custódia do filho. Estas famílias têm como finalidade oferecer a estas crianças o direito a serem felizes, o direito à cidadania de todos os membros e assim proporcionar-lhes momentos de afetividade, de convívio familiar e estabilidade no relacionamento do casal como também proporcionar melhores condições de saúde a nível físico e mental, a todos os elementos que dão origem à família (Baranoski, 2012, as cited in Moraes, Pereira & Schimanski, 2012; Gato, 2014).

Existem também estruturas familiares em que o cuidador principal não é um dos progenitores que devido às exigências profissionais dos casais, ou por viverem em condições desajustadas, os cuidados das crianças ficam assegurados por um membro da família, que para essa criança é a pessoa que proporciona todos os cuidados que os pais teriam que lhe prestar, ou seja, será o tutor legal, como se pode verificar no estudo realizado por Livingston e Parker (2010), uma criança em cada dez vive com os avós, sendo estes os responsáveis pelos cuidados primários exigidos pela criança (Walsh, 2012).

Independentemente da estrutura familiar existem estudos que apresentam que o mais importante é o funcionamento familiar, pois quando este é ajustado, todos os

membros vivem em harmonia, satisfação e bem-estar (Nunes & Werlang, 2008; Walsh, 2012).

Assim, cada família, independente da sua estrutura, deve fornecer aos seus membros, oportunidades de relacionamento com os outros membros da sociedade, ajudá-los na construção da sua identidade, para que melhor se adaptem ao meio em que vivem (Andrade & Rodrigues, 2010; Baião, 2008; Costa, 2004; Silva, 2012).

Nunes e Werlang (2008) afirmam que quando no meio familiar existe uma boa comunicação, em que todos funcionam de forma ajustada, estão a contribuir para um crescimento emocional da criança, o que irá contribuir para uma melhoria nos seus comportamentos permitindo-lhes assim partilhar experiências de intimidade, afetividade, autenticidade, privacidade e solidariedade, consideradas suficientes para desenvolverem padrões de interação muito fortes, ligando sempre os membros da família. A passagem e permanência de um elemento neste grupo é por tempo indeterminado, porque cada membro da família irá dar origem a uma nova família, dando assim início a um novo ciclo vital, ou seja, a família é vista como um fenómeno que evolui ao longo do tempo, os membros nascem, crescem, amadurecem e iniciam uma nova família (Costa, 2004; Lagarelhos, 2012; Nunes & Werlang, 2008; Rodrigues, 2013; Walsh, 2012).

Como foi sendo referido na descrição da família, esta é a estrutura essencial para o crescimento e desenvolvimento dos filhos, por isso torna-se necessário abordar os papéis parentais à luz de uma perspetiva holística e ecológica que abrange todas as funcionalidades da família. Deste modo, recorre-se ao modelo ecológico de Bronfenbrenner que nos indica que os comportamentos, as cognições e os afetos parentais derivam das interações que os membros da família têm com os diversos contextos existentes na comunidade (Bhering & Sarkis, 2009; Borges, 2010).

Este modelo abrange quatro níveis dinâmicos e interrelacionados, a pessoa, o processo, o contexto e o tempo. Apresentam-se assim relacionados entre si os modos de viver e de pensar da pessoa inserida em diversos contextos, descritos de seguida (Bronfenbrenner, 2002; Yunes & Juliano, 2010).

O microssistema refere-se aos contextos imediatos, de maior proximidade, onde o sujeito participa diretamente, ou seja, é considerado o primeiro sistema em que a pessoa em desenvolvimento interage, como acontece no sistema familiar, podendo ser

mais tarde a escola, a creche, a universidade e/ou instituições, pois, tudo vai depender da situação de vida de cada um. Nos contextos referenciados as pessoas vão estabelecer relações de face a face, onde as interações serão diretas e contínuas, estáveis e significativas, não só com as pessoas que aqui se encontram inseridas como também com os objetos que dele fazem parte (Bronfenbrenner, 2002; Yunes & Juliano, 2010).

No que diz respeito ao sistema familiar, torna-se importante a existência de três aspetos fundamentais: a reciprocidade, isto é, se um dos membros da família tomar uma decisão sobre um determinado assunto, a decisão influenciará o outro; o equilíbrio de poder, a pessoa que tem o domínio da relação, terá de mostrar à pessoa que se encontra em desenvolvimento quem é que tem esse domínio e quem é que terá que tomar decisões relativamente à família e para se perceber também os níveis hierárquicos que compõem uma família; e ainda o afeto, que é uma das características essenciais para um bom desenvolvimento da pessoa em crescimento, portanto os sentimentos positivos devem ser transmitidos ao longo das interações familiares. Como foi possível constatar, para um bom desenvolvimento, para uma boa adaptação aos vários contextos em que a criança se vai inserindo ao longo do seu desenvolvimento, torna-se essencial a existência de sentimentos positivos, o carinho e o afeto. Por isso, todo o comportamento da criança será a manifestação da presença ou ausência de sentimentos positivos por parte da sua família. (Bronfenbrenner, 2002; Yunes & Juliano, 2010).

O mesossistema diz respeito às interações e aos processos desenvolvidos entre dois ou mais contextos onde a pessoa em desenvolvimento atue de forma ativa. Refere-se à inter-relação dos microssistemas, consolidando diferentes relações, dando assim origem a uma perceção do papel da pessoa em desenvolvimento em cada um dos sistemas em que se encontra inserida. Sempre que um sujeito se envolve num novo ambiente, dá-se a transição ecológica que vai ajudar no desenvolvimento da criança, ou seja, quantas mais transições existirem, mais rico será o mesossistema, serão desenvolvidas diversas atividades e os papéis que vão assumindo nos diversos contextos vão-se alterando, permitindo assim adquirir novas competências (Bronfenbrenner, 2002; Yunes & Juliano, 2010).

O exossistema abrange os sistemas em que a pessoa em desenvolvimento não interage diretamente, mas que irá influenciar o seu desenvolvimento, como as relações que os pais da criança em desenvolvimento experienciam em contextos de trabalho,

onde os ambientes podem interferir com a relação familiar (Bronfenbrenner, 2002; Yunes & Juliano, 2010).

O macrossistema engloba as crenças e os valores existentes nas diversas culturas, que de certo modo irão influenciar a forma de olhar e de se comportarem nos microsistemas existentes e que vão sendo adquiridos ao longo do processo de desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 2002; Yunes & Juliano, 2010).

O cronossistema é o sistema que nos permite olhar para a dimensão temporal, de acordo com os acontecimentos no contexto familiar. Estes acontecimentos podem ocorrer de forma gradual ou abrupta, sendo de aspeto positivo ou negativo, podendo ser no global, ou seja no ambiente onde as alterações acontecem ou então focadas num sujeito (Bronfenbrenner, 2002).

Como é o microsistema que normalmente se vê mais afetado devido às características das crianças com PHDA, é essencial apresentar uma breve caracterização do stress parental, que é experienciado pelos pais quando se deparam que estão menos disponíveis e com menos paciência devido à energia que gastam a lidar com os conflitos que vão surgindo no contexto familiar devido aos comportamentos da criança com a problemática em estudo. Estas manifestações estarão sempre presentes no sistema familiar, desde o conhecimento do diagnóstico o que engloba o cronossistema, ou seja, desde o dia do diagnóstico, o contexto familiar passa a sofrer alterações, logo é nesse momento em que a família terá que se adaptar de forma a conseguir gerir todas as situações e assim conseguir manter uma boa qualidade de vida e proporcionar momentos de carinho e afeto a todos os elementos que constituem a família (Bronfenbrenner, 2002; Kunrath & Wagner, 2009).

Com todas estas alterações, que foram sendo apresentadas sobre a família e sobre a problemática em estudo, existem famílias que desenvolvem sentimentos negativos, dando origem a situações de crise. Sendo que para se perceber melhor a origem das situações de crise, no contexto familiar, torna-se importante referir as exigências que os pais têm de assumir, pois compete-lhes assegurar o desenvolvimento, a proteção e a socialização dos seus filhos, para que possam adquirir conhecimento e uma boa capacidade de integração na sociedade. Para isso é fundamental que os filhos se sintam seguros, protegidos e aceites pela família. Por vezes deparam-se com situações em que estas exigências dos filhos se tornam ainda mais pesadas,

principalmente quando existe um filho com necessidades educativas especiais, onde acarreta mais responsabilidades e mais obstáculos para os pais (Lagarelhos, 2012; Minuchim, 1979, as cited in, Costa, 2004; Rodrigues, 2013).

## **2.1 A Parentalidade**

A parentalidade deve ser eficaz, positiva e causadora de felicidade, porque aquilo que os filhos estão a observar e a aprender dos comportamentos dos pais, serão mais tarde transmitidos aos seus filhos. Logo, esta fase de desenvolvimento da vida do filho, que exige muito dos pais, deve ser uma fonte de gratificação e de momentos únicos, desde a interação dos pais com os filhos como também no que diz respeito às novas descobertas que juntos vão desenvolver (Carvalho 2013; Dervishaliaj, Qemail & Albania, 2013; Rodrigues, 2013; Silva, 2012).

Em relação ao papel da parentalidade, sabe-se que os pais têm a responsabilidade de assumir diversas funções, sendo assim incutidas cinco funções cruciais para o desempenho do papel de mãe e pai. Por isso, torna-se necessário que estes sejam capazes de satisfazer as necessidades básicas e elementares de sobrevivência e de saúde dos seus filhos. Devem ser os pais a proporcionar acontecimentos de contato direto com o mundo, isto é, proporcionar à criança experiências com o mundo físico organizado e previsível. Têm que dar resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares, ou seja, devem ser os principais mediadores da relação dos filhos com o mundo. É sua responsabilidade a satisfação das necessidades de afeto, de confiança e de segurança e são eles que têm que satisfazer as necessidades de interação social da criança (Carvalho, 2013; Cruz, 2005; Silva, 2012).

Pelo que já anteriormente foi referido, os pais devem proporcionar aos filhos vivências com a comunidade, são instrutores diretos, que ao mesmo tempo que proporcionam momentos de interação dos filhos têm que ser capazes de resolver os problemas suscitados dessa experiência e têm ainda que assumir o papel de preparação, disponibilização de oportunidades de estímulo e aprendizagem em contexto extra familiar. Logo, pode afirmar-se que os pais, com as suas funções, juntamente com a família e a comunidade, são os pilares de crescimento dos seus filhos (Baião, 2008; Carvalho, 2013). Estas funções poderão ser comprometidas se os pais estiverem perante

uma criança portadora de uma doença ou patologia uma vez que os seus anseios e pressões perante a família e a comunidade irão tornar uma carga difícil de lidar, por isso a parentalidade deve ser um processo bem definido e amadurecido, para que mais tarde os pais consigam lidar com as situações adversas, existindo respeito e comunicação entre ambos. Caso isto não aconteça podem surgir elevados níveis de stress parental (Dervishaliaj et al., 2013; Silva, 2012).

## **2.2 Stress Parental**

O stress é considerado uma forma de defesa adaptativa para o indivíduo, mas ao mesmo tempo é uma das principais fontes de perturbação nas funções parentais, sendo que quando este é experienciado em elevados níveis, há a possibilidade de surgirem doenças desse foro, afetando com isso todos os membros da família, colocando em risco o bem-estar e a qualidade de vida de todos (Moreira, 2010; Santos, 2008; Yousefia, Far, & Abdollahian, 2011).

O stress pode ser visto como um aspeto positivo ou negativo na vida dos sujeitos sendo que esta classificação vai depender da situação indutora de stress, pois vai depender da forma como a pessoa que está perante a situação a vai perceber, porque os indivíduos não reagem todos da mesma forma a acontecimentos idênticos (Moreira, 2010; Santos, 2008).

Os acontecimentos indutores de stress podem ser de três tipos, o de natureza física, o de natureza psicológica e o de natureza social, englobando assim diversas situações, como acontecimentos traumáticos, acontecimentos significativos de vida, situações crónicas, problemas do quotidiano, problemas socioeconómicos, acontecimentos desejados, acontecimentos não realizados e os traumas, podendo ser manifestado por diversos sintomas, a nível comportamental, emocional, cognitivo e vegetativo. Mas ao mesmo tempo podem ser avaliados pelo sujeito através de duas apreciações. A apreciação primária, que consiste na interpretação que o sujeito faz sobre os acontecimentos como sendo irrelevantes, positivos ou stressantes e pode interpretar os acontecimentos como apreciação secundária no que diz respeito à avaliação dos recursos existentes (Moreira, 2010; Rodrigues, 2013; Viduoliene, 2013; Vrijimoet-Wiersma, Egeler, Koopman, Norberg & Gootenhuis, 2009).

Logo, as manifestações anteriormente mencionadas surgem após a percepção que o indivíduo faz sobre as suas aptidões e recursos pessoais ou sociais, para lidar com as exigências que serão impostas pela situação, assim sendo, quando estas são percebidas como insuficientes, gera-se então uma situação indutora de stress (Moreira, 2010; Perminas & Viduoliene, 2013; Rodrigues, 2013; Viduoliene, 2013).

Assim, o stress parental prejudica os membros da família, afetando a capacidade para o desempenho profissional, as capacidades de cuidar dos filhos, diminuindo as interações familiares, e, afeta ao mesmo tempo, o rendimento escolar dos filhos que se encontrem a frequentar a escolaridade (Andrade & Rodrigues, 2010; Dervishaliaj et al., 2013).

O stress parental é a reação psicológica dos pais que dá origem a sentimentos negativos na sua relação com os filhos, como consequência das elevadas exigências inerentes à educação. Logo, torna-se evidente que os sujeitos que estão expostos ao stress causado pelas situações do dia-a-dia, serão mais propensos a experienciar elevados níveis de stress, tal como acontece com os pais de crianças com perturbação de hiperatividade e déficit de atenção, pois os pais sentem dificuldades em lidar com os comportamentos dos filhos, que conforme o dia vai avançando, tornam-se cada vez mais inquietos e desatentos (Dervishaliaj et al., 2013; Perminas & Viduoliene, 2013; Rodrigues, 2013; Santos, 2008; Viduoliene, 2013; Vrijimoet-Wiersma et al., 2009).

Como tal, os comportamentos das crianças são dos maiores preditores de stress parental, como pode ser verificado nos estudos apresentados Lopez (2009, as cited in, Rodrigues, 2013). O mesmo se pode verificar em estudos desenvolvidos por Barkley (2002, as cited in Moreira, 2010), que concluiu que as mães de crianças com PHDA apresentam níveis de stress mais elevados do que as mães de crianças consideradas saudáveis, devido aos problemas de comportamento da criança.

No que diz respeito às diferenças dos níveis de stress parental entre a mãe e o pai, Pisula (2011), desenvolveu um estudo com mães e pais de crianças com autismo e constatou que as mães das crianças que necessitam de cuidados especiais de saúde apresentam índices de stress parental mais elevados do que o pai. Isto também acontece porque as mães são consideradas mais pessimistas, não acreditam com facilidade nas capacidades de autonomia dos filhos e tendem a ter uma visão negativa do desenvolvimento do filho (Rodrigues, 2013).

Mesmo assim, existem famílias que de alguma forma conseguem gerir todos os conflitos gerados ao longo do dia-a-dia, sendo capazes de proporcionar momentos de carinho, de afeto e de amor aos seus filhos independentemente de serem ou não portadores de uma perturbação ou deficiência, onde se pode verificar a existência de boa ou má qualidade de vida. Isto vai de encontro ao estudo elaborado por Powell e Ogle (1991, as cited in Costa, 2004), que concluiu que existem famílias que têm capacidades para ultrapassar situações difíceis, como as de lidar com os comportamentos das crianças com PHDA, que em vez de produzirem efeitos negativos na família, estes tornam-se positivos, levando a que as experiências sejam consideradas enriquecedoras.

Claro que no momento inicial após o diagnóstico tudo se torna confuso e complicado e por parte dos pais nascem sentimentos negativos, como os de rejeição ao diagnóstico, raiva, frustração e até mesmo desânimo e depressão. Mas com o passar do tempo os pais tornam-se capazes de lidar de forma ajustada com a situação, não rejeitando a possibilidade de o filho apresentar características diferentes àquelas que inicialmente foram idealizadas e assim conseguem organizarem-se emocionalmente para lidar com o desenvolvimento de uma criança que necessitará de cuidados especiais (Costa, 2004).

Um estudo elaborado por Schmidt, Dell'Aglio e Bosa (2007) com mães de crianças com autismo, concluíram que as mães que tiveram apoio psicológico para lidar com os problemas dos filhos, foram capazes de reduzir o stress que sentiam inicialmente e assim proporcionar melhor QV, tanto ao filho portador de autismo como aos restantes membros da família. Assim, visto que o autismo e a PHDA, são duas perturbações que exigem atenção por parte dos pais, aqueles que conseguem usufruir de apoio psicológico, também conseguem garantir uma boa QV aos membros da sua família (Andrade & Rodrigues, 2010).

### **2.3 Qualidade de vida**

O conceito de qualidade de vida (QV) começou a ser tema de interesse por volta do final da década de 60, no contexto pós-guerra, sendo inicialmente utilizado para referenciar o bem-estar das pessoas em relação ao interesse político e socioeconómico e também o bem-estar individual e social, que surge da combinação dos indicadores de bem-estar económico e sociais (Bognar, 2005; Grilo, 2013).

Segundo o Modelo Sistémico da Qualidade de Vida, a QV pode ser vista em diversos sistema de ação, podendo ser: estável, organizado, aberto e ativo. Assim a vida humana é percebida como um sistema de ação orgânica interativa, onde a componente pessoal, física, social e cultural são abrangidas de forma a se perceber a QV das pessoas à luz deste modelo (Feigin, Barnetz, Davidson-Arad, 2008; Young, 2008).

Tendo em conta o que foi referido anteriormente sobre a QV e olhando à definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde, temos que a QV se refere à percepção que o indivíduo tem relativamente à sua posição na vida, no contexto em que se encontra inserido, assim com em relação ao sistema de valores em que vive. Tudo isto engloba os objetivos, as expectativas, os padrões e as preocupações do sujeito (Almeida, 2013; Bogner, 2005; Lagarelhos, 2012).

Assim sendo a QV pode ser vista como uma forma de avaliar a percepção e a interação, entre todos os membros de uma família, visando assim vários aspetos, como a componente emocional, cognitiva e social de cada sujeito. Assim, vai permitir que os membros da família construam e sejam capazes de realizar a manutenção das suas redes de apoio social. Tudo isto vai ajudar a uma melhor inclusão da família em tudo aquilo que diz respeito à vida comunitária (Hu, Summers, Turnbull, & Zuna, 2011).

A QV pode ser explicada através de quatro medidas caracterizadoras apresentadas por Ribeiro (1994, as cited in Grilo, 2013) que são: a multifatorial, a medida das percepções pessoais, uma variável que se transforma com o tempo e é vista como uma variável subjetiva. Para além destas quatro características Cummins (2005) refere que a QV tem por base os seguintes princípios: a multidimensionalidade, que resulta da influência dos fatores pessoais e ambientais e suas interações; o princípio de que todas as pessoas partilham os mesmos componentes; que as componentes podem ser de carácter objetivo ou subjetivo; é reforçada pela autodeterminação, pelos recursos e pelo sentimento de pertença de cada pessoa (Almeida, 2013; Grilo, 2013).

Indo de encontro ao que foi mencionado, existem duas teorias que podem descrever um pouco o que se entende pelo bem-estar, que é aplicado ao se classificar a QV. Temos as teorias subjetivas, que englobam o prazer, a felicidade, a satisfação e o desejo da pessoa em virtude da recompensa que vai perceber ao manifestar certos comportamentos ou atitudes perante uma situação do seu dia-a-dia, sendo assim fatores positivos. Temos também as teorias objetivas, que não se baseiam naquilo que seria

necessário fazer para se atingir uma boa QV, ou o bem-estar da pessoa, mas sim, aponta ideias do que é necessário para se atingir o bem-estar e a QV (Bognar, 2005).

Novamente se pode realçar o estudo de Schmidt, Dell'Aglio e Bosa (2007), que mesmo com a existência de uma criança portadora de uma deficiência ou uma NEE, os pais podem ser capazes de exercer as suas funções parentais, ajustadas à necessidade da criança e ao mesmo tempo proporcionar QV a todos os membros da família. Logo, o processo de parentalidade se dificulta, devido às exigências que são despoletadas por todas as funções a serem exercidas pelos pais.

No que diz respeito à percepção que as famílias têm sobre a QV, Feliciano (2010), concluiu que de uma forma global não existem diferenças significativas na percepção da qualidade de vida entre o homem e a mulher e que a idade não interfere nos resultados obtidos, a não ser a influência pelas funções e os papéis que exercem na sociedade, mas os homens são aqueles que se sentem mais satisfeitos que as mulheres.

Todos os sistemas abordados influenciam a forma de estar e de se comportarem todos os indivíduos que apresentam relações com outras pessoas, podendo ser de forma positiva e negativa, tal como nos vai ser possível constatar através da teoria da aceitação e rejeição (Moreira, 2010; Hu, et al., 2011).

### **3 Aceitação-Rejeição Interpessoal**

A teoria PARTheory (Parental Acceptance Rejection Theory) tem por base uma perspetiva ecológica, que tem como finalidade o estudo da aceitação e da rejeição parental, envolvendo todos os relacionamentos interpessoais, de um sujeito com outros inseridos num contexto social (Rohner, 2004; Pires, 2010).

A PARTheory destina-se a comprovar que o amor parental é essencial para o desenvolvimento emocional e social das crianças, por isso debruça-se sobre a exploração, descrição e prevenção das principais causas, correlações e outras consequências dos comportamentos parentais em relação aos seus filhos (Hussain & Munaf, 2012).

Esta teoria divide-se em três subteorias, a subteoria da personalidade, a do coping e a dos sistemas socioculturais (Carrasco & Rohner, 2013; Rohner, et al., 2012;).

A primeira subteoria, a da personalidade, refere-se à explicação e previsão das principais consequências da aceitação-rejeição parental na construção da personalidade

da criança, influenciando assim a sua infância e a idade adulta. Ou seja, os comportamentos parentais irão influenciar de forma direta o comportamento das crianças como também a sua personalidade. Logo, esta teoria tenta perceber de que modo a criança reage à aceitação ou à rejeição parental (Rohner, 1986, 2004; Rohner, et al., 2012).

A subteoria do coping tenta compreender como determinadas crianças conseguem ultrapassar a rejeição parental, não desenvolvendo desajustamento psicológico, não desenvolverem comportamentos desajustados. Esta subteoria tenta perceber como é que algumas crianças conseguem lidar de forma mais positiva com a rejeição do que outras (Rohner, 1986, 2004; Rohner, et al., 2012).

A última subteoria, a dos sistemas socioculturais, questiona, tenta explicar e prever os comportamentos parentais de aceitação-rejeição através da manifestação ou não, de amor e afeto para com os filhos e assim tentar perceber como é que existem pais rejeitantes, pais negligentes e pais aceitantes. Esta teoria ainda tenta compreender como é que os fatores psicológicos, familiares, culturais e sociais estão associados aos comportamentos de aceitação-rejeição e ainda procura perceber como é que as crenças individuais, a comunidade e a sociedade influenciam a aceitação-rejeição parental (Rohner, 1986, 2004; Rohner, et al., 2012).

Assim sendo, torna-se importante ver a aceitação-rejeição parental como uma dimensão ou *continuum* em que a aceitação, se encontra num polo e no outro encontramos a rejeição. A aceitação define-se pela manifestação de uma série de sentimentos positivos, como o carinho, o conforto, o suporte, a afeição, o cuidado, o amor manifestado pelos pais em relação aos seus filhos, enquanto a rejeição diz respeito à falta de sentimentos dos pais pelos filhos, onde se verificam comportamentos disruptivos, afetando o desenvolvimento normativo da criança, tanto a nível físico como psicológico (Lila, Garcia & Gracia, 2007; Rohner, 1986, 2004; Rohner, et al., 2012).

Esta teoria baseia-se em quatro constructos que dão origem à perceção da aceitação e da rejeição, ou seja, manifestações dos pais, consideradas importantes, que são: a demonstração de carinho físico ou verbal ou a manifestação ou ausência de afeto; comportamentos que podem ser hostis/agressivos; atitudes que podem ser indiferentes/negligentes, e, a rejeição indiferenciada (Dwairy, 2010; Pires, 2010; Rohner, 2004;).

No que diz respeito à aceitação, os pais manifestam diversos comportamentos físicos e verbais, transmitindo o carinho e o afeto sentido pelos filhos, através do beijo, do abraço e do elogio, enquanto na rejeição, é possível verificar comportamentos agressivos, tanto de nível físico como psicológico, como bater, magoar, dizer coisas cruéis e desagradáveis sobre os filhos (Dwairy, 2010; Rohner, et al., 2012;).

Assim, a rejeição pode ser vista e analisada através de três subtipos, como: a rejeição indiferenciada, a indiferença e negligência e a hostilidade e agressão. No que concerne à rejeição indiferença/negligência, esta é manifestada pela indisponibilidade física ou psicológica para com a criança, desenvolvendo assim o sentimento de que realmente os pais não a amam, que não se preocupam com ela, que não lhes dão a devida atenção e nem lhe satisfazem as suas necessidades. No que diz respeito à rejeição indiferenciada é o sentimento experimentado pela criança de se sentir indesejada e não amada pelos seus pais. E a hostilidade e agressão, são vistos através dos comportamentos onde existe a intenção de magoar, tanto a nível psicológico como físico (Rohner, et al., 2012).

A perceção da rejeição parental não se destina a uma população específica, esta teoria refere-se a todo o mundo, a diferentes culturas, independentemente da idade das crianças, do género, da etnia ou até mesmo do nível socioeconómico, logo, no seio de todas as famílias de uma forma mais ou menos acentuada as crianças sentem a falta de afeto ou carinho por parte dos pais, desenvolvendo assim sentimentos de insegurança, medo, solidão e até a manifestarem sentimentos de ciúme (Rohner, et al., 2012).

Na figura 1 que se segue podemos constatar de forma sucinta, a caracterização de Rohner sobre os comportamentos de aceitação/rejeição parental e cada um dos seus subtipos.

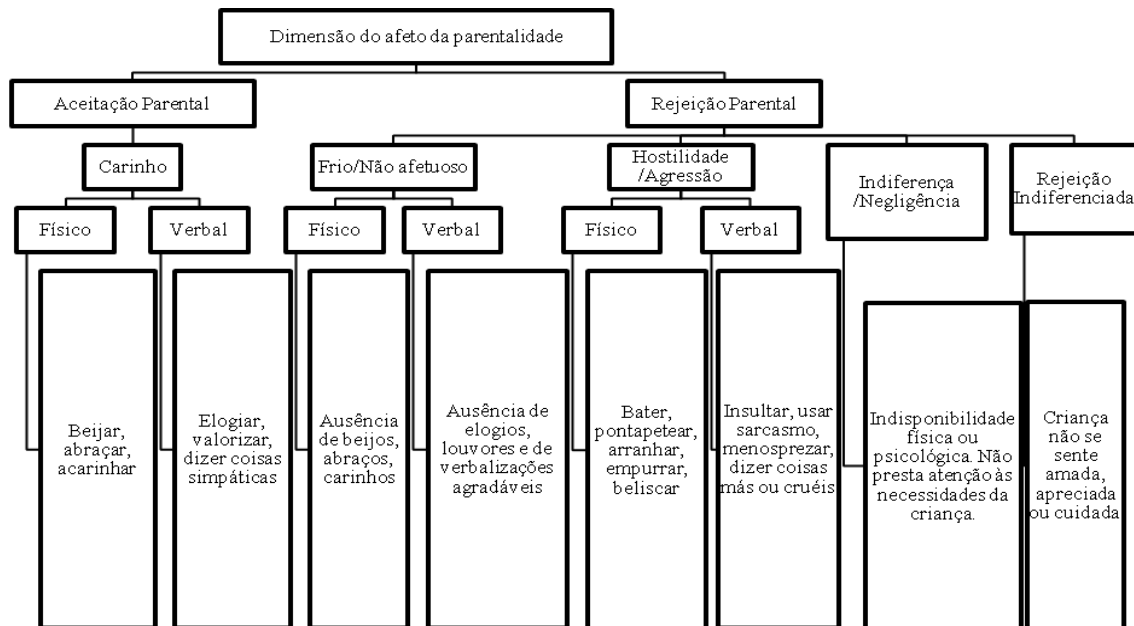


Figura 1 Esquema das dimensões da teoria Aceitação-Rejeição Parental (adaptado de Rohner, 1986).

Por conseguinte, quando as crianças sentem que as suas necessidades básicas não estão a ser atendidas como deviam ser, desenvolvem diversos comportamentos negativos, como manifestação de hostilidade, agressividade, baixa autoestima e baixa auto adequação. Sentem-se mais dependentes ou independentes, conforme a forma de se defenderem ou protegerem dos comportamentos adversos, sentem dificuldades em gerir as emoções, instabilidade emocional e desenvolvem uma imagem negativa em relação ao mundo. Todas as manifestações anteriormente mencionadas dizem respeito às sete disposições de personalidade, associadas à rejeição percebida, ou seja as consequências que podem surgir após o processo a percepção da rejeição (Rohner, et al., 2012; Carrasco & Rohner, 2013).

### 3.1 Aceitação-rejeição e a PHDA

A retirada de afeto ou de carinho, que Rohner, descreve na rejeição, pode ser analisada em famílias que possuem crianças com PHDA, pois inicialmente os pais não

sabem como lidar com os comportamentos dos filhos e acabam por manifestar comportamentos e atitudes agressivas, com o objetivo de conseguir controlar, parar e evitar certos comportamentos dos filhos, por isso torna-se importante primeiro, saber o que é esta perturbação, conhecer as suas causas, as suas consequências e como se pode atenuar (Rohner, 1986, 2004; Rohner, et al., 2012; Pires, Silva & Assis, 2012).

Devido aos comportamentos dos filhos, à energia que possuem ao longo do dia, de não corresponderem às expectativas da família, por serem crianças muito exigentes, pelas dificuldades que vão apresentando os pais para lidar com o próprio filho, a idade do conhecimento do diagnóstico, a ordem de nascimento, o sexo, a idade dos outros irmãos se existirem, a gravidade do diagnóstico, tudo isto leva a que os progenitores manifestem sintomatologia, principalmente stress, que é provocado por tudo acima indicado e pelas situações do dia-a-dia, afetando todos os membros da família. Assim, torna-se essencial perceber quais as causas do stress parental para assim ser possível compreender certos comportamentos parentais, nomeadamente a rejeição se existir e assim dotá-los de conhecimento de como gerir as situações, de forma a não prejudicar o ambiente familiar (Moreira, 2010).

Se os pais forem capazes de desenvolver comportamentos adaptados, mesmo que inicialmente exista a dificuldade em lidar com o filho com a PHDA, mais tarde através do processo de observação e imitação dos comportamentos parentais a criança será capaz de se relacionar com os outros de forma ajustada. Tal como Rohner defende, o carinho dos pais para com uma criança é a melhor forma de esta se sentir amada e que os pais estarão disponíveis para o ajudar e apoiar nas dificuldades que suscitarão ao longo do dia-a-dia. Seja uma atividade nova ou uma atividade que a criança já realiza com frequência, existirá dificuldades de maior ou menor grau, que será ultrapassada com facilidade se a criança se sentir aceite, apoiada, amada e acariciada pelas figuras parentais (Hu, et al., 2011; Rohner, et al., 2012).

## Capítulo 2 Método

De seguida serão apresentados os objetivos que deram origem a este estudo, como também os seus problemas e as suas hipóteses. Com isto, será apresentada a amostra recolhida e os resultados obtidos

### 1 Objetivos

Os objetivos deste estudo são: perceber como é que os comportamentos da criança com hiperatividade e déficit de atenção afetam o sistema familiar; Com isto pretende-se assim perceber como é que as figuras parentais percecionam os níveis de stress familiar existentes no relacionamento que têm com o filho portador de PHDA e os restantes membros da família. E perceber se o stress familiar se relaciona com a aceitação-rejeição de uma das figuras parentais para com a criança com PHDA;

É evidente que se existir níveis de stress parental elevados, será difícil para a mãe ou para o pai se mostrarem cooperantes com os comportamentos dos filhos, isto, leva-os a agir de forma mais agressiva demonstrando assim a rejeição e afetar a QV existente inicialmente. Por isso, existir o interesse em perceber como é que o stress parental afeta a perceção da aceitação-rejeição por parte das figuras parentais e se altera a perceção da QV.

### 2 Problemas e hipóteses

Os problemas elaborados para a presente investigação são duas, dando assim origem duas hipóteses que serão exploradas neste estudo. Assim os problemas e as hipóteses são os seguintes:

**Problema 1:** Será que existe relação entre a perceção da rejeição parental e o stress parental?

**Hipótese 1:** A perceção da rejeição parental correlaciona-se positivamente com o stress parental.

Em relação às pesquisas elaboradas, sabe-se que quanto mais elevados forem os níveis de stress parental, a relação com os filhos será a menos ajustada, logo dará origem a um funcionamento negativo entre os pais e a criança. O comportamento

parental desajustado pode desenvolver impacto negativo na criança, podendo ser entendido como um comportamento de rejeição, dando origem a pensamentos negativos de que os pais não gostam dele ou que não o desejam (Rohner, et al., 2012; Dervishaliaj et al., 2013).

Os sentimentos de rejeição podem evidenciar-se desde cedo nos pais (Martin e Colbert 1997, as cited in, Dervishaliaj et al., 2013), sendo que após o diagnóstico, existem as primeiras reações negativas dos pais, como ter que lidar com a problemática, perda das expectativas elaboradas em relação à criança, perda do sonho da criança perfeita, todas estas perdas iniciais mais o medo de não conseguir lidar com a PHDA, desenvolve desde cedo stress nos pais, o que inicialmente dá origem a um processo de rejeição e mais tarde pode dar origem a um processo de aceitação (Costa, 2004).

Como tal este problema existe a intenção de analisar até que ponto a perceção da aceitação-rejeição está ligada aos níveis de stress parental, que são inerentes às preocupações dos pais em lidar com a PHDA, todas as exigências inerentes à situação e de como lidar com os restantes membros da família. Isto vai de encontro ao estudo realizado por Viduoliene (2013), que os níveis de stress são mais evidentes quando existe a necessidade de os pais se confrontarem com as características da criança, tal como acontece com a criança com PHDA, dando assim origem a problemas de externalização.

**Problema 2:** Será que existe relação entre a perceção da aceitação parental e a qualidade de vida?

**Hipótese 2:** A perceção da aceitação parental correlaciona-se positivamente com a qualidade de vida.

Segundo Marques (2008), Pereira (2009) e Vilaça (2009), a perceção da QV altera-se conforme a etapa do ciclo vital, ou seja, as famílias que estão expostas a situações em que têm que lidar com problemas comportamentais dos filhos, percecionam a sua QV de forma negativa do que as famílias que não têm que passar por situações constrangedoras nem que tenham que experienciar comportamentos desajustados dos filhos, tal como acontece com as crianças com PHDA que por momentos do seu desenvolvimento não conseguem controlar os seus comportamentos, prejudicando todos os membros da família (Lagarelho, 2012).

Assim, como estes pais percecionam a sua qualidade de vida mais baixa, pretende-se então verificar se a aceitação-rejeição parental se pode justificar pela existência de má ou boa perceção da QV, tendo que confrontar diversas situações problemáticas no seu dia-a-dia, como ter que lidar com os comportamentos agressivos do filho, com as adaptações a serem realizadas para assim conseguirem um ajustamento familiar favorável para todos.

### **3 Procedimentos**

No que diz respeito à recolha da amostra, esta foi efetuada num hospital do distrito do Porto, onde os pais se apresentavam com os seus filhos a consultas periódicas de pediatria. Para participar neste estudo, os pais tinham que ter pelo menos um filho diagnosticado com a perturbação em estudo e idades entre os 5 e os 14 anos.

Os questionários foram preenchidos no hospital<sup>1</sup> de duas formas, enquanto aguardavam pela consulta do filho ou após a consulta, mas existiram também aqueles pais que levavam para casa e devolviam à pediatra que acompanhava o filho.

Com o avançar do tempo, existiu a necessidade de se colocar os questionários online, pois estava a ser difícil efetuar a recolha no hospital.

Para ser possível iniciar este estudo, os dados foram inseridos numa base dados, permitindo assim efetuar todas as análises pretendidas. Os resultados que serão apresentados ao longo das diversas etapas seguintes foram obtidos através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

### **4 Amostra**

Inicialmente será apresentada uma caracterização dos pais das crianças com PHDA e só depois serão apresentadas características das crianças com PHDA.

A amostra é constituída por 57 pais e mães (68.4% de sexo feminino) com idades entre os 30 e os 70 anos ( $M= 40.4$ ,  $DP= 5.97$ ), sendo que para as mães, a idade varia entre os 30 e os 48 anos ( $M= 39.6$ ,  $DP= 4.66$ ) e dos pais varia entre os 35 e os 70 anos de idade ( $M= 41.9$ ,  $DP= 8.08$ ). Dos 57 participantes neste estudo a maioria são casados (tabela 2).

---

<sup>1</sup> Consultar anexo 1- Autorização do hospital

**Tabela 2**

*Estado civil dos pais em função do sexo*

	Mãe		Pai	
	N	Percentagem	N	Percentagem
Casado/a	28	71.8	12	66.7
Separado/a	1	2.6	1	5.6
União de fato	7	17.9	3	16.7
Divorciado/a	3	7.7	2	11.1
Total	39	100	18	100

**Tabela 3**

*Profissão dos pais em função do sexo*

	Mãe		Pai	
	N	Percentagem	N	Percentagem
Quadros Superiores da Administração Pública	1	2.6		
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	4	10.3		
Técnicos e profissionais de Nível intermédio	1	2.6	1	5.6
Pessoal Administrativo e Similares	1	2.6	4	22.2
Pessoal dos Serviços e Vendedores	5	12.8		
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e pescas	2	5.1	1	5.6
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	10	25.6	5	27.8
Trabalhadores não qualificados	1	2.6	4	22.2
Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores de montagem			1	5.6
Domestico/a	9	23.1		
Desempregado/a	5	12.8		
Reformado/a			2	11.1

No que diz respeito à situação profissional, 9 classificaram-se como doméstica (23.1%), sendo todos estes participantes do sexo feminino como acontece com os 5

participantes que se encontram desempregadas (12.8%), 2 encontram-se reformados/as (11.1%), ambos do sexo masculino e os restantes encontram-se a exercer diversas atividades profissionais, tal como se pode analisar na tabela 3.

Em relação aos dados anteriores é possível afirmar que a situação profissional das mães é negativa comparativamente com a dos pais, pois elas são as que se encontram desempregadas e/ou domésticas, para conseguirem gerir todo o processo familiar e cuidados necessários da família.

Quanto aos níveis de escolaridade parental (tabela 4) é possível afirmar que as mulheres são as que têm maior grau de escolaridade, como acontece com as 5 participantes com licenciatura (12.8%), sendo que a maioria concluiu entre o 7º e o 9º ano (33.3%). No sexo masculino o grau mais elevado é entre o 10º e o 12º (22.2%) sendo que a maioria dos participantes concluiu entre o 5º e o 6º ano de escolaridade (44.4%).

**Tabela 4**

*Escolaridade dos pais em função do sexo*

	Mãe		Pai	
	N	Percentagem	N	Percentagem
1º ao 4º	2	5.1	4	5.6
5º ao 6º	10	25.6	8	44.4
7º ao 9º	13	33.3	5	27.8
10º ao 12º	9	23.1	4	22.2
Licenciatura	5	12.8		

Relativamente ao nível socioeconómico da família 15 mães (38.5%) e 5 pais (27.8%) classificaram-no como baixo enquanto 24 mães (61.5%) e 13 pais (72.2%) consideraram como médio.

No que diz respeito à zona habitacional 9 mães (23.1%) e 3 pais (16.7%) mencionam habitar no meio urbano, 11 mães (28.2%) e 4 pais (22.2%) consideram-se habitar no meio misto, enquanto 19 mães (48.7%) e 11 pais (61.1%) habitam no meio rural. No que diz respeito ao número de filhos, a maioria das mulheres (51.3%) e dos homens (55.6%) tem 2 filhos.

**Tabela 5**

*Escolaridade das crianças com PHDA em função do sexo*

	Feminino		Masculino	
	N	Percentagem	N	Percentagem
Sem escolaridade			2	4.1
1º- 4º ano	4	50.0	26	53.1
5º - 6º ano	2	25.0	15	30.6
7º - 9º ano	2	25.0	6	12.2

No que diz respeito às crianças com PHDA, existem 57, sendo que 49 são do sexo masculino (86%) com idades entre os 5 e os 14 anos de idade ( $M= 9.49$ ;  $DP= 2.44$ ). Especificamente as idades dos rapazes variam entre os 5 e os 14 anos ( $M= 9.49$ ;  $DP= 2.54$ ) e das raparigas entre os 7 e os 13 anos ( $M= 9.50$ ;  $DP= 1.85$ ).

A maioria das crianças encontra-se a frequentar a escola estando a maioria entre o 1º e o 4º (tabela 5).

## **5 Instrumentos**

Neste estudo, recorreu-se à aplicação de questionários aos participantes deste estudo. Assim, aplicou-se um questionário sociodemográfico, o Questionário de aceitação-rejeição Parental (PARQ), a Escala de Stress Parental (ESP) e a Escala da qualidade de vida (QOL), sendo cada um deles caracterizado de seguida e qual o objetivo pretendido com a sua utilização.

### **5.1 Questionário sociodemográfico**

Este questionário<sup>2</sup> foi elaborado com o intuito de se efetuar a recolha de dados considerados importantes para mais tarde ser possível caracterizar os participantes do estudo. Logo, foram abordadas questões sobre a família e sobre as crianças com PHDA, tais como: a idade, o género, a escolaridade, o estado civil, a profissão dos pais, o nível socioeconómico e zona habitacional da família, e em relação ao filho, a idade do diagnóstico, qual dos filhos possui a PHDA, o género, o ano de escolaridade, o número de filhos e se está ou não a ser medicado.

<sup>2</sup> Consultar anexo 2- Questionário sociodemográfico

## **5.2 Questionário de aceitação-rejeição Parental (PARQ) (Rohner, 2004)**

O questionário de Aceitação-Rejeição Parental (versão curta para os pais) constitui a versão portuguesa do Adult PARQ da autoria de Rohner (2004).

Foi utilizado nesta investigação com o intuito de avaliar a perceção parental, acerca da aceitação-rejeição para com um filho portador da PHDA, indo de encontro ao que o modelo teórico menciona, torna-se fulcral avaliar esta perceção parental, visto que estes se tornam a principal influencia no desenvolvimento dos filhos (Rohner, 1986).

Este é composto por vinte e quatro itens de resposta do tipo likert em quatro pontos de “quase sempre é verdade” a “quase nunca é verdade”, onde os pais vão avaliar a afirmação em causa, encaixando-a no seu relacionamento com a criança (Klaleque & Rohner, 2002).

Para uma melhor compreensão dos resultados que serão obtidos através deste questionário, temos que ter em atenção as quatro subescalas que segundo Rohner, Klaleque e Cournoyer, (2005) representam quatro dimensões do comportamento parental, apresentadas na teoria sobre aceitação-rejeição, sendo: “Carinho/Afeto”, “Hostilidade/Agressão”, “Indiferença/Negligência” e “Rejeição Indiferenciada”

No que concerne à primeira subescala apresentada anteriormente, esta diz respeito às manifestações de carinho e de amor por parte dos pais para com os seus filhos, que podem ser visíveis de diversas formas, através de gestos, de palavras de afeto e através de comportamentos físicos. A subescala da “hostilidade/agressão” embarca sentimentos negativos, como a raiva, o ódio, o ressentimento e ainda comportamentos e ações onde existe a intenção de magoar, podendo ser a nível verbal e/ou a nível físico. A terceira subescala engloba os comportamentos de frieza, antipatia, insensibilidade e falta de preocupação para com os filhos, caracteriza aqueles pais que mostram estar pouco preocupados com o bem-estar dos filhos. Temos ainda a subescala da “rejeição indiferenciada”, engloba os comportamentos parentais que levam a criança a pensar que não é amada e que os pais não a desejavam, ou seja, existem atitudes por parte dos pais de retirada de amor e rejeição para com os filhos. Por ultimo existe a escala global em, que quanto mais elevados forem os seus resultados, maior será a perceção da rejeição percebida (Klaleque & Ronher, 2002).

Os valores obtidos no alpha de Cronbach, para as subescalas da aceitação-rejeição são: carinho .82; hostilidade .73; indiferença .72; rejeição indiferenciada .60; e a PARQ global .84, mostra-nos assim a existência de uma boa fiabilidade e consistência interna, das subescalas, dando origem a resultados fiáveis exceto à escala da rejeição indiferenciada por apresentar um valor de alpha mais baixo.

### **5.3 Escala de Stress Parental (ESP) (Mixão, Leal & Maroco, 2007)**

A Escala de Stress Parental foi utilizada para avaliar os níveis de stress que os pais vão experienciando ao longo das relações que vão tendo com os seus filhos portadores da PHDA, indo assim de encontro aos objetivos apresentados por Mixão, Leal e Maroco (2007) no desenvolvimento da mesma.

Assim, esta escala foi desenvolvida para avaliar os níveis de stress experienciados pelos pais, neste caso da mãe e do pai, com ou sem filhos portadores de problemas de saúde, que engloba questões de proximidade dos pais com as crianças; satisfação do desempenho do papel de pais; emoções positivas e negativas relacionadas com a parentalidade; e as dificuldades associadas ao desempenho do papel de pais (Rocha, 2012; Silva, 2012; Leal & Maroco, 2010).

A escala de stress parental é composta por 18 itens, onde os pais respondem de acordo com o seu nível de concordância ou discordância com a afirmação apresentada, as respostas serão do tipo likert, de 5 pontos, onde o 1 corresponde ao discordo totalmente; o 5 corresponde ao concordo totalmente (Rocha, 2012; Silva, 2012; Leal & Maroco, 2010).

Assim sendo, a escala é composta por quatro fatores: o fator das preocupações parentais, o fator da satisfação, ainda o fator da falta de controlo e por fim o fator dos medos e das angústias (Rocha, 2012; Silva, 2012; Leal & Maroco, 2010).

Relativamente à validade desta escala, através dos valores de Alpha de Cronbach obtidos para cada uma das subescalas são: preocupações parentais .81; satisfação .41; falta de controlo .85 e medos e angústias .43 é possível afirmar que o fator das preocupações parentais e o da falta de controlo, apresentam boa fiabilidade e boa consistência interna no entanto no que diz respeito ao fator satisfação e ao fator dos medos e angústias os resultados já não são tão satisfatórios apresentando consistência externa.

#### **5.4 Escala da qualidade de vida (QOL) (Relvas, Alberto, & Simões, 2008)**

Esta escala é um instrumento que avalia a qualidade de vida familiar, elaborada por Barnes e Olson em 1982, sendo em 2008 adaptada por Relvas, Alberto e Simões para a população portuguesa. Devido aos objetivos propostos pela escala e indo de encontro aos objetivos planificados para este estudo, utilizou-se a QOL versão parental, para assim ser possível avaliar as preocupações dos pais de crianças com a PHDA (Almeida, 2013; Grilo, 2013).

Esta escala era composta por duas versões, uma com a finalidade de avaliar as preocupações parentais e a outra para avaliar as preocupações dos adolescentes. Assim sendo, utilizou-se a escala parental, composta por 40 questões, sendo elas repartidas por 10 fatores, como: o casamento e a vida familiar, amigos, saúde, aspetos domésticos, educação, tempo, religião, emprego, mass media e a vizinhança e comunidade (Almeida, 2013; Grilo, 2013).

No que diz respeito à forma de resposta desta escala, esta é feita através de uma escala de likert de 5 níveis, ou seja, cada pessoa vai cotar a questão em causa relativamente ao seu grau de satisfação. Sendo que o 1 diz respeito ao “Insatisfeito” e o 5 diz respeito ao “Extremamente satisfeito” (Almeida, 2013; Grilo, 2013).

Tendo em conta os valores do Alpha de Cronbach, para cada uma das subescalas, são: casamento e vida familiar .82; amigos .80; saúde .87; casa .91; educação .75; tempo .87; religião .94; emprego .87; mass media .87 e vizinhança e comunidade .90. É possível obter bons resultados a nível das medidas psicométricas, boa fiabilidade e boa consistência interna.

### Capítulo III: Apresentação e discussão dos resultados

#### 1 Resultados

Inicialmente serão apresentados e descritos os resultados obtidos, com o intuito de cumprir os objetivos delineados e dar resposta aos problemas e as hipóteses apresentadas. Posteriormente será efetuada a discussão dos mesmos.

Mas, antes de se avançar para as análises estatísticas, torna-se essencial verificar se a amostra, que constitui a população em estudo apresenta distribuição normal, relativamente as escalas da aceitação-rejeição parental, stress parental e QV, como se confirma a distribuição normal, posteriormente serão apresentadas análises estatísticas utilizando a correlação de Pearson de forma a se conseguir realizar os estudos pretendidos.

Assim temos o carinho com o valor de média mais elevado ( $M= 28.79$ ) e a rejeição indiferenciada com o valor de média mais baixo ( $M= 5.79$ ). Assim a maioria dos pais e mães revelam-se aceitantes, podendo esta condição ser verificada através do valor do PARQ global que se apresenta inferior a 60. Se os valores fossem superiores evidenciavam a existência de rejeição da mãe e do pai. Dando continuidade ao estudo das variáveis em causa nesta investigação, o stress parental mostra-nos resultados elevados na subescala das preocupações parentais ( $M= 13.15$ ) sendo o seu valor interpretado por baixos níveis de stress parental, sendo os resultados inferiores a 40 ( $Min= 5$ ;  $Max= 22$ ) e a subescala dos medos e angústias é a mais baixa ( $M= 7.80$ ).

Para finalizar o estudo das variáveis, a qualidade de vida apresenta o valor de média mais elevado na subescala mass media ( $M= 28.16$ ) e a subescala educação é a mais baixa ( $M= 5.94$ ), (tabela 6).

De seguida serão apresentados os resultados que darão resposta aos problemas e às hipóteses, que posteriormente serão analisados e discutidos, sendo apresentado os valores minino, máximo, média e desvio padrão.

**Tabela 6**

*Análise descritiva da aceitação-rejeição parental, do stress parental e da qualidade de vida*

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
PARQ global	24.00	58.00	38.53	9.94
Carinho	20.00	32.00	28.79	3.38
Hostilidade	6.00	18.00	10.86	3.26
Indiferença	6.00	18.00	10.67	3.30
Rejeição indiferenciada	4.00	11.00	5.79	1.86
Stress parental				
Medos e angústias	3.00	10.00	7.80	1.50
Preocupações parentais	5.00	22.00	13.15	4.22
Satisfação	6.00	32.00	9.74	5.06
Falta de controlo	5.00	17.00	8.88	3.69
Qualidade de vida				
Casamento e vida familiar	10.00	20.00	15.58	3.11
Amigos	3.00	10.00	6.98	1.72
Saúde	4.00	10.00	6.31	1.75
Casa	9.00	25.00	16.84	4.03
Educação	3.00	10.00	5.94	1.56
Tempo	5.00	25.00	14.39	3.92
Religião	2.00	10.00	6.39	1.89
Emprego	2.00	10.00	5.98	1.87
Mass_media	16.00	50.00	28.16	6.43
Vizinhança e comunidade	6.00	29.00	18.56	4.30

Assim, com o intuito de dar resposta ao primeiro problema e à primeira hipótese, correlacionou-se a aceitação-rejeição parental com o stress parental em que o objetivo é perceber se a perceção da rejeição por parte dos pais se relaciona com stress parental

Tal como se pode confirmar (tabela 7) existem correlações negativas e estatisticamente significativas entre as subescalas apresentadas, permitindo assim a aceitação da hipótese, concluindo que existe correlação entre a perceção da rejeição parental e o stress parental, sendo considerada uma correlação moderada.

Assim, as correlações negativas verificam-se entre o carinho e os medos e as angústias, as preocupações parentais, a satisfação e a falta de controlo, tendo ainda uma

correlação negativa entre a hostilidade e os medos e as angústias. Todas as correlações restantes, como a correlação da hostilidade com as preocupações parentais, a satisfação e a falta de controlo é positiva. Verificando-se o mesmo com as correlações entre a rejeição indiferenciada e os medos e as angústias, as preocupações parentais, a satisfação e a falta de controlo e as correlações entre o PARQ global e os medos e angústias, as preocupações parentais, a satisfação e a falta de controlo.

**Tabela 7**

*Correlação de Pearson entre aceitação-rejeição parental e o stress parental*

	Medos e angústias	Preocupações parentais	Satisfação	Falta de controlo
Carinho	-.18	-.47**	-.58**	-.40**
Hostilidade	-.39	.49**	.49**	.46**
Indiferença	.30	.44**	.41**	.44**
Rejeição indiferenciada	.21	.49**	.56**	.49**
PARQ global	.09	.56**	.60**	.52**

\*\* Correlação é significativa ao nível.01

Para ser possível dar resposta ao problema dois e a segunda hipótese, existe a necessidade de se realizar uma análise de correlações entre as subescalas da aceitação-rejeição e as subescalas da qualidade de vida.

Através dos resultados obtidos (tabela 8) é possível afirmar que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o carinho e QV percebida nos domínios casamento e vida familiar e a religião; o mesmo se pode confirmar com a correlação negativa entre hostilidade com a QV relativa a casamento e vida familiar, amigos, casa, educação, religião e os mass media. Assim verifica-se que conforme vai aumentando a percepção do carinho, que se reflete na aceitação, a percepção da QV também vai aumentando. Existindo ainda correlações negativas entre a indiferença e o casamento e a vida familiar e os amigos; a rejeição indiferenciada correlaciona-se com o casamento e a vida familiar, os amigos, a educação, a religião e os mass media; estas correlações apresentadas também acontecem com o PARQ global. Isto permite observar

que quanto maior é a percepção do sujeito em relação à indiferença, menos será a sua percepção de QV.

**Tabela 8**

*Correlação de Pearson entre aceitação-rejeição e qualidade de vida*

	Carinho	Hostilidade	Indiferença	Rejeição indiferenciada	PARQ Global
Casamento e vida familiar	.33**	-.55**	-.49**	-.42**	-.54**
Amigos	.24	-.51**	-.49**	-.43**	-.49**
Saúde	.06	-.27*	-.18	-.16	-.20
Casa	.13	-.35**	-.27*	-.28*	-.30*
Educação	.29*	-.34**	-.27*	-.41**	-.38**
Tempo	.14	-.13	-.16	-.19	-.18
Religião	.39**	-.39**	-.24	-.37**	-.41**
Emprego	.20	-.09	-.11	-.12	-.16
Mass media	.23	-.34*	-.27*	-.35**	-.34**
Vizinhança e comunidade	.24	-.30*	-.21	-.24	-.29*

\*\* Correlação é significativa ao nível.01

\* Correlação é significativa ao nível.05

## 2 Discussão

Com a primeira hipótese, existia a intenção de se analisar se os níveis de rejeição parental influenciavam os níveis de stress parental. Assim, os resultados da correlação permitem afirmar a existência de resultados estatisticamente significativos e aceitar a hipótese, sendo que os níveis de rejeição se relacionam com os níveis de stress parental. Esta relação poderá ser explicada pelos pensamentos negativos que nascem no individuo, como os sentimentos de insegurança, pouca valorização pessoal dos pais, principalmente quando se sentem incapazes de lidar com a problemática do filho com PHDA (Rohner, 1986; Rohner, et al., 2012; Dervishaliaj et al., 2013).

Para se justificar a segunda hipótese, de uma forma geral os resultados obtidos referem que aceitação e a QV se correlacionam existindo resultados estatisticamente significativos levando à aceitação da hipótese. Indo isto de encontro ao estudo

Desta forma, como existe a percepção da aceitação parental para com comportamentos das crianças torna-se evidentes e existência da percepção da QV destas famílias. Isto leva a que a percepção da existência da qualidade de vida seja analisada pelos aspetos emocionais, cognitivos, sociais, pela existência de redes de suporte social e pela capacidade de integração dos membros da família na comunidade, porque se não existir aceitação, a percepção da QV da família está comprometida dando origem a problemas familiares (Dervishaliaj et al., 2013; Hu, et al., 2011; Lagarelho, 2012).

## Capítulo IV: Conclusão

O presente estudo de investigação delineou-se sobre o intuito de abordar os níveis de aceitação-rejeição parental, os níveis de stress parental e os níveis de qualidade de vida, de pais com filhos com PHDA.

Sabe-se que o gerir uma família não é um processo fácil e que as situações do dia-a-dia vão provocando desentendimento entre o casal provocando um mau ambiente familiar, mas, quando existe a realidade de se confrontarem com a existência de um filho com PHDA, novos problemas surgem na família, principalmente no que diz respeito aos sentimentos. Existem diversas mudanças a serem feitas, desde as expectativas em relação ao filho, desde o sonho do filho perfeito, pois será uma criança com características própria, desde a sua forma de reagir às situações e à sua forma de estar, vai despoletar nos pais sentimentos de incapacidade e de insegurança para lidar com toda a energia e rapidez com que esta criança se irá manifestar perante os acontecimentos de vida (Andrade & Rodrigues, 2010; Dervishaliaj et al., 2013).

Logo, é evidente que com a gestão de todas as situações do dia-a-dia, mais a preocupação de desempenhar bem as funções como pais, acabam por se tornar vulneráveis e desenvolverem níveis de rejeição, de stress parental e de qualidade de vida abaixo daquilo que seria esperado, por isso é que os níveis de aceitação-rejeição se relacionam com os níveis de stress parental e também se relacionam com percepção da qualidade de vida, sendo estas evidencias pouco claras.

De uma forma geral, os pais que participaram neste estudo são aceitantes e com facilidade controlam os níveis de stress que se evidenciam após uma experiência negativa no relacionamento com o filho e assim conseguem desenvolver níveis de QV apropriados a todos os membros da família.

No que diz respeito às limitações, estas foram direcionadas ao fato de os questionários serem extensos e os pais afirmarem que estavam com pouco tempo para responder, logo, era evidente o desinteresse em participar no estudo.

Entre as limitações do estudo encontra-se as diferenças no número de pais e mães como participantes uma vez que temos mais mães a participarem neste estudo. O mesmo acontece com os filhos, sendo que existem mais rapazes do que raparigas. Inicialmente existia a intenção de se verificar as diferenças dos níveis da percepção

aceitação-rejeição da mãe e do pai. Ainda se pretendia verificar se os níveis de aceitação-rejeição se alteravam da mãe o filho ou a filha e o mesmo se pretendia fazer com o pai.

Com isto, não se tornou possível realizar todos os problemas e hipóteses delineados inicialmente para esta dissertação, mas poderá sempre servir como ideia para uma futura investigação.

Tendo noção de que a recolha se destinava a uma população específica, dificultando assim a recolha, esta acabou por ser pequena, dificultando a existência de resultados mais significativos e tornando impossível avaliar os níveis de aceitação-rejeição do pai e da mãe para com o filho ou a filha.

Por isso, para futuras investigações parece-me importante perceber se realmente existe ou não diferenças da mãe e do pai em relação aos seus filhos, como também seria importante perceber se os níveis de stress parental e se a perceção da qualidade de vida difere em relação ao sexo dos filhos.

Espera-se que o estudo tenha contribuído para uma melhor compreensão da PHDA e como pode prejudicar o relacionamento familiar, o estado de saúde dos pais, despoletando problemas relacionados com depressão, consumo de álcool, abandono parental e divórcio (Selikowitz, 2010).

### Referências Bibliográficas

- Almeida, C., M., M., F. (2012). *Alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção: Intervenção educativa*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa. Retrieved from <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/3245>
- Almeida, S. (2013). *Escala de Qualidade de Vida Familiar (Quality of life-QOL): Desenvolvimento de uma versão reduzida para a população portuguesa*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/24115>.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR; 4ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, F., & Rodrigues, L., C. (2012). Estresse Familiar e Autismo: Estratégias para melhoria da Qualidade de Vida. *Psicologia IESB*, 2 (2), 69-81.
- Baião, C., F. (2008). *Aliança Parental e Estilos Parentais em Famílias com ou sem Crianças Autistas*. Dissertação de Mestrado não Publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/733>.
- Banga, C., A. (2013). Treating Child and Parental ADHD Symptomology: Evaluating Mindfulness as an Innovation Approach. *Inkblot: The Undergraduate Journal of Psychology*, 2, 35-42. Retrieved from <http://inkblotjournal.tumblr.com/post/81148372692/volume-ii-september-2013>
- Benedetto, L., & Ingrassias, M. (2013). Parent perceived control and stress in families of children with attention-deficit/hyperactive disorder. *Life Span an Disability*, 16 (1), 39-55. Retrieved from

- Biblarz, T., & Savci, E. (2010). Lesbian, gay, bi-sexual, and transgender families. *Journal of Marriage and Family*, 72, 480–497.
- Bognar, G. (2005). The concept of Quality of Life. *Social theory and practice*, 31 (4), 561-580.
- Borges, I., C., N. (2010). *Qualidade da parentalidade e bem-estar da criança*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra., Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/15564/1/ana.pdf>
- Bhering, E. & Sarkis, A. (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil *Horizontes*, 27 (2), 7-20. Retrieved from <http://webp.usf.edu.br/itatiba/mestrado/educacao/uploadAddress/1-Modelo%20bioecol%C3%B3gico%20do%20desenvolvimento%20de%20Bronfenbrenner%20-%20implica%C3%A7%C3%B5es%20para%20as%20pesquisas%20na%20%C3%A1rea%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Infantil%5B16555%5D.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos Naturais e Planejados*. São Paulo: Artmed.
- Cardoso, M., F., P. (2013). *Percepção dos professores do 1º ciclo do ensino básico face aos comportamentos perturbadores de crianças com perturbação de hiperatividade com défice de atenção*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa. Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4193>

- Carrasco, M. A., & Ronher, R., P. (2013). Parental Acceptance and Children's Psychological Adjustment in the Context of Power and Prestige. *Journal Child Fam Stud*, 22, 1130-1137.
- Carvalho, C., T., P., L. (2013). *As atitudes dos pais perante a inclusão de crianças com perturbação de hiperatividade com défice de atenção*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Retrieved from <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3841>
- Cherlin, A. (2010). Demographic trends in the United States: A review of research in the 2000s. *Journal of Marriage and Family*, 72, 403-419.
- Costa, M., I., B., C. (2004). A Família com filhos com Necessidades Educativas Especiais. *Revista do ISPV*, 30. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/444>.
- Cunningham, C., E. (2007). A Family-Centered Approach to Planning and Measuring the Outcome of Interventions for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 676-694. Retrieved from <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/32/6/676.full.pdf>
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699-706.
- Codinhã, A., C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 24, 577-589.
- Chronis, A., Jones, H., & Raggi, V. (2006). Evidenced-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502. Retrieved from <http://psychrights.org/research/Digest/CriticalThinkRxCites/chronis-psychosocial.pdf>

- Dervishaliaj, E., Qemail, I., & Albania, V. (2013). Parental stress in families of children with disabilities: A literature Riview. *Journal of Educational and Social Research*, 3 (7), 579-584. Doi:10.5901/jesr.2013.v3n7p579. Retrieved from <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mcser.org%2Fjournal%2Findex.php%2Fjesr%2Farticle%2Fdownload%2F1007%2F1038&ei=FzXqU4WAHuqr0QWVyoBo&usg=AFQjCNEy7Jr0nMDzheWLKwmxHReSzJyKFA&sig2=wO9HXbuF763Af6KB6NOtqA>
- Dreyer, B., P. (2006). The Diagnosis and Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool Children: State of our knowledge and practice. *Current Problems in Pediatric Adolescent Health Care*, 36 (1), 6-30. Retrieved from <http://www.cppah.com/article/S1538-5442%2805%2900112-4/abstract>
- Dwairy, M. (2010). Parental Acceptance-Rejection: A Fourth Cross-Cultural Research on Parenting and Psychological Adjustment of Children. *Journal Child Fam Stud*, 19 (1), 30-35. DOI 10.1007/s10826-009-9338-y
- Feigin, R., Barnetz, Z. & Davidson-Arad, Z. (2008). Quality of Life in Family Members Coping With Chronic Illness in a Relative: An Exploratory Study. *Families, Systems, & Health*, 26 (3), 267-281
- Feliciano, C. (2010) *Influência do Género na Percepção da Qualidade de Vida e Resiliência Familiares*. (Dissertação de Mestrado Integrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/15416>
- Field, A. (2009). *Descobrimdo a estatística usando o SPSS*. 2ª Edição, Artmed, Porto Alegre.

- Foley, M., McClowry, S., G., & Castellanos, F., X. (2008). The relationship between attention deficit hyperactivity disorder and child temperament. *Journal of applied developmental Psychology*, 29 (1), 157-169.
- Gato, J. & Fontaine, A., M. (2011). Impacto da orientação sexual e do género na parentalidade: uma revisão dos estudos empíricos com famílias homoparentais. *Revista EX AEQUO*, 23, 83-96. Retrieved from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aeq/n23/n23a08.pdf>
- Gato, J. (2014). *Homoparentalidades: prespetivas psicológicas*. Edições Almedina, Coimbra.
- Grilo, I., M., S. (2013). *Quando os olhos não vêem... Qualidade de vida familiar, satisfação com a vida e apoio social percebido na deficiência visual*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/24214>.
- Hinshaw, S., P. (2007). Moderators and Mediators of Treatment Outcome for Youth With ADHD: Understanding for Whom and How Interventions Work. *Journal of Pediatric Psychology*. 32 (6), 664-675. DOI: 10.93/jpespy/jsl055. Retrieved from [http://www.researchgate.net/profile/Stephen\\_Hinshaw/publications/3](http://www.researchgate.net/profile/Stephen_Hinshaw/publications/3)
- Hu, X., Summers, J. A., Turnbull, A., & Zuna, N. (2011). The quantitative measurement of family quality of life: A review of available instruments. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(12), 1098-1114. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01463.x
- Hussain, S., & Munaf, S. (2012). Gender Difference in Perceived Childhood Father Rejection and Psychological Adjustment in Adulthood. *Journal of Behavioural Sciences*, 22 (1), 100-114. Retrieved from

[http://pu.edu.pk/images/journal/doap/PDF-FILES/Abstract%206\\_v22No1\\_2012.pdf](http://pu.edu.pk/images/journal/doap/PDF-FILES/Abstract%206_v22No1_2012.pdf)

- Kennedy, S., & Bumpass, L. (2008). Cohabitation and children's living arrangements: New estimates from the United States. *Demographic Research*, 19, 1663–1692.
- Kunrath, L. H. & Wagner, A. (2009). Reflexões acerca das estratégias educativas nas famílias com crianças com THA/D. *Cadernos de Educação. Pelotas*, 32, 251-265.
- Klaleque, A. & Rohner, R. (2002). Reability of Measures Assessing the Pancultural Association between Perceived Parental Acceptance-Rejection and Psychological Studies: A Meta-Analysis of Cross-Cultural and IntraCultural Studies. *SAGE Publications*, 33 (1), 87-99.
- Lagarelhos, J., P., P. (2012). *Stress, Coping e Qualidade de vida familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007-2010*. Dissertação de Mestrado não Publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/22445>.
- Leal, I., Maroco, J. (2010). Avaliação em sexualidade e parentalidade. Livpsic, Porto.
- Lev, A. (2010). How queer!- The development of gender identity and sexual orientation in LGBTQ-headed families. *Family Process*, 49, 268–290.
- Lila, M., García, F., & Gracia, E. (2007). Perceived Paternal and Maternal Acceptance and Children's Outcomes in Colombia. *Social Behavior and Personality*, 35 (1), 115-124. Retrieved from <http://www.sbp-journal.com/index.php/sbp/article/view/1551>

- Livingston G., & Parker, K. (2010). Since the start of the Great Recession, more children raised by grandparents. *Pew Research Center's Social & Demographic Trends Project*. Retrieved from <http://www.pewsocialtrends.org/2010/09/09/since-the-start-of-the-great-recession-more-children-raised-by-grandparents/>
- Malaca, I., M., M. (2008). *Hiperactividade com défice de atenção: Que soluções? Proposta de construção de um programa de formação de pais*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa. Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/736>
- Marques, T. (2008). *Qualidade de vida em função do ciclo vital da família*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/16111>
- Miranda, A., Grau, D., Rosel, J., & Meliá, A. (2009). Understanding discipline in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a structural equation model. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (2), 496-505. Retrieved from <http://roderic.uv.es/handle/10550/4347>
- Monteiro, A., S., N. (2011). *Hiperatividade e estratégias de intervenção: aplicação de estratégias de intervenção por docentes do 1º CEB*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa. Retrieved from <http://recil.grupolusofona.pt/jspui/handle/10437/1651>
- Monteiro, C., S. (2011). *Reprodução humana assistida “barriga de aluguel” sob a luz da bioética*. (monografia não publicada) Centro Universitário de Brasília, Faculdade de ciências jurídicas e sociais, Brasília. Retrieved from <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/369/3/20682615.pdf>

Moraes, C., Pereira, S., & Schimanski, E. (2012). A família homoparental: uma adaptação ou uma contraposição à norma?. *Congresso internacional interdisciplinar em sociais e humanidades*. Retrieved from <http://www.aninter.com.br/ANAIS%20I%20CONITER/GT16%20Estudos%20de%20g+%ACnero,%20feminismo%20e%20sexualidades/A%20FAM+%ECLIA%20HOMOPARENTAL%20UMA%20ADAPTA+%E7+%E2O%20OU%20UMA%20CONTRAPOSI+%E7+%E2O%20+%C7%20NORMA%D4%C7%F4%20Trabalho%20completo.pdf>

Moreira, M., S. (2010). *Stress e suporte social em pais de crianças com perturbação de hiperatividade com déficit de atenção*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Retrieved from <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1418/2/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>

Nunes, M., M., S. & Werlang, B., S., G. (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperactividade e transtorno de conduta: Aspectos familiares e escolares. *Conscientia e Saúde*, 7 (2), 207-216. Retrieved from [http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae\\_saude/csauade\\_v7n2/cnsv7n2\\_3g.pdf](http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csauade_v7n2/cnsv7n2_3g.pdf).

Pereira, A. (2004). *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 5ª Edição, Revista e aumentada, Edições Sílabo, Lisboa.

Pereira, J. (2009). *O nascimento do primeiro filho – perspectiva materna das estratégias de coping, qualidade de vida e forças familiares: um estudo exploratório*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from

Perminas, A., & Viduoliene, E. (2013). The Lithuanian version of the parenting stress index (PSI): A Psychometric and validity investigation. *European Scientific*

*Journal*, 9(20), 66-80. Retrieved from <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/1562>

Pestana, A., H., & Gageiro, J., N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª Edição Revista Corrigida, Edições Sílabo, Lisboa.

Pinto, M., C., C., V., R. (2012). *Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. (Relatório de estágio não publicado). Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10423/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Pires, A. M., S. (2010). *Aceitação-Rejeição Parental Percepcionada e Ajustamento Psicológico e Académico da Criança*. Dissertação de Mestrado não Publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/15595>

Pires, T. O., Silva, C. M. F. P., & Assis, S. G. (2012) Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Saúde Pública*, 46 (4), 624-632. Rio de Janeiro, Brasil. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400006)

Pisula, E. (2011). *Parenting stress in mothers and fathers of children with Autism spectrum disorder*. A Comprehensive Book on Autism Spectrum Disorders. Edited by: Mohammad-Reza Mohammadi Retrieved from <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/20033.pdf>

Ramalho, J. (2010). Percurso desenvolvimental dos portadores da perturbação de hiperatividade com déficit de atenção. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16 (2), 313-322. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382010000200011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382010000200011&script=sci_abstract&tlng=pt)

- Rocha, C., M., S., F. (2012). *Stress parental em pais de crianças hospitalizadas: influência de variáveis sociodemográficas e clínicas*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1526>
- Rodrigues, C. J. R. (2013). *Relação entre stress parental e as funções de apoio em famílias de crianças com doenças raras*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima. Retrieved from <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3900>
- Rohner, R., P. (1986). *The Warmth Dimension: Foundations of Parental Acceptance-Rejection Theory*. United States of America.
- Rohner, R., P. (2004). The parental “acceptance-rejection syndrome”- Universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, 59, 827-840.
- Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2005). *Parental Acceptance-Rejection Theory, Methods, Evidence, and Implications*. Handbook for the study of Parental Acceptance and Rejection. 4ª Edição. Storrs: Rohner Research Publications.
- Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2012). *Introduction to Parental Acceptance-Rejection Theory, Methods, Evidence, and Implications*. Retrieved from <http://csiar.uconn.edu/introduction-to-partheory/>
- Santos, J. & Santos, M. (2009). Família monoparental brasileira. *Revista Jurídica*, 10, (92), 01-30. Retrieved from [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/revista/revistajuridica/Artigos/PDF/JonabioBarbosa\\_Rev92.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/revistajuridica/Artigos/PDF/JonabioBarbosa_Rev92.pdf)

- Santos, C., F., M. (2010). *A perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção: Que perfis neuropsicológicos*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa. Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4864/2/ulfpie039639\\_tm\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4864/2/ulfpie039639_tm_tese.pdf)
- Santos, S., M., V. (2013). *Contributo para o estudo da depressão, ansiedade e stress em crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde, Covilhã. Retrieved from <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/tema.php?id=1103>
- Santos, V., A., B. (2008). *Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/695>
- Selikowitz, M. (2009). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide: Editora Leya S. A.
- Silva, A., R., R., R. (2012). *Fatores Preditores do Stress Parental*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/106/1/Fatores%20Preditivos%20do%20Stress%20Parental.pdf>.
- Schmidt, C., Dell'Aglio, D., D. & Bosa, C., A (2007). Estratégias de Coping de Mães de Portadores de Autismo: Lidando com Dificuldades e com a Emoção. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20, (1), 124-131. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722007000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000100016)

- Schmitz, V., R. & Renon, M., C. (2009). O reconhecimento da família monoparental a partir das técnicas de inseminação artificial. *Espaço jurídico, Joaçaba, 10*, (1), 113-128. Retrieved from <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/espacojuridico/article/view/1923/991>
- Viduoliene, E. (2013). Predicting the change of child's behavior problems: sociodemographic and maternal parenting stress factors. *Social Transformations in contemporary Society*, 1, 267-276. Retrieved from [http://vddb.library.lt/obj/LT-eLABa-0001:J.04~2013~ISSN\\_2345-0126.V\\_1.PG\\_267-276](http://vddb.library.lt/obj/LT-eLABa-0001:J.04~2013~ISSN_2345-0126.V_1.PG_267-276)
- Vilaça, A., M. (2009). *Vulnerabilidade ao stress, coping e qualidade de vida ao longo do ciclo da família*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from [http://www.researchgate.net/publication/264550205\\_Vulnerabilidade\\_ao\\_stress\\_coping\\_qualidade\\_de\\_vida\\_e\\_ciclo\\_vital\\_da\\_familia](http://www.researchgate.net/publication/264550205_Vulnerabilidade_ao_stress_coping_qualidade_de_vida_e_ciclo_vital_da_familia)
- Vrijimoet-Wiersma, C., M., J., Egeler, E., M., Koopmen, H., M., Norberg, A., L., & Gootenhuis, M., A. (2009). Parental stress before, during, and after pediatric stem cell transplantation: a review article. *Support Care Cancer*, 17 (12), 1435-1444. DOI: 10.1007/s00520-009-0685-4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775902/>
- Walsh, F. (2012). The new normal: Diversity and complexity in 21st century families. In *Normal family processes: 4<sup>th</sup>*, 1, 3-27. New York: Guilford Press. Retrieved from [http://www.researchgate.net/profile/Froma\\_Walsh/publications](http://www.researchgate.net/profile/Froma_Walsh/publications)
- Yousefia, S., Far, A., S., & Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671.

- Young, R., D. (2008). Quality of life indicator systems- definitions, methodologies, uses, and public policy decision making. University of South Carolina. Institute for public service and policy research home. Retrieved from [http://www.ipspr.sc.edu/publication\\_ele.asp](http://www.ipspr.sc.edu/publication_ele.asp)
- Yunes, M., A., M., & Juliano, M., C. (2010). A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas Interfaces com Educação Ambiental. *Cadernos de Educação*, 37, 347-379.
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A. & Dennis, T., A. (2012). Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane collaboration*. DOI: 10.4073/csr.2012.2 Retrieved from <http://www.sfi.dk/results-5084.aspx?Action=1&NewsId=3322&PID=11354>

## **Anexos**