

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento

DULCINÉIA BASTOS DUARTE

**Indicadores de Saúde Mental e Estilos Parentais: Uma Comparação entre
Grupo de Pais de Crianças e Adolescentes com Síndrome de Williams e
Grupo de Pais de Crianças e Adolescentes com Queixas de Desatenção e
Hiperatividade.**

São Paulo
2013

DULCINÉIA BASTOS DUARTE

Indicadores de Saúde Mental e Estilos Parentais: Uma Comparação entre Grupo de Pais de Crianças e Adolescentes com Síndrome de Williams e Grupo de Pais de Crianças e Adolescentes com Queixas de Desatenção e Hiperatividade.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito para obtenção de título de mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro.

Linha de Pesquisa: Estudos teóricos e práticos sobre o sujeito com distúrbios do desenvolvimento: implicações pessoais e sociais.

São Paulo
2012

D812i Duarte, Dulcineia Bastos

Indicadores de Saúde Mental e Estilos Parentais: uma comparação entre grupo de pais de crianças e adolescentes com síndrome de Williams e grupo de pais de crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. / Dulcineia Bastos Duarte. – 2013.

134 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2013.

Orientador: Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Indicadores de Saúde Mental e Estilos Parentais: Uma Comparação entre Grupo de Pais de Crianças e Adolescentes com Síndrome de Williams e Grupo de Pais de Crianças e Adolescentes com Queixas de Desatenção e Hiperatividade.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito à obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Aprovada em _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro (Orientador)

Universidade Presbiteriana Mackenzie - UPM

Prof. Dr. Marcos Vinicius Araújo

Universidade Presbiteriana Mackenzie – UPM

Prof^a. Dr^a Edna Martins

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me dado forças para prosseguir em momentos difíceis.

A meus pais, Dídimo (*in memoriam*) e Ernestina, que me ensinaram desde a tenra infância a amar a Deus e a não me curvar diante das dificuldades. Pelo exemplo de amor, honestidade e força, e que com muita simplicidade e enorme sabedoria, através das suas práticas parentais fizeram de mim o que sou hoje. Saudades! Amo vocês.

A meu marido (Jedeias) pelo enorme incentivo, companheirismo e contribuição. Obrigado por todos os caminhos que trilhou comigo.

A meus filhos queridos pela compreensão nos momentos da minha ausência. A minha filha (Stefanie) pelas dicas na linguagem escrita. Ao meu filho (Apolo) pelas aulas de Excel, sem ele os quadros e gráficos desse trabalho não teriam ficado tão bonitos (filho obrigado por acreditar em mim! agora “brinco” no Excel).

A minha irmã (Diacui) obrigada por me motivar a continuar, fazendo-me acreditar que eu daria conta do recado, mesmo em meio a tempestades.

A Zeca, pelo acolhimento e escuta eficiente que tanto me ajudou neste processo.

Ao meu orientador Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado e aprender com a sua enorme competência e simplicidade. Obrigado por toda aprendizagem, paciência, compreensão e ajuda durante este percurso.

As colegas do núcleo que cruzaram meu caminho e contribuíram de alguma forma direta ou indireta com este trabalho. Obrigado a Miriam Sergin pelo apoio e carinho. Obrigado a Marinalva Requião, Adriana Ribeiro, Ana Claudia, Mirella Mariani, Maria Luiza, Ana Yaemi, Maria Aparecida Fernandes Martin e Solange Lima.

Ao Prof. Dr. Marcos Vinicius Araújo e a Prof^a. Dr^a Edna Martins pela disponibilidade e considerações feitas a este trabalho. Ao núcleo de estudos em Psicodiagnóstico e Intervenção em Distúrbios do Desenvolvimento pelo suporte.

Aos pais que aceitaram participar dessa pesquisa, muito obrigado! Sem a participação de vocês este trabalho não aconteceria.

As mães de filhos com síndromes e deficiência intelectual da instituição onde estagiei época em que finalizava a minha formação em psicólogo, meu agradecimento sincero e admiração. Vocês foram à primeira inspiração para este trabalho.

RESUMO

A Síndrome de Williams-Beuren (SWB), é caracterizada por alterações cognitivas e comportamentais com grau variados de deficiência mental possui incidência de 1 a cada 7.500 nascidos vivos, devido a uma microdeleção no braço longo do cromossomo 7 na região 7q11.23, ocasionando a perda aproximada de 20-23 genes, explicando o amplo espectro no fenótipo apresentado. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) possui um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade. É caracterizado por agitação motora, dificuldade e relutância ao desempenhar tarefas que exigem esforço e concentração, apesar da ausência de déficit intelectual, o transtorno poderá levar à inabilidade social, fracasso escolar e dificuldades familiares. Dados da literatura têm demonstrado maior incidência de problemas relacionados à saúde mental e práticas de estilos parentais inadequadas em pais de crianças com deficiência intelectual. Desse modo, este estudo possui como objetivo avaliar indicadores de saúde mental e prática de estilos parentais em pais de crianças e adolescentes com SWB (que possuem deficiência intelectual) e comparar com o grupo de pais de filhos com queixa de TDAH (que não possuem deficiência intelectual). O método usado foi o descritivo correlacional, a amostra foi composta por 30 pais de filhos com queixa de TDAH e 24 pais de filhos SWB. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram o Inventário de Estilos Parentais (IEP), Inventário de Percepção de Suporte familiar (IPSF) - Inventário de Auto-avaliação para Adultos de 18- 59 anos / Adult Self – Report – ASR - Instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL – *brief*. Os resultados mostraram que apesar do índice positivo de práticas parentais adequadas desempenhadas pelos dois grupos, o uso de práticas negativas tem sido observado, incluindo a negligência e o abuso físico. O grupo de pais (TDAH) apresenta percepção deficitária em relação ao suporte familiar recebido e da qualidade de vida no domínio das relações sociais. Os dois grupos apresentaram índices de ansiedade, depressão e queixas somáticas com perfil classificatório clínico e limítrofe, sendo este índice superior no grupo de pais (TDAH). Conclui-se a necessidade da criação de programas de apoio que focalizem a dinâmica e o funcionamento dessas famílias, a fim de promover saúde mental, qualidade de vida e práticas parentais adequadas.

Palavras Chave: Estilos Parentais; Saúde Mental; Desatenção e Hiperatividade; Síndrome de Williams.

ABSTRACT

Williams-Beuren Syndrome (WBS) is characterized by cognitive and behavioral alterations with various degrees of mental disorder. Its prevalence is of 1/7.500 newborns and it is caused by a microdeletion of the long arm of chromosome 7 at region 7q11.23, caused by the loss of approximately 20-23 genes which explains the broad spectrum in the presented phenotype. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) displays a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity and impulsivity. It is characterized by motor agitation, difficulty or reluctance to perform tasks that require effort and concentration; despite the absence of intellectual disability, the disorder can lead to social inability, school failure and difficulties with family relations. According to literature there is a higher prevalence of problems related to mental health and inappropriate parenting style practices in parents of children with intellectual disability. Thus, this study has the objective of assessing indicators of mental health and parenting style practices in parents of children and adolescents with WBS and intellectual disability, and to compare them with a group of parents of children with ADHD (without intellectual disability). It was used a correlational descriptive method; the sample was composed of 30 parents of children with ADHD and 24 parents of children with WBS. Data collection instruments were: Parenting Style Inventory (PSI), Family Support Perception Inventory (FSPI), Adult Self-Report 18-59 (ASR), World Health Organization Quality of Life (WHOQL-bref). Results show that despite the positive rate of adequate parenting practices by the parents of both groups, the use of negative practices was observed, including negligence and physical abuse. The group of parents (ADHD) presents deficient perception of family support and quality of live in the area of social relations. Both groups presented clinical or borderline rates of anxiety, depression and somatic complaints, this rate was higher for parents (ADHD). Therefore it was verified the need for creation of support programs that focus the dynamics and functioning of these families in order to promote mental health, quality of life and adequate parenting practices.

Keywords: Parenting Styles; Mental Health; Inattention and Hyperactivity; Williams Syndrome.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1A: Caracterização dos participantes (SWB) quanto à idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, cidade em que reside e classe socioeconômica.....	38
Quadro 1B: Caracterização dos participantes (SWB) quanto a idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, cidade em que reside e classe socioeconômica (continuação).....	39
Quadro 2A: Caracterização dos participantes (TDAH) quanto à idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, cidade em que reside e classe socioeconômica.....	42
Quadro 2B: Caracterização dos participantes (TDAH) quanto a idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, cidade em que reside e classe socioeconômica (continuação).....	43
Quadro 3A: Avaliação por participante do grupo TDAH - Práticas Educativas Positivas (IEP) - Monitoria Positiva – Comportamento Moral.....	52
Quadro 3B: Avaliação por participante do grupo TDAH - Práticas Educativas Positivas (IEP) - Monitoria Positiva – Comportamento Moral (continuação).....	52
Quadro 4A: Avaliação por participante do grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Monitoria Negativa – Negligência.....	53
Quadro 4B: Avaliação por participante do Grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Monitoria Negativa – Negligência (continuação).....	54
Quadro 5A: Avaliação do por participante do Grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Disciplina Relaxada – Punição Inconsistente.....	55
Quadro 5B: Avaliação por participante do grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Disciplina Relaxada – Punição Inconsistente (continuação).....	55
Quadro 6A: Avaliação por participante do grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Abuso físico - Total.....	56
Quadro 6B: Avaliação por participante do Grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Abuso físico – Total (continuação).....	57
Quadro 7A: Avaliação por participante do Grupo TDAH – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)- Fator afetivo-consistente e Adaptação familiar.....	60
Quadro 7B: Avaliação por participante do grupo TDAH – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)- Fator afetivo-consistente e Adaptação familiar (continuação).....	60

Quadro 8A: Avaliação por participante do grupo TDAH – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator Autonomia familiar e Total.....	61
Quadro 8B: Avaliação por participante do Grupo TDAH – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator Autonomia familiar e Total (continuação).....	61
Quadro 9A: Resultados (Classificação – score t) da avaliação por participante dos Problemas Internalizantes do grupo de pais (TDAH) de acordo com o perfil da escala das síndromes do ASR.....	66
Quadro 9B: Resultados (Classificação – score t) por participante do grupo de pais (TDAH) de acordo com o perfil da escala das síndromes do ASR.-(Continuação).....	67
Quadro 10A: Resultados (Classificação – score t) nos índices “Problemas com o Pensamento” e “Problemas de Atenção” do grupo de pais (TDAH) de acordo com os escores T e sua classificação – ASR.....	68
Quadro 10B: Resultados por participante (Classificação – score t) dos nos índices “Problemas com o Pensamento” e “Problemas de Atenção” do grupo de pais (TDAH) de acordo com os escores T e sua classificação – ASR (Continuação).....	69
Quadro 11A: Resultados por participante (Classificação – score t) do grupo de pais (TDAH) para Problemas Externalizantes do perfil da escala das Síndromes do ASR.....	70
Quadro 11B: Resultados por participante (Classificação – score t) do grupo de pais (TDAH) para Problemas Externalizantes do perfil da escala das Síndromes do ASR (Continuação).....	71
Quadro 12A: Avaliação por participante do grupo SWB - Práticas Educativas Positivas (IEP) - Monitoria Positiva – Comportamento Moral.....	75
Quadro 12B: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Positivas (IEP) - Monitoria Positiva – Comportamento Moral (continuação).....	75
Quadro 13A: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Monitoria Negativa – Negligência.....	76
Quadro 13B: Avaliação da avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Monitoria Negativa – Negligência (continuação).....	76
Quadro 14A: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Disciplina Relaxada – Punição Inconsistente.....	77
Quadro 14B: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Disciplina Relaxada – Punição Inconsistente (continuação).....	77
Quadro 15A: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Abuso Físico – Total.....	78

Quadro 15B: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Abuso Físico – Total (continuação).....	79
Quadro 16A: Avaliação por participante do Grupo SWB – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator afetivo-consistente e Adaptação familiar.....	81
Quadro 16B: Avaliação por participante do Grupo SWB – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator afetivo-consistente e Adaptação familiar (continuação).....	81
Quadro 17A: Avaliação por participante do Grupo SWB – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator Autonomia familiar e Total.....	82
Quadro 17B: Avaliação por participante do Grupo SWB – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator Autonomia familiar e Total (continuação).....	82
Quadro 18A: Resultados da avaliação por participante (Classificação - Escore t) dos problemas internalizantes do grupo de pais (SWB) de acordo com a escala das Síndromes do <i>ASR- Adult Self-Report</i>	87
Quadro 18B: Avaliação por participante (Classificação - Escore t) do grupo de pais (SWB) dos problemas internalizantes de acordo com o <i>ASR- Adult Self-Report</i> (continuação).....	88
Quadro 19A: Resultados da avaliação por participante (Classificação - Escore t) do grupo de pais (SWB). Problemas com o pensamento e Atenção de acordo com a escala das Síndromes do ASR.....	89
Quadro 19B: Resultados da avaliação (Classificação - Escore t) por participante do grupo de pais (SWB). Problemas com o pensamento e Atenção de acordo com a escala das Síndromes do ASR (Continuação).....	90
Quadro 20A: Avaliação (Classificação - Escore t) por participante do grupo de pais (SWB) dos problemas externalizantes: Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar Regras e Intrusivo de acordo com a escala das Síndromes do ASR.....	91
Quadro 20B: Avaliação (Classificação - Escore t) do grupo de pais (SWB) dos Problemas Externalizantes. Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar Regras e Intrusivo de acordo com a escala das Síndromes do ASR (Continuação).....	92

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultado da avaliação do grupo TDAH das práticas educativas positivas do Inventário de Estilo Parental (IEP) de Gomide.....	49
Gráfico 2: Resultado da avaliação do grupo TDAH das práticas educativas negativas do Inventário de Estilo Parental (IEP) de Gomide.....	50
Gráfico 3: Resultado da avaliação total do Inventário de Estilo Parental (IEP) do grupo de pais TDAH.....	51
Gráfico 4: Resultados da avaliação do grupo de pais (TDAH) para o IPSF em suas três dimensões: Afetividade – Adaptação – Autonomia.....	58
Gráfico 5: Resultados da avaliação do grupo de pais (TDAH) para o IPSF total – Inventário de Percepção de Suporte Familiar.....	59
Gráfico 6: Resultados da Avaliação para qualidade de vida do grupo de pais com filhos com TDAH nos quatro domínios do <i>Whoqol-bref</i> : Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e Total.....	62
Gráfico 7: Perfil da Escala das Síndromes. Descrição dos resultados do grupo de pais (TDAH) para Problemas Internalizantes.....	63
Gráfico 8: Perfil da Escala das Síndromes. Resultados da Avaliação para Problemas com o Pensamento e Problemas com a Atenção (TDAH).....	64
Gráfico 9: Perfil da Escala das Síndromes. Resultados da Avaliação (TDAH) para Problemas Externalizantes: Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Intrusivo.....	65
Gráfico 10: Resultado da avaliação do grupo de pais (SWB) das práticas educativas positivas do Inventário de Estilo Parental (IEP) de Gomide.....	72
Gráfico 11: Resultado da avaliação do grupo de pais (SWB) das práticas educativas negativas do Inventário de Estilo Parental (IEP) de Gomide.....	73
Gráfico 12: Resultado da avaliação Total do Inventário de Estilo Parental (IEP) do grupo de pais SWB.....	74
Gráfico 13: Resultados da avaliação do grupo de pais (SWB) para o IPSF em suas três dimensões: Afetividade – Adaptação – Autonomia.....	79
Gráfico 14: Resultados da avaliação do grupo de pais (SWB) para o IPSF – Total em suas três dimensões: Afetividade – Adaptação – Autonomia.....	80
Gráfico 15: Resultados da Avaliação para qualidade de vida do grupo de pais com filhos com SWB nos quatro domínios do <i>Whoqol-bref</i> : Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e Total.....	83

Gráfico 16: Perfil da Escala das Síndromes. Descrição dos resultados do grupo de pais (SWB) para Problemas Internalizantes.....	84
Gráfico 17: Perfil da Escala das Síndromes. Resultados da Avaliação para Problemas com o Pensamento e Problemas com a Atenção (SWB).....	85
Gráfico 18: Perfil da Escala das Síndromes. Resultados da Avaliação (SWB) para Problemas Externalizantes: Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Intrusivo.....	86
Gráfico 19: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Estilos Parentais – IEP. Práticas Positivas: Monitoria Positiva e Comportamento Moral.....	94
Gráfico 20: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Estilos Parentais – IEP. Práticas Negativas: Punição Inconsistente e Negligência.....	95
Gráfico 21: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Estilos Parentais – IEP. Práticas Negativas: Disciplina Relaxada e Monitoria Negativa.....	96
Gráfico 22: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Estilos Parentais – IEP. Práticas Negativas: Abuso Físico.....	97
Gráfico 23: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Percepção e Suporte Familiar – IPSF: Afetivo - Consistente.....	99
Gráfico 24: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Percepção e Suporte Familiar – IPSF: Adaptação - Familiar.....	100
Gráfico 25: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Percepção e Suporte Familiar – IPSF: Autonomia - Familiar.....	101
Gráfico 26: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Percepção e Suporte Familiar - IPSF em suas três dimensões: Afetividade, Adaptação e Autonomia.....	102
Gráfico 27: Perfil da Escala das Síndromes. Ansiedade e Depressão. Comparação dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).....	103
Gráfico 28: Perfil da Escala das Síndromes. Queixas Somáticas. Comparação dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).....	104
Gráfico 29: Perfil da Escala das Síndromes. Problemas Internalizantes: Isolamento. Comparação dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).....	105
Gráfico 30: Perfil da Escala das Síndromes. Problemas com o Pensamento e Atenção. Descrição dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).....	106
Gráfico 31: Perfil da Escala das Síndromes. Problemas Externalizantes: Comportamento Agressivo. Descrição dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).....	107
Gráfico 32: Perfil da Escala das Síndromes. Problemas Externalizantes: Comportamento de Quebrar Regras. Comparação dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).....	108
Gráfico 33: Perfil da Escala das Síndromes. Problemas Externalizantes: Comportamento de Quebrar Regras. Comparação dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).....	109

Gráfico 34: Resultados da comparação entre grupo de pais para qualidade de vida nos quatro domínios do *Whoqol-bref*: Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e Total.....111

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO	20
2.1 Família e Saúde Mental.....	20
2.2 Estilo Parental e Indicadores de Saúde Mental.....	25
2.3 Síndrome de Williams Beuren (SWB).....	31
2.4 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).....	33
3.OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo Geral.....	35
3.2 Objetivos Específicos.....	36
4.MÉTODO	36
4.1 Tipo de Pesquisa.....	36
4.2 Participantes.....	36
4.3 Instrumentos.....	44
4.4 Procedimentos.....	46
4.5 Análise dos Dados.....	47
5. RESULTADOS	48
5.1 Grupo TDAH.....	48
5.2 Inventário de Estilos Parentais (IEP).....	48
5.3 Inventario de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)	57
5.4 Avaliação da Qualidade de Vida (<i>Whoqol-bref</i>).....	61
5.5 Inventário de Auto -Avaliação Para Adultos De 18/55 anos (<i>ASR</i>).....	62
5.6 Grupo SWB.....	71
5.7 Inventário de Estilos Parentais (IEP).....	71
5.8 Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF).....	79
5.9 Qualidade de vida dos pais do grupo SWB (<i>Whoqol-bref</i>).....	82

5.9.1 Inventário de Auto – Avaliação para Adultos de 18/55 anos (ASR).....	83
6. COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS INSTRUMENTOS ENTRE GRUPOS TDAH E SWB E DISCUSSÃO PARCIAL.....	93
6.1 Comparação entre grupos do IEP - Inventário de Estilos Parentais.....	93
6.2 Resultados da comparação entre grupos do IPSF – Inventário de Percepção de Suporte Familiar.....	98
6.3 Resultados da comparação entre grupo para o Inventário de Auto-avaliação para Adultos de 18/55 anos (ASR).....	102
6.4 Os resultados da comparação entre grupo para problemas Externalizantes da Escala das Síndromes do Inventário de Auto - Avaliação para Adultos de 18/55 anos (ASR).....	106
6.5 Comparação dos resultados entre grupo para qualidade de vida avaliada pelo <i>Whoqol-bref</i> em seus quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente.....	109
7. DISCUSSÃO GERAL.....	112
8. CONCLUSÕES.....	119
9. REFERÊNCIAS.....	121
ANEXO: Classificação socioeconômica dos participantes.....	133

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de mestrado faz parte de um projeto mais amplo vinculado ao programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie e está ligado ao Grupo de Estudos em Psicodiagnóstico e Intervenção em Distúrbios do Desenvolvimento (GEPID), cadastrado no CNPq. O grupo foca basicamente em duas vertentes de pesquisa: a primeira está voltada para identificar padrões cognitivos e comportamentais em crianças e adolescentes com síndromes genéticas, dentre elas, a Síndrome de Williams Beuren (SWB), enquanto a segunda está ligada a avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixa de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A princípio, os procedimentos de avaliação e intervenção contemplavam apenas as crianças e adolescentes com síndromes genéticas ou queixa de TDAH. Contudo, a necessidade em criar um protocolo de atendimento que também pudesse acolher a família (especialmente os pais), se fazia notória. As crianças e adolescentes do protocolo de TDAH, por exemplo, apesar da ausência de deficiência intelectual apresentam, muitas vezes, problemas sérios de comportamentos, assim como prejuízos na vida acadêmica e social. Tais queixas são constantemente trazidas pelos pais e educadores, o que sem dúvida, traz grande sofrimento não apenas para estas crianças e adolescentes, como também para suas famílias.

Por outro lado, também para as crianças e adolescentes com síndromes genéticas (que têm associadas a elas graus variados de deficiência intelectual) muitos problemas de comportamento e interação social são observados. No caso específico da Síndrome de Williams, há um protocolo de intervenção em treino de práticas parentais e habilidades sociais (para pais com filhos com a referida síndrome) funcionando nas dependências do centro, de onde vem parte da amostra deste trabalho. Mas, qual seria o tipo de protocolo, intervenção e acolhimento mais adequado para estes pais, considerando a particularidade e diversidade de contextos vividos? Quais os principais problemas vivenciados por essas diferentes populações? Daí os vários aspectos da conveniência dos primeiros passos do trabalho aqui desenvolvido.

Assim, começamos a nossa busca por pesquisas que tratavam do tema, embora em sua maioria, o foco e intervenção dos trabalhos encontrados estivessem voltados apenas para os filhos. Aqueles estudos que abordavam o tema incluindo os pais e a família (produzidos no nosso país e fora dele) apontavam altos índices de estresse e propensão ao desenvolvimento

de transtornos psiquiátricos em pais com filhos com deficiência intelectual, quando comparados a outros grupos de pais, com filhos sem esta deficiência. Esses estudos ainda revelavam que pais de crianças com deficiência intelectual, possuíam práticas parentais negativas, e tais práticas refletiam de modo direto sobre a família, alterando as relações entre seus membros.

De forma semelhante, outros estudos apontavam que pais de crianças e/ou adolescentes com TDAH também apresentavam níveis elevados de estresse, e se encontravam mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, quando comparados a outros grupos de pais, com filhos sem essas queixas. Os dados dessas pesquisas nos trouxe grande inquietação relacionada a estas famílias.

De certo modo, nossa inquietação e envolvimento com famílias (especialmente com pais de crianças com deficiência intelectual e problemas de comportamento), surgiram desde a nossa graduação, época em que estagiamos durante um ano em uma instituição que trabalha com crianças, adolescentes e adultos com deficiência intelectual e síndromes. Durante este período, chamou-nos a atenção que os programas até então ali desenvolvidos, abarcavam apenas os filhos. Desse modo, um projeto que possibilitasse a abertura de um espaço para aqueles pais (na sua maioria mães) foi criado por nós, apresentado e aceito pela instituição na qual estagiamos antes do nosso ingresso no mestrado. Durante um ano trabalhamos com um grupo de vinte e quatro mães. O espaço criado propiciava o acolhimento de suas angustias e preocupações relacionadas à educação de seus filhos, as dificuldades com o cônjuge ou companheiro e a qualidade de vida. Além disso, aquele espaço favorecia troca de informações relacionadas ao contexto que viviam, logo que o grupo partilhava de problemas semelhantes.

De modo semelhante no estágio clínico supervisionado, que fazia parte da nossa formação como psicólogos. Durante este processo, atendemos em psicoterapia breve, não apenas a criança, como também a seus pais. A queixa mais trazida pelos pais (algumas vezes com encaminhamento da escola e/ou médico responsável) era voltada para o comportamento inadequado da criança e dificuldades relacionadas à aprendizagem. Na maioria das vezes, podíamos observar que os pais precisavam de ajuda imediata, antes mesmo que seus filhos. A intervenção voltada para eles trazia resultados satisfatórios para toda família. Esta experiência continuou a se repetir depois que formamos em nosso lugar de trabalho.

Foi a partir dessa experiência, que surgiu a procura pelo Programa de Pós- Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento e o ingresso no núcleo de pesquisa que desenvolve projetos

voltados para pessoas com e sem deficiência intelectual, considerando os vários aspectos e contextos em que elas estão inseridas. Acreditamos que demos os primeiros passos, e esperamos que os dados aqui colhidos sirvam como primeiro mapeamento para conhecer melhor o perfil dessa amostra, e assim, contribuir com o desenvolvimento de novas pesquisas e programas interventivos que atendam de forma mais efetiva não apenas os filhos, como também seus pais e suas famílias.

Sabe-se a preparação de um casal para o nascimento de um filho é permeada por várias expectativas, dentre elas o desejo que o filho nasça saudável sem nenhum comprometimento. Conseqüentemente, o nascimento de uma criança com deficiências (sejam físicas ou intelectuais) ou outros distúrbios que afetem seu desenvolvimento, representa para os pais uma ruptura dos sonhos e expectativas construídas (AMARAL 1994; BENETTI 2010; FÁVERO; SANTOS 2005; SANCHEZ; BAPTISTA, 2009).

O diagnóstico de qualquer tipo de comprometimento que a criança tenha ou venha a ter, implica na resignificação e readaptação dos papéis até então desempenhados pelo casal e a família (MINETTO, 2012; SILVA; DESSEN, 2003, 2006). Portanto, é natural que neste período sentimentos como frustração, angústia, medo e até rejeição apareçam como parte do processo de aceitação do problema ou deficiência apresentado pelo filho, pois mesmo não estando preparados, os pais se veem na contingência de tomar decisões e providências em relação aos cuidados necessários a saúde da criança e sua educação, além de terem que lidar com as expectativas daqueles que estão a sua volta, o que pode acentuar ainda mais o nível de estresse (AMARAL 1994; DESSEN, 2007; FÁVERO; SANTOS, 2005).

Pesquisas têm demonstrado que pais de crianças com maior nível de comprometimento intelectual (como em alguns casos de crianças dentro do transtorno do espectro do autismo), apresentam maior índice de estresse e estão mais propensos ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e pratica de estilos parentais menos adaptativas (negativas), quando comparados a outros grupos de pais com filhos com desenvolvimento menos comprometido (MINETTO, 2012; SCHIMIDT; BOSA, 2007; TELFORD, 1976). De acordo com Gomide 2006, estilos parentais estão ligados ao relacionamento afetivo emocional entre pais e filhos, e se encontra associado a um conjunto de práticas educativas. As práticas educativas visam o desenvolvimento de comportamentos estratégicos por parte dos pais, objetivando o desenvolvimento de comportamentos adequados por parte dos filhos, a fim de melhor

adaptação ao convívio familiar, social, aprendizagem e internalização de regras (ALVARENGA; PICCININI, 2001; DARLING; STEINBERG, 1993).

Dentre muitos fatores, segundo Bolsoni-Silva e colaboradores (2008) as práticas parentais, podem não apenas influenciar como também manter problemas de comportamentos durante o desenvolvimento da criança, ao passo que, práticas positivas servem como fator protetivo, uma vez que podem inibir o surgimento e manutenção de problemas comportamentais e emocionais. A literatura nacional e estrangeira aponta que pais de crianças com deficiência intelectual, estão mais propensos a transtornos psiquiátricos como ansiedade, depressão dentre outros, e práticas de estilos parentais negativas quando comparados a outros pais com filhos sem essa deficiência (BENETTI 2010; DARBYSHIRE; STENFERT; KROSE, 2012; DESSEN, 2000; FÁVERO; SANTOS, 2005, 2010; MACARINI; MARTINS; MINETTO 2010; MACEDO, 2008; MATSUKURA, 2001; MATSUKURA; MATURANO; OISHE, 2007; MIETTINEN, 2012; MONTEIRO et al. 2008; SILVA; DESSEN, 2001, 2002, 2003, 2004, 2006; SCHIMIDT; BOSA 2003, 2007a, 2007b).

Nesse panorama, o presente trabalho avaliará diferenças nas práticas parentais e sua relação com indicadores de saúde mental entre pais de crianças com deficiência intelectual e sem esta deficiência. Desse modo, dois grupos foram escolhidos para este estudo. O primeiro composto por pais com filhos com a Síndrome de Williams Beuren (Grupo-SWB), e o segundo por pais de crianças e adolescentes com queixas de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Grupo-TDAH). No primeiro grupo, além de comprometimentos clínicos e cognitivos, um quadro de deficiência intelectual em graus variados é observado (BEUREN 1962; GONÇALVES; PEREZ; HENRIQUES; PRIETO; LIMA et al. 2004, 2005; ROSSI; SOUZA; FERREIRA; GIACHETI, 2009; SOUSA 2010; WILLIAMS 1961). Embora estudos (HAYASHIUCHI et al., 2012; MARTENS; WILSON; REUTENS, 2008; RHODES et al., 2011) tenham apontado sinais de Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH) em pessoas com a Síndrome de Williams (SWB), o motivo principal da escolha dos dois grupos se dar pelo fato de um grupo possuir deficiência intelectual (SWB) e o outro (TDAH) não. Além disso, esses dois grupos fazem parte dos protocolos de pesquisa do nosso núcleo de estudos, constituindo-se assim, como uma amostra de conveniência.

Embora no segundo grupo, exista ausência de deficiência intelectual, prejuízo escolar está fortemente correlacionado ao TDAH, assim como, alta prevalência de comorbidades psiquiátricas ocasionando grande impacto familiar e social, o que pode agravar mais ainda a sintomatologia do transtorno dificultando seu diagnóstico (ABRAMOVITCH; MAIA;

CHENIAUX, 2008; PRESENTACION; GARCIA; MIRANDA et. al. 2006; RAMALHO, 2010; SOUZA; SERRA-PINHEIRO; FORTES; PINNA, 2007; SERRA- PINHEIRO, 2005).

Desse modo, objetiva-se de forma geral com este trabalho, comparar indicadores de saúde mental e estilos parentais entre grupo de pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams e grupo de pais de crianças e adolescentes com queixas de déficit de atenção desatenção e hiperatividade. A comparação de tais aspectos e suas correlações pode contribuir para um melhor entendimento dos aspectos funcionais e relacionais da família, ajudando a desenvolver programas que abarquem de forma preventiva e interventiva o processo de assistência a estes pais, seus filhos e suas famílias. Ainda mais, considerando o processo inclusivo em aperfeiçoamento em nossa realidade social.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Família e Saúde Mental

Pensar a família como parte de um contexto material, social e histórico conduz à compreensão de diferentes dinâmicas, papéis multidimensionais e complexos por ela desempenhados, bem como das funções que lhe são atribuídas e que de fato, são por ela exercidas. Assim, as concepções de família e dinâmica familiar, variam bastante de acordo com os contextos que são vivenciados de modo especificamente particular (DESSEN; CERQUEIRA-SILVA, 2009; GLAT, 1996; HENN; PICCININI; GARCIAS, 2008).

Desse modo, a chegada de uma criança diferente da esperada pelos pais, pode alterar o equilíbrio, afetando toda a família desencadeando sentimentos e comportamentos variados. Desde a encarar a situação de modo realista, a negar a realidade existente. Independente da gravidade da deficiência ou transtorno, sentimentos como rejeição/aceitação, amor/ódio acompanhados por sentimentos de culpa, vergonha e depressão ocorrem com frequência. Passada a fase do impacto inicial, os pais tentam reencontrar o equilíbrio a fim de buscar informações que auxiliem na educação e adaptação do seu filho e melhor convívio familiar (CARVALHO, 2003; DESSEN, 2009; GLAT, 1996; GÓES 2006; SANCHEZ; BAPTISTA, 2009; SOUZA; BOEMER 2005).

O convívio familiar e a adaptação de famílias que possuem entre seus membros alguém com deficiência intelectual é bastante complexa, especialmente quando se trata de um filho.

Sprovieri e Assumpção (2001) apontam os constantes desafios enfrentados por estes pais, principalmente aqueles que possuem filhos com maior grau de comprometimento intelectual, como por exemplo, pessoas dentro do transtorno do espectro do autismo. Segundo tais autores, ao comparar este grupo com outros grupos de pais com filhos com menos comprometimento (como a Síndrome de Down), observou-se no primeiro grupo índice elevado de estresse parental e sérios problemas de cunho emocional, acarretando prejuízos na dinâmica familiar.

O estudo de Shimidt e Bosa (2007) corrobora estes achados. A pesquisa realizada por tais autores revela que, quanto maior grau de comprometimento intelectual da criança, maior dificuldade em relação aos cuidados diários os pais e/ou cuidadores enfrentam, impondo uma rotina de dedicação quase exclusiva, ocasionando sobrecarga e trazendo dificuldades emocionais severas para a família. Para a mãe principalmente que na maioria das vezes, abre mão de seus projetos e carreira para dedicar-se de forma quase integral aos cuidados do filho, sofrendo desse modo maior impacto apresentando índices elevados estresse. Vários pesquisadores têm encontrado evidências de estresse agudo, não apenas nestes genitores, como também em sua família (BRAGA 2004; DARBYSHIRE; KROESE 2012).

Silva e Dessen (2003) em sua pesquisa apontam a dificuldade e o conflito dos pais em aceitar a limitação e lidar com a situação de ter um filho com deficiência intelectual, como a Síndrome de Down. Os dados da pesquisa ainda revelaram altas expectativas inapropriadas em relação ao filho, considerando o grau de comprometimento do quadro clínico apresentado pela criança, sendo importante nestes casos a necessidade de programas que ofereçam suporte e apoio psicológico a estes pais, e investiguem de maneira mais acurada os níveis de estresse nestes genitores.

Fávero e Santos (2005, 2010) encontraram em seus estudos estresse parental crônico, associado às características das relações parentais em famílias com crianças com autismo que possuíam deficiência intelectual severa, já que as limitações permanentes que a criança possui, exigirão dos pais e da família, cuidados específicos e monitoramento constante durante todo ciclo da vida. Segundo os pesquisadores alterações na dinâmica familiar ocasionada pelo convívio constante com problemas e dificuldades enfrentadas pela família, principalmente pela mãe, se constituem em fator de risco para o desenvolvimento da criança.

For-Wey e Bih- Chind (2012), em sua pesquisa sobre o desenvolvimento da criança e o estado de saúde mental da mãe, constatou que a saúde mental dos pais, principalmente da

mãe, constitui-se em fator preditivo para o desenvolvimento saudável da criança, especialmente nos primeiros anos de vida, influenciando na aquisição da linguagem, estilo de interações e desenvolvimento cognitivo. O estudo desenvolvido por Murray; Johnston; Hinshaw (2002) corrobora os dados de For-Wey e Bih-Chind (2012), no que diz respeito à saúde mental materna como fator relevante no desenvolvimento infantil, principalmente aqueles relacionados à aquisição e emissão de comportamentos adaptativos. Maia e Williams (2005), Mombelli e colaboradores (2011), também salientam a importância das interações familiares, como fator de risco e proteção durante o desenvolvimento infantil.

Por outro lado, se a criança necessita que os pais, especialmente a mãe, possua saúde mental adequada para o seu desenvolvimento, estudos também têm demonstrado que pais que possuem filhos com deficiência intelectual, estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de estresse agudo e transtornos psiquiátricos como ansiedade e depressão, uma vez que a sobrecarga emocional sentida somada a dedicação e cuidados dispensados ao filho por tempo integral ou quase integral, podem acentuar a sintomatologia já existente não apenas na criança, como também nos próprios pais (BELLÉ; ANDREAZZA; RUSCHEL, 2009; BENETTI 2010; GUILHERME; MATTOS; SERRA-PINHEIRO et al. 2007; MARTIN et al., 2011; MINETTO; CREPALD; BIGRAS et al. 2012; MONTEIRO et al., 2008; PEDROSA, 2009; SANCHEZ; BAPTISTA 2009; SILVA; DESSEN, 2003, 2004, 2006; SCHIMIDT; BOSA, 2003, 2007a, 2007b; SMEHA; CEZAR, 2011).

Fávero e Santos (2010) salientam em seu estudo que a convivência diária com a criança com um quadro crônico altera o funcionamento familiar. A mãe especificamente, por assumir a responsabilidade direta pelos cuidados do filho, sofre maior pressão interna e externa, evidenciando-se de forma clara a sobrecarga emocional nos elevados níveis de estresse e depressão observados (CHERUBINI; BOSA; BANDEIRA 2008; FÁVERO; SANTOS 2005; MINNETO; CREPALDI 2012; JHONSTON; MASH 2001; JHONSTON; HESSL; BLASEY et al. 2003; SIFUENTES; BOSA 2010; SILVA; DESSEN, 2007).

Índices de ansiedade e depressão em pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams Beuren, associados à percepção de suporte familiar, também foram avaliados na pesquisa desenvolvida por Martin e colaboradores (2011). Os resultados mostraram que 37% dos pais possuíam indicadores de ansiedade e 50% indicadores de depressão. Também se verificou que índices mais altos de ansiedade, estavam associados a níveis elevados de

depressão. Relação também foi encontrada entre menor percepção de suporte familiar e índices mais elevados de ansiedade e depressão.

Majumdar; Pereira; Fernandes (2005) observaram níveis elevados de estresse e ansiedade no estudo realizado com 180 pais de crianças com deficiência intelectual, com variação entre leve, moderada, grave a limítrofe, e em pais com filhos sem esta deficiência. Os resultados mostraram que pais que possuem filhos com maior comprometimento intelectual, estavam mais vulneráveis a níveis elevados de estresse e ansiedade. A pesquisa ainda mostrou que mães com filhos com deficiência mental de moderada a grave, estão mais suscetíveis a maiores níveis de ansiedade quando comparadas aos demais grupos.

Por outro lado, pesquisadores (DESSEN 2000; SILVA; DESSEN 2001, 2002, 2004; MAJUMDAR; PEREIRA; FERNANDES, 2005; SALVO; SILVARES; TONI 2005) apontam outros fatores responsáveis pelo aumento de estresse e ansiedade experimentada por pais de crianças com deficiência intelectual. Variáveis como o grau de escolaridade dos pais e grau de deficiência do filho, acesso ao lazer, renda familiar, apoio social recebido pela família, dentre outros, se constituem variáveis importantes e podem agravar a sobrecarga sentida (BÉRGAMO; BAZON 2011; SEMENSATO; SCHIMIDT; BOSA 2003).

Macedo (2008) mostra em seu estudo o panorama biopsicossocial como fator determinante para a saúde mental não só dos pais, como também dos filhos. Salienta que as dificuldades emocionais e de apoio social têm se constituído como fator de risco para o desenvolvimento de quadros depressivos. Ressalta a importância e a necessidade da criação de programas de apoio que focalizem a dinâmica e o funcionamento dessas famílias, a fim de promover saúde mental, psicológica e bem-estar a seus integrantes (SEMENSATO; SCHIMIDT; BOSA 2007; SILVA; DESSEN 2001, 2006; FÁVERO; SANTOS, 2010).

Moreira (2010) analisou a relação entre estresse e satisfação com o suporte social em pais de crianças com Déficit de Atenção e Hiperatividade, assim como, a percepção sentida acerca do apoio social recebido. Também analisou como estes fatores variam, conforme as características sociodemográficas dos participantes. Os resultados revelaram correlação significativa ($p=0,048$) negativa entre satisfação com o suporte social total percebido e o estresse. Ainda indica que à medida que o suporte social aumentava, os níveis de estresse diminuía. Também observou que a percepção de suporte social, varia conforme o gênero ($p=0,0001$), neste caso, as mães se mostraram menos satisfeitas com o suporte social percebido que os pais. Significância de ($p=0,018$) também foi relacionada à idade dos

genitores, ou seja, quanto maior a idade, maior nível de estresse. O tempo decorrido após o diagnóstico do filho, também foi significativa ($p=0,034$). Foi observado que à medida que aumentava o tempo decorrido após o diagnóstico, diminuía a satisfação com a percepção do suporte social recebido, evidenciando a dificuldade em manter a rede social anteriormente estabelecida.

Matsukura e colaboradores (2007) avaliaram a associação entre estresse e percepção de suporte social em famílias de baixa renda. Os participantes foram alocados em dois grupos: mães de crianças com desenvolvimento típico e mães de crianças com deficiência física, deficiência mental e distúrbios de aprendizagem e/ou comportamento. Os resultados revelaram elevados níveis de estresse materno em ambos os grupos. Considerando o perfil da amostra, os pesquisadores salientam que estas mães lidavam diariamente com preocupações básicas em relação à sobrevivência e problemas relacionados à saúde e assistência prestada a seus filhos, além de terem que lidar com condições precárias de vida que o cotidiano lhes trazia. Desse modo, o estresse experimentado por estas mães, não pode ser atribuído apenas aos cuidados dispensados aos filhos, a qualidade de vida que possuem também é relevante neste aspecto (MATSUKURA et al. 2007; HENN; PICCININI; GARCIA, 2008).

Quanto ao suporte social recebido, os resultados encontrados por Matsukura e colaboradores (2007) mostraram que mães com filhos com deficiência (seja esta mental, física ou problemas de aprendizagem e/ou de comportamento), possuem uma rede suportiva menor, quando comparadas as demais mães que possuem filhos sem deficiência (MATSUKURA, 2001). Este resultado talvez seja explicado, pelo fato dessas mães se dedicarem quase exclusivamente aos cuidados dispensados aos filhos, restando desse modo, pouco tempo para interações sociais, manutenção e ampliação de suas redes de apoio (SILVA; DESSEN 2003; SOUZA; BOEMER, 2003; MIETTINEN, 2012).

Marini e colaboradores (2010) apontam algumas variáveis que influenciam como fatores agravantes na intensidade da sobrecarga em familiares e cuidadores de pacientes psiquiátricos infantis, como exemplo, a dificuldade de adequação dos serviços de saúde mental as necessidades reais dessa clientela, como também, a indisponibilidade de redes sociais que forneçam suporte a estas famílias. Estas variáveis corroboram com outras pesquisas desenvolvidas (DESEN; SILVA, 2001, 2002, 2003, 2004; MAJUMDAR; PEREIRA; FERNANDES, 2005; SALVO; SILVARES, 2005) que apontam a falta de acesso por parte dos familiares e cuidadores a serviços de informações e programas de apoio, que forneçam

subsídios efetivos para que estas famílias aprendam a lidar de forma mais adaptativa com as situações por elas vividas.

Os grupos de suporte e orientação para pais de crianças com deficiência intelectual, tem se mostrado de grande relevância nesse aspecto, pois além de contribuir com o acesso a informação a respeito do quadro apresentado pela criança, favorecem um espaço para estes pais compartilharem suas emoções e preocupações. Este acolhimento diminui o isolamento social e a falta de apoio que é sentida, além de contribuir com a ampliação da rede social, propicia novas possibilidades de enfrentamento e trocas (BELLE; ANDREAZZA; RUSCHEL; BOSA 2009; SILVA; DESSEN 2001; MAJUMDAR; PEREIRA; FERNANDES, 2005; MOREIRA, 2010; SALVO; SILVARES, 2005).

O suporte social é fator de suma importância no enfrentamento de situações complexas. Segundo Siqueira (2008) o suporte social pode se constituir não apenas como variável capaz de proteger, como também, promover a saúde mental. Cupertino e seus colegas (2006) mostram a importância do suporte social, como medida profilática ao estresse e sintomas depressivos durante as fases do desenvolvimento humano, inclusive na velhice (ARAÚJO, 2003).

2.2 - Estilo Parental e Indicadores de Saúde Mental

O processo relacional entre pais e filhos, é um sistema bastante complexo e de mútua influência, que tem despertado interesse de pesquisadores na área da psicologia nos últimos tempos, especialmente no que diz respeito às estratégias desenvolvidas pelos pais a fim de orientar o comportamento dos filhos, chamadas de práticas educativas (CIA; PAMPLIN; WILLIAMS, 2008; GOMIDE, 2005, 2006; WEBER et al., 2003, 2004, 2006). Benetti e colaboradores (2003) mostram em sua pesquisa que as estratégias adotadas pelos pais na educação de seus filhos, são mediadas por vários fatores, dentre eles, as características psicológicas parentais que somadas ao contexto familiar e qualidade do relacionamento, poderão servir como moduladores para manifestações psicopatológicas. Ainda salienta que a ocorrência de eventos estressores no seio familiar por tempo prolongado, poderá enfraquecer a qualidade das interações entre seus membros, intensificando as chances para acometimentos psiquiátricos (BENETTI, 2010).

Gomide (2005), Sampaio e Gomide (2007) ao discorrem sobre práticas parentais, apontam sete práticas educativas que compõem o estilo parental, e define estilo parental como um conjunto de práticas educativas que os pais utilizam na interação e educação de seus filhos. Sendo que cinco delas estão ligadas ao desenvolvimento de comportamento antissocial, e duas ao desenvolvimento de comportamento pró-sociais, a saber:

Práticas Positivas:

- Monitoria positiva: A base da monitoria positiva é constituída pelo amor e o apoio dos pais aos seus filhos, especialmente nos momentos em que a criança tem maior necessidade. Ainda envolve atenção e conhecimento por parte dos genitores, em relação às atividades realizadas pelos filhos. Este funcionamento propicia um ambiente seguro e favorável ao desenvolvimento infantil, afastando a necessidade da fiscalização estressante por parte dos pais.
- Comportamento moral: Refere-se aos valores transmitidos aos filhos, como honestidade, generosidade e senso de justiça. Através de modelos positivos e em um clima de afeto, os pais ajudam os filhos a discriminarem o que é certo e o que é errado.

Práticas Negativas:

- A monitoria negativa ou estressante: Gera um clima familiar hostil, pelo exagero de fiscalização e vigilância por parte dos pais em relação aos filhos, e pelo excesso e repetição de instruções que não são seguidas por estes. O filho por outro lado, evita falar com os pais sobre assuntos particulares a fim de proteger sua privacidade.
- Punição inconsistente: Quando os pais reforçam ou punem o comportamento do filho de acordo com o seu humor, ou seja, a depender do humor dos pais o mesmo comportamento poderá ser permitido ou punido. Desse modo, a criança aprende a discriminar o humor dos pais para comportar-se, deixando de aprender e, portanto discriminar, se o seu comportamento foi ou não adequado.
- Disciplina relaxada: As regras estabelecidas não são cumpridas, e os pais ao se depararem com o comportamentopositor e agressivo do filho, fazem ameaças e se omitem em fazer valer as regras estabelecidas. A exposição constante a esta

prática, favorece ao desenvolvimento e manutenção de comportamentos delinquentes (BOLSONI-SILVA; SALINA-BRANDÃO; VERSUTI-STOQUE, 2008; FERREIRA; MATURANO, 2002; GOMIDE; CARVALHO, 2003).

- Abuso físico: Caracteriza-se por machucados ou dor, causado pelos pais aos seus filhos, sob a justificativa de educá-los, podendo causar ferimentos ou marcas na pele. Sampaio e Vieira (2010) salientam em seus estudos, que a negligência e abuso físico, estão associados a comportamentos anti-sociais de crianças e adolescentes. Cupertino e colaboradores (2006) encontraram relação significativa, entre abuso físico e depressão na fase da vida adulta e velhice.
- Negligência: é caracterizada pela interação familiar sem afeto, os pais não percebem as necessidades dos filhos, são ausentes e não responsáveis. Desse modo, os filhos não recebem o auxílio que deveriam, e passam a desenvolver sentimentos de insegurança e vulnerabilidade. Crianças negligenciadas comportam-se de forma apática e agressiva, provavelmente este comportamento está relacionado ao pobre apego dos pais em relação aos filhos (GOMIDE, 2005; SAMPAIO; GOMIDE, 2007).

A demonstração de afeto combinado com ambiente favorável e práticas educativas positivas (GOMIDE, 2007), também é apontada no estudo de For-Wey e Bih-Chind (2012), como fator de proteção ao desenvolvimento infantil. Estas interações, principalmente entre mãe e filho, estimulam a aquisição da linguagem e comunicação no processo de desenvolvimento da criança. Ainda facilita a aquisição de novos comportamentos e o desenvolvimento de habilidades sociais (CARDOZO; SOARES, 2010; CIA et al., 2006, 2007, 2008).

Trenas, Cabrera e Osuna (2008), ao pesquisarem e analisarem a relação entre estilos parentais de pais de crianças com TDAH salientam que o afeto combinado a estilos parentais adequados, é caracterizado como preditor e fator de proteção ao desenvolvimento e aquisição de habilidades sociais em crianças. Além disso, um ambiente familiar onde os pais estejam em comum acordo no que diz respeito às estratégias empregadas na educação dos filhos, facilita e colabora com o desenvolvimento da autoestima da criança, refletindo de modo positivo nas suas interações sociais. A autoestima pode evitar o isolamento, impedindo, por exemplo, que a criança com TDAH seja rejeitada pelos seus pares. Entretanto, a disciplina inconsistente e a monitoria negativa, são caracterizadas como preditores para hiperatividade.

Neste tipo de funcionamento, a afetividade e comunicação entre pais e filhos foram pontuadas como baixa (JOHNSTON; MASH, 2001; WEBER; BRANDENBURG; VIEZZER, 2003, 2004).

Um estudo experimental realizado com famílias de crianças com idades entre 9 e 10 anos de idade, diagnosticadas com TDAH do tipo combinado e sem TDAH, investigou o contexto familiar, a percepção e sentimentos dos pais em relação aos filhos. Os resultados indicaram que o tipo combinado de TDAH possuía forte associação com funcionamento familiar inadequado, como problemas maritais, brigas constantes entre irmãos, além dos pais se sentirem inaptos para lidar com o comportamento criança (PRESENTACION et al. 2006).

Formiga (2011) salienta em seu estudo, a influência de estilos parentais positivos na formação da identidade de adolescentes e jovens. As práticas parentais estão relacionadas não apenas a dinâmica e organização psicológica e sócio-comunicativa entre os membros da família, elas também facilitam a identificação com estes pares, servindo como fator protetivo resultando em um melhor desenvolvimento psicossocial.

Soriano-Frasseto e colaboradores (2010) ao realizarem um estudo piloto, investigaram e compararam os estilos parentais, e as práticas educativas de pais com crianças com TDAH do tipo combinado e do tipo predominantemente desatento. Observaram que a punição inconsistente está associada ao TDAH do tipo combinado. Sabe-se que esta prática é caracterizada pela falha em usar de modo eficaz a punição, e se encontra dependente do humor dos pais. Assim, a criança não aprende a discriminar a forma correta de agir tomando como base o comportamento moral dos pais, antes, aprende a discriminar e comportar-se de acordo com o humor destes (PRUST; GOMIDE, 2007; GOMIDE, 2006; RINHEL-SILVA; CONSTANTINO; RONDINI, 2012).

Comportamento moral se dá através da identificação e interações humanas, essencialmente pelas normas e valores transmitidos pelo modelo parental (GOMIDE, 2001). Esta prática educativa inclui crenças positivas sobre o trabalho, empatia, ações honestas, generosidade, sentimento de culpa, vergonha e ausência de comportamentos antissociais (LOOS; FERREIRA; VASCOCELOS, 1999; MAIA; WILLIAMS, 2005). Estudos têm demonstrado correlação positiva entre estilos parentais adequados e o comportamento moral pró-social da criança e do adolescente (CECCONELLO; ANTONI; KOLLER, 2003; D'ABREU; MATURANO, 2010; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; GARCIA-SERPA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006; SALVO; SILVARES; TONI, 2005). De acordo com estes estudos, o comportamento moral é uma das variáveis que inibem o desenvolvimento de

comportamentos antissociais, favorece o desenvolvimento da empatia que é uma das variáveis inversas a comportamentos agressivos (PAVARINE; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). Desse modo, Prust e Gomide (2007) descrevem em seu trabalho que o comportamento moral dos pais, está fortemente associado ao desenvolvimento do comportamento moral dos filhos e, portanto são incompatíveis com a violência e agressão.

Taylor e colaboradores (2012) e Darbyshire e colaboradores (2012) em suas pesquisas, apontam que bem-estar psicológico e apoio social estão relacionados, e que as características do ambiente e a qualidade do apoio recebido pela família é mediador entre saúde psicológica, e desempenho de relações parentais positivas. Ainda sugere que existe forte relação entre contexto familiar, suporte social e depressão (GUILHERME; MATTOS; SERRA-PINHEIRO, 2007).

Cecconello e Koller (2003) e Murta (2005, 2007) reforçam em seus estudos que habilidades sociais, têm sido reconhecidas como fator de proteção durante o desenvolvimento humano. Por este motivo, programas para treinamento de habilidades sociais têm sido desenvolvidos com o objetivo de melhorar as relações e interações humanas, especialmente entre pais e filhos, colaborando com uma melhor qualidade de vida. O treinamento de habilidades sociais consiste em identificar excessos, ou déficits de comportamentos, crenças distorcidas e respostas emocionais que estejam contribuindo para a emissão de comportamentos não adequados, ou socialmente não habilidosos (BOLSONI-SILVA; MATURANO, 2002; CIA; PEREIRA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2007; PINHEIRO; HAASE; AMARANTE 2006; SILVA; MURTA, 2009).

Habilidades Sociais Educativas Parentais é um conjunto de habilidades sociais dos pais, aplicáveis à prática educativa dos filhos, como por exemplo, o estabelecimento de regras claras e limites que podem eliciar uma classe de respostas e mudanças de comportamento, visando à promoção de interações e o desenvolvimento de habilidades sociais (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MATURANO, 2008; MURTA, 2005; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001).

Para Del Prette, Del Prette (2001) as habilidades educativas estão associadas às práticas parentais, e estão voltadas de modo intencional para a promoção do desenvolvimento e aprendizagem formal e informal do outro. Cia e colaboradores (2006) ressaltam que a aprendizagem das habilidades sociais, ocorre primeiramente na infância através da família, posteriormente se estende aos demais âmbitos de cunho social, como o escolar e comunitário.

Neste sentido, pesquisas (BOLSONI-SILVA et al., 2008; CIA; PAMPLIN; DEL PRETTE, 2006;) demonstram a importância da qualidade da relação desenvolvida entre pais e filhos no processo de identificação de modelos parentais positivos. Nos estudos de Melo; Silveira (2003); Serra-Pinheiro; Guimarães; Serrano (2005) e Soares; Souza; Marinho (2004) foi possível perceber que o treinamento de habilidades educativas, fornece repertório para os pais ensinarem comportamentos desejáveis a seus filhos e modificarem os indesejáveis.

Martin e colaboradores (2012) realizaram uma pesquisa com pais de crianças e adolescentes com a Síndrome de Williams Beuren, a fim de avaliar habilidades sociais, práticas educativas parentais e a qualidade de vida. Os resultados mostraram que a prática parental positiva predominante no grupo avaliado, foi a monitoria positiva. Contudo, em práticas parentais como punição inconsistente, negligência e disciplina relaxada, a pontuação foi abaixo da média, colocando estas famílias no grupo de risco. Quanto ao índice de habilidades sociais, quase metade da amostra do trabalho de Martin e colaboradores (2012) apresentou pontuação abaixo da média, indicando um repertório de habilidades sociais deficitárias e inadequadas. Sendo recomendando a estes pais, a inserção em programas de treinamento para aquisição de comportamentos mais adaptativos e melhoria de qualidade de vida (CECCONELLO; KOLLER, 2003; MARTIN et al., 2012).

Resultados semelhantes também foram encontrados por Gomide (2005). Em sua pesquisa verificou que famílias com índice de estilo parental negativo, possuem habilidades sociais abaixo da média. De acordo com Gomes (2001), Silveira e Wagner (2012) comportamentos antissociais na infância, adolescência e idade adulta, possuem como preditores práticas educativas inadequadas no que diz respeito à disciplina, monitoramento, fracasso escolar e rejeição entre pares. A identificação de habilidades sociais como fator de proteção, tem estimulado intervenções voltadas para a aprendizagem dessa prática com populações clínicas e não clínicas (ROSIN-PINOLA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2007; CECCONELO; KOLLER, 2003).

2.3 - Síndrome de Williams Beuren

A Síndrome de Williams-Beuren (SWB), foi descrita inicialmente em 1961 e 1962 pelos cardiologistas Williams e Beuren de forma independente. Estes cardiologistas observaram condições médicas específicas e estenose aórtica supravalvar, associada a atraso mental em

seus pacientes (BEUREN 1962; BONINI; PALAZZI; CHACCUR; SOUSA 2010; WILLIAMS 1961).

O fenótipo da SWB possui um amplo espectro, isso se explica, devido uma microdeleção no braço longo do cromossomo 7 (7q11. 23) ocasionando a perda de aproximadamente 20 a 23 genes (DUTRA et al. 2012). O diagnóstico clínico da SWB é feito geralmente na infância através de características faciais típicas e alterações cardíacas congênitas (ROSSI; MORETTI-FERREIRA; GIACHETI, 2006). Contudo, a confirmação só ocorre após a realização do estudo citogenético FISH – *fluorescent in situ hybridization* ou através de marcadores polimórficos (SUGAYAMA e cols. 2003). Estes métodos são usados para detectar a microdeleção no 7q. Considerando a variação do fenótipo clínico, a confirmação através destes métodos torna-se essencial, especialmente no primeiro ano de vida, onde o quadro-clínico pode ser mascarado devido o amplo espectro de anomalias apresentadas (DEUTSCH; ROSSE; SCHWARTZ, 2007; SUGAYAMA; KOCH; FURUSAWA et al. 2004; SUGAYAMA et al. 2007).

A SWB é geralmente esporádica com incidência de aproximadamente 1:20.000 até 1:50.000 nascidos vivos com prevalência acima de 1:7.500 nascidos vivos sem preferência étnica ou de sexo e com baixa recorrência familiar. Embora casos familiares esporádicos sejam encontrados com aparente herança autossômica (BERG et al. 2007; DUTRA et al. 2012; MEYER-LINDERBERG; MERVIS; BERMAN, 2006).

O fenótipo inclui anomalias faciais caracterizadas por bochechas proeminentes, narinas antevertidas, filtro nasal longo, boca grande com lábios espessos e proeminência periorbitária (ROSSI; MORETTI-FERREIRA; GIACHETI, 2007). Anomalias cardíacas também fazem parte do quadro, sendo a mais frequente a estenose aórtica supravalvar associada à estenose da artéria pulmonar (ADAMS; SCHMAIER, 2012; SUGAYAMA et al., 2003). A deleção afeta o gene da elastina que promove a elasticidade dos grandes vasos, intestinos, pulmões e pele (DEUTSCH; ROSSE; SCHWARTZ, 2007; ROSSI MORETTI-FERREIRA; GIACHETI 2007). Hipertensão sistêmica, hiperacusia e hipercalcemia também são características do quadro (ROSSI; MORETTI-FERREIRA; GIACHETI; 2006; MARTENS; WILSON; REUTENS, 2008).

O perfil neuro-cognitivo da SWB é descrita “como picos e vales” devido a uma preservação no funcionamento linguístico e social que contrastam com o profundo comprometimento cognitivo e viso-espacial. A deficiência mental na SWB possui variação

entre leve e moderada (BELLUGI et al. 2000; GONÇALVES; PEREZ; HENRIQUES. PRIETO; LIMA; FUSTER; SOUSA, 2004; ROSSI; SOUZA; FERREIRA; GIACHETI, 2009). Pessoas com SWB geralmente são muito falantes e sociáveis. Entretanto esta aparente desenvoltura linguística e social segundo Gonçalves e colaboradores (2004) não indica um alto funcionamento cognitivo geral, contrariamente a isto, pessoas com SWB apresentam graus variados de deficiência intelectual e acentuados déficits nas aptidões de resolução de problemas, raciocínio espacial e motricidade fina (GONÇALVES; PEREZ; HENRIQUES et al. 2005; MARTINEZ-CASTILLA; SOTILLO; CAMPOS, 2011).

Na tentativa em preencher as falhas linguísticas com o interlocutor, fazem uso de recursos comunicativos como clichês, entonações, efeitos sonoros e pausa de preenchimento do espaço comunicativo e ecolalia (TEIXEIRA et al., 2010). Rossi, Moretti-Ferreira e Giacheti (2007) ressaltam que estes recursos, estão relacionados à limitação linguística que acaba por comprometer a estrutura e coerência da narrativa. Sendo o desempenho na linguagem expressiva melhor que na receptiva (ROSSI, 2010; TEIXEIRA et al., 2010), esta característica falante leva a falta de inibição com interlocutores desconhecidos apontando transgressão nas regras sócio-comunicativas, observadas em pessoas que possuem distúrbio específico de linguagem (ROSSI; MORETTI-FERREIRA; GIACHETI; 2006, 2007).

Além das habilidades com a linguagem e dificuldades cognitivas específicas, indivíduos com SWB são pouco seletivas em seus relacionamentos interpessoais, não discriminando estranhos de conhecidos. São sensíveis em perceber os sentimentos dos outros e geralmente se relacionam melhor com adultos do que com seus pares (MARTENS; WILSON; REUTENS, 2008). Distúrbios psiquiátricos como fobias, depressão, transtorno generalizado de ansiedade e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), dentre outros, também podem estar associados à SWB, exigindo intervenção multidisciplinar que abarque não somente o indivíduo com a síndrome, como também sua família (ALMEIDA, 2010; CARDOSO – MARTINS, 2006; MARTENS; WILSON; REUTENS, 2008; LEYFER; WOODRUFF-BORDEN; KLEIN-TASMAN et al. 2006; NOGUEIRA et al. 2007; ROSSI; MORETTI-FERREIRA; GIACHETI, 2006, 2007, 2009, 2010).

2.4 - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

De acordo com Fernandes (2001) o tema Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um dos temas que desperta mais interesse e causa mais controvérsia. Foi descrito pela primeira vez em 1902 por George Still, um pediatra que caracterizou um grupo de crianças por ele atendidas como portadoras de uma síndrome relacionada ao “defeito de conduta moral”. Estes pacientes eram inquietos, impulsivos, incapazes de estarem atentos e realizarem atividades que exigiam concentração, também eram caracterizados como pessoas indisciplinadas com comportamentos antissociais (BARBOSA 1995). Em 1940 passou a ser denominada como “lesão cerebral mínima”. Em 1962 a terminologia foi modificada para “disfunção cerebral mínima”, logo que os sintomas não estavam associados a uma lesão cerebral, sendo melhor relacionada a disfunções em vias nervosas (RHODE e HALPERN, 2004).

A nomenclatura do transtorno sofreu mais de vinte e cinco alterações até chegar a atual classificação em psiquiatria “Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade” segundo o Manual de Diagnostico Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM- IV-TR) da Associação Americana de Psiquiatria (APA). (FERNANDES 2001).

De acordo com Rhode e Halpern (2000 e 2004) embora os sistemas modernos de classificação psiquiátrica possuam nomenclaturas diferentes, como “Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade” no DSM-IV, e Transtornos Hipercinéticos na CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), existem mais similaridades em suas diretrizes diagnosticas do que diferenças. Assim sendo, usaremos como base classificatória o DSM - IV (APA, 2002).

O TDAH de acordo com a 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, (APA, 2002), possui um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade, mais grave e frequente quando observados indivíduos em equivalente nível de desenvolvimento. Geralmente este transtorno é diagnosticado pela primeira vez na idade escolar, e sua prevalência gira em torno de 3-6% (BALBINO-PEIXOTO; PEREIRA-RODRIGUES, 2012; ROHDE; BENCZIK, 1999; ROHDE; HALPERN, 2004). Com evolução crônica que repercute em diversos contextos, como o social, educacional e relacional em outras fases do desenvolvimento (KESSLER; ADLER; BARKLEY et al., 2006).

O TDAH causa grande impacto na família, sendo assim necessário compreender os fatores que influenciam a sua expressão e sintomatologia, bem como, as consequências para a criança e sua família (KUNRATH; WAGNER; JOU, 2006). O TDAH é estimado como uma das

principais causas de encaminhamento de crianças para atendimento no sistema de saúde, sendo um dos transtornos mais diagnosticados durante a infância e adolescência (GUILHERME; MATTOS et al. 2006; ROHDE; MATTOS, 2004; SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

Quanto ao gênero, estudos têm demonstrado prevalência populacional entre meninos e meninas aproximadamente de 2: 1 até 9: 1 em estudos clínicos (ROHDE; HALPERN, 2004). Esta diferença pode estar relacionada ao fato das meninas apresentarem mais o tipo predominantemente desatento, causando menos incômodo as suas famílias e escola sendo, portanto, menos encaminhadas a tratamentos (COUTINHO; MATTOS; ARAÚJO, 2007; COUTINHO, et al. 2009; FARAONE; SERGEANT; GILLBERG et al., 2003).

Contudo, deve-se atentar para o diagnóstico de TDAH quando a hiperatividade, o aumento de distração e baixa concentração ou impulsividade afetam o desempenho escolar, o comportamento em casa e as relações sociais. O diagnóstico é embasado na história clínica, com sintomas definidos e avaliação do contexto onde ocorrem os sintomas, assim como sua duração (ANDRADE, 2003; ANDRADE; SILVA; FILHO, 2011; PEIXOTO-BALBINO; PEREIRA-RODRIGUES, 2012). Os sintomas devem ter sido observados nos últimos seis meses em ambientes diferentes, de modo que estes sinais, não sejam correlacionados com eventos ambientais que expliquem seu aparecimento (SANTOS; VASCONCELOS, 2010). Deve-se ainda considerar, os possíveis comprometimentos clínicos e consequências no desenvolvimento do indivíduo. Transtornos neurológicos e psiquiátricos também devem ser descartados (DSM-IV-TR, 2002; MATTOS et al. 2006; ROHDE; HALPERN, 2004).

O TDAH possui características de padrões comportamentais que envolvem sintomas de desatenção/hiperatividade/impulsividade. Dessa tríade surgem os subtipos: TDAH predominantemente Desatento; TDAH predominantemente Hiperativo/Impulsivo e o TDAH Combinado (ROHDE; BENCZIK, 1999; ROHDE; HALPERN, 2004). No predominantemente Desatento, observam-se dificuldades no empenho e execução de tarefas que envolvem esforço e concentração, como também, relutância em engajar-se nestas atividades. Mudanças constantes no assunto que está sendo tratado e dificuldade em manter a atenção no que está dito, também é observado (SIQUEIRA; LOVISI, 2004). Andrade e Chilre (2004) apontam maior frequência encontrada deste subtipo em meninas, que geralmente apresentam baixa autoestima e timidez o que colabora para menor relacionamento com seus pares e isolamento social.

Na Hiperatividade/Impulsividade o agir sem pensar a agitação motora com dificuldade em parar sentado, fala em demasia, dificuldade para envolver-se em atividade lúdicas e

permanecer em silêncio são sinais característicos (APA, 2002). As crianças com este subtipo costumam ter mais problemas sociais e frequentemente sofrem mais rejeição pelos companheiros (MACHADO, 2007; PASTURA; MATTOS; ARAUJO, 2005; ROHDE; HALPERN, 2004). O subtipo combinado além de apresentar sintomatologia dos outros subtipos, traz maior prejuízo no funcionamento global e elevado risco para comorbidades. Rohde e Mattos (2003) ressaltam que as crianças com o tipo combinado, possuem comprometimentos sociais bem maiores, quando comparados aos outros subgrupos (APA, 2002; D'ABREU; MARTURANO, 2010).

Fatores psicossociais associados ao TDAH foram apontados no estudo desenvolvido por Vasconcelos e colaboradores (2005), ao avaliar 403 alunos entre 6-15 anos de idade. Dentre os resultados encontrados com maior grau de significância, apontam a exposição da criança a discórdias conjugais, comportamento de violência e eventos traumáticos ocorridos na família, durante o desenvolvimento da infância. Outros fatores ambientais também têm sido associados ao TDAH, e incluem exposição ao álcool e tabaco durante o período gestacional, estresse emocional ou adversidade familiar durante a gestação e baixo peso ao nascer (<1,500 g), encefalite, hipoxemia, trauma e exposição ao chumbo (ANDRADE; SILVA; FILHO, 2011).

O tratamento do TDAH requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo intervenções psicoterápicas e tratamento farmacológico (quando necessário), com a participação de pais, educadores, profissionais da saúde, além da própria criança (ANDRADE; SCHEUER, 2004; CAVADAS et al. 2007; HARPIN, 2005). A avaliação e o tratamento devem levar em consideração os altos índices de comorbidades que têm sido observados no diagnóstico de TDAH, sendo as mais frequentes o Transtorno de Conduta e o Transtorno Opositor Desafiante (SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

1. Comparar indicadores de saúde mental (problemas emocionais e de comportamento, qualidade de vida e suporte familiar) e estilos parentais (de acordo com a classificação de GOMIDE, 2006) entre pais de crianças e adolescentes com SWB e com TDAH;

3.2 Objetivos Específicos

2. Descrever o perfil comportamental e indicadores de saúde mental em pais de crianças e adolescentes com SWB e TDAH;
3. Caracterizar os estilos parentais em pais de crianças e adolescentes com SWB e TDAH;
4. Identificar a percepção da qualidade de vida e suporte familiar em pais de crianças e adolescentes com SWB e TDAH;
5. Comparar e correlacionar os indicadores descritos acima entre pais de crianças e adolescentes com SWB e TDAH.

4- MÉTODO

4.1 – Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva correlacional. Os estudos descritivos observam, analisam e correlacionam fatos e/ou fenômenos, sem manipulá-los. Através da investigação busca com a maior precisão possível, descobrir com que frequência um fenômeno ocorre, assim como, sua relação e conexão com outros. Os estudos desta natureza têm como objetivo, descrever características de determinada população e fenômeno, para tanto, lança mão da coleta e análise de dados, a fim de responder questões levantadas. Confia na medição estatística, para estabelecer padrões de comportamento de uma determinada amostra que represente o universo estudado (GIL, 2002; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

4.2 – Participantes

Tomaram parte nessa pesquisa pais de crianças e adolescentes com SWB e pais de crianças e adolescentes com queixas de déficit de atenção e hiperatividade. Os grupos serão descritos detalhadamente a seguir

Grupo SWB

Este grupo é composto por 24 pais que possuem filhos, com diagnóstico clínico e citogenético-molecular da Síndrome de Williams-Beuren (SWB), confirmado através do método de hibridização *in situ* por fluorescência (FISH). Os critérios para inclusão na amostra, não fizeram restrição quanto à classificação socioeconômica das famílias, assim como gênero, idade e escolaridade tanto dos pais como das crianças. Foram selecionados de acordo com o protocolo de intervenção de um programa de suporte de treino de práticas parentais e habilidades sociais para pais de crianças com SWB (MARTIN, 2011), no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (PPGDD), na Universidade Presbiteriana Mackenzie. Parte da amostra (N=13) foi incorporada por conveniência a partir do estudo de MARTIN (2011), sendo ampliada para dar conta das análises necessárias. Os demais participantes (N=11) foram rastreados através de pesquisas desenvolvidas com essa população no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (PPGDD), na Universidade Presbiteriana Mackenzie. Na tabela 1 observa-se a caracterização da amostra.

Quadro 1A: Caracterização dos participantes do grupo (SWB) quanto a idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, cidade em que mora e classe socioeconômica.

Partic.	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Est. Civil	Nº Filhos	Cidade/UF	Classe Socioeconômica
1	42	F	Superior Completo	Do Lar	Casada	2	Osasco-SP	B2
2	41	M	Médio Completo	Vigilante	Casado	4	São Paulo-SP	B1
3	46	F	Superior Completo	Professora – não exerce	Casada	2	Atibaia-SP	B1
4	61	F	Médio Cursando	Costureira – autônoma	Divorciado	3	São Paulo-SP	C
5	51	F	Médio Completo	Do Lar	Casada	6	São Paulo-SP	C
6	36	F	Médio Completo	Do Lar	Casada	1	São Paulo-SP	B2
7	29	F	Médio Completo	Desempregado	Solteira	1	São Paulo-SP	C
8	23	F	Superior Incompleto	Vendedora-autônoma	Divorciado	2	Lidianópolis-PR	C
9	32	F	Superior Completo	Assistente Financeira	Casada	1	São Paulo-SP	B1
10	49	F	Médio Completo	Do Lar	Casada	3	Migrantinópolis – RD	D
11	28	F	Fundamental Completo	Do Lar	Casada	3	São Paulo-SP	D
12	47	F	Médio Incompleto	Do Lar	Casada	4	Mairiporã-SP	D

Quadro 1B: Caracterização dos participantes do grupo (SWB) quanto a idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, cidade em que mora e classe socioeconômica (Continuação).

Partic.	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Est. Civil	Nº Filhos	Cidade/UF	Classe Socioeconômica
13	53	M	Superior Completo	Engenheiro Civil	Casado	2	Itatiba-SP	B1
14	46	F	Fundamental Completo	Costureira – autônoma	Casada	3	São Paulo-SP	A2
15	27	F	Superior Completo	Supervisora Call Center	Solteira	1	São Paulo-SP	B2
16	24	F	Superior Incompleto	Bancária	Solteira	1	São Paulo-SP	B2
17	69	F	Médio Completo	Autônoma	Casado	2	São Paulo-SP	C1
18	38	F	Superior Completo	Dentista	Casada	2	São Paulo-SP	A2
19	24	F	Médio Completo	Do Lar	Casada	1	São Paulo-SP	C1
20	23	M	Superior Completo	Advogado	Casada	1	São Paulo-SP	A1
21	39	F	Superior Completo	Analista de Sistemas	Outro	1	São Paulo-SP	B1
22	25	F	Superior Incompleto	Do Lar	Casada	2	São Paulo-SP	A2
23	37	F	Fundamental Incompleto	Manicure-autônoma	Solteira	2	São Paulo-SP	C1
24	48	F	Superior completo	Empresária-autônoma	Casada	2	São Paulo-SP	A

Os quadros 1A e 1B indicam que 87,5% (n=21) da amostra é composta pelo sexo feminino e apenas 12,5% (n=3) pelo masculino. A faixa etária dos pais (n=8) que corresponde a 33,3% da amostra e se encontra na faixa etária entre 23 e 29 anos de idade, 20,8% (n=5) se encontram na faixa entre 32 e 39 anos. Entre 41 e 49 anos 29,2%, (n=7) sendo que 8,3% (n=2) se encontram na faixa etária entre 51 e 53 anos de idade. A mesma porcentagem da amostra (8,3%) se encontra na faixa dos 61 69 anos de idade (n=2).

Quanto à escolaridade, pode-se observar que 33,3% dos participantes (n=8) possuem ensino superior incompleto e de 16, 7% superior completo (n=4). Concluiu o ensino médio 29,2% (n=7) e 8,3% deixou de concluir (n=2). Constatando que 8,3% do grupo (n=2) terminaram o ensino fundamental e 4, 2% (n=1) não concluíram esta etapa de seus estudos.

Aqueles que trabalham fora de casa representam 37,5% da amostra (n=9), sendo que 33,3% (n=8) relatam dedicar tempo integral a família e aos afazeres domésticos, sendo esta porcentagem representada apenas pelas mulheres. Trabalham como autônomos em tempo parcial 25% (n=6) dos participantes, também representado pelo público feminino, dedicando boa parte do seu tempo à família e aos afazeres domésticos. Apenas 4,2% da amostra (n=1) se encontra desempregado.

Em relação à composição familiar do grupo de pais 37,3% (n=9) possuem apenas um filho e 33,3% (n=8) dois filhos, 16,7% (n=4) três filhos, apenas 12,5% (n=3) da amostra possuem quatro a seis filhos. Quanto ao estado civil dos pais, pode-se observar que a maioria 70,8% (n=17) possui o estado civil de casados, 8,3% (n=2) são divorciados e 16,7% (n=4) representado pelo público feminino são solteiras e se encontram na faixa etária entre os 24 – 29 anos de idade, 4,2% (n=1) relatam não se encaixar em nenhum perfil civil aqui descrito.

A maioria dos pais 75% (n=18) que participaram deste estudo reside em São Paulo e 16,7% (n=4) no interior da Capital e apenas 8,3% (n=2) moram em outros estados. De acordo com o modelo da ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (em anexo), a classe socioeconômica do grupo é representada por 20,8% (n=5) para as classes: A; A1 e A2. Para a classificação B1 e B2 32,5% (n=9) representam a amostra, 29,2% (n=7) para as classes C a C1 e apenas 12,5% (n=3) dos participantes estão situados na classe D de acordo com a Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP-2000).

Grupo TDAH

Este grupo foi selecionado através do protocolo de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica, para crianças e adolescentes com queixa de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, realizado no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (PPGDD), na Universidade Presbiteriana Mackenzie (CARREIRO TEIXEIRA; SCHWARTZMAN, 2011). A amostra é composta por 30 pais de crianças e adolescentes com queixas de Déficit de Atenção e Hiperatividades (TDAH). Os pais e seus filhos foram incluídos na amostra independente de gênero, faixa etária e escolaridade. Não houve restrição quanto à classificação socioeconômica das famílias participantes neste trabalho.

Como critérios de inclusão na amostra, as crianças e adolescentes cujos pais foram avaliados deveriam ter sinais característicos de déficit de atenção e hiperatividade, compatíveis com os escores clínicos do Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de seis a 18 anos - CBCL 6/18 e Formulário para Professores – TRF 6/18

(ACHENBACH; RESCORLA, 2001). Estes instrumentos (CBCL 6/18 e TRF 6/18) são respondidos pelos pais e professor.

Os instrumentos avaliam indicadores comportamentais nos últimos seis meses nas áreas social, escolar e realização de atividades, problemas emocionais e comportamentais da criança ou adolescentes, atribuindo a cada item 0 (para não verdadeiro), 1 (pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro) e 2 (muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro). A classificação varia de acordo com a padronização do instrumento entre clínico, limítrofe e normal. Os valores para inclusão no grupo devem ser de limítrofe ou clínico para problemas de déficit de atenção e hiperatividade e/ou problemas de TDAH em ambos os inventários. Na tabela 2 observa-se a caracterização do grupo de pais que possuem filhos com TDAH.

Quadro 2A: Caracterização dos participantes do grupo (TDAH) quanto a idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, cidade em que mora e classe socioeconômica.

Partic.	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Est. Civil	Nº Filhos	Cidade/UF	Classe Socioeconômica
1	42	F	Superior Incompleto	Autônoma-Depiladora	Casada	1	Vila Formosa SP	B2
2	46	F	Superior Completo	Analista de Sistema	Casada	2	São Paulo -SP	A1
3	43	F	Superior Completo	Assistente Social	Casada	2	São Paulo -SP	B2
4	45	F	Superior Completo	Do Lar	Casada	4	Ipiranga-SP	B1
5	40	F	Médio Completo	Recepcionista	Casada	2	Jardim Iracema-SP	B2
6	36	F	Médio Completo	Do lar	Casada	1	São Paulo-SP	B2
7	48	F	Superior Completo	Agente de viagens	Solteira	3	Jardim São Paulo-SP	B1
8	39	F	Médio Completo	Comerciante	Casada	2	Pirituba-SP	B1
9	35	F	Superior Completo	Do lar	Casada	3	Jardim Louzane-SP	B1
10	44	F	Superior Completo	Professora	Casada	1	Santa Cecilia-SP	A1
11	40	F	Médio Completo	Do lar	Casada	1	São Paulo-SP	B2
12	33	F	Fundamental Incompleto	Do lar	Casada	3	Jardim Miriam-SP	C1
13	29	F	Superior Completo	Agente Escolar	Casada	2	Casa Verde-SP	B1
14	46	F	Médio Completo	Recepcionista	Casada	2	Butantã-SP	C1
15	39	F	Superior Completo	Dentista	Casada	1	São Paulo-SP	A2

Quadro 2B: Caracterização dos participantes do grupo (TDAH) quanto a idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, cidade em que mora e classe socioeconômica (Continuação).

Partic.	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Est. Civil	Nº Filhos	Cidade/UF	Classe Socioeconômica
16	41	F	Médio Completo	Do Lar	Casada	2	São Paulo-SP	B1
17	46	F	Médio Completo	Recepcionista	Casada	2	São Paulo-SP	C2
18	32	M	Superior Completo	Designer	Casado	1	São Paulo-SP	B1
19	41	F	Superior Completo	Musicista	Casada	4	São Paulo-SP	B1
20	51	F	Superior Completo	Professora	Casada	1	São Paulo-SP	A2
21	41	F	Superior Completo	Professora	Casada	2	São Paulo-SP	A2
22	40	F	Superior Completo	Administradora	Casada	2	São Paulo-SP	A2
23	36	F	Superior Completo	Professora	Casada	3	São Paulo-SP	A2
24	45	F	Médio Completo	Do Lar	Casada	2	São Paulo-SP	B1
25	41	F	Superior Incompleto	Do Lar	Casada	1	São Paulo-SP	B1
26	57	F	Fundamental Incompleto	Auxiliar de Cozinha	Casada	1	São Paulo-SP	C2
27	32	F	Fundamental Incompleto	Autônoma-vendedora	Casada	1	São Paulo-SP	B2
28	66	M	Superior Incompleto	Desempregado	Casado	3	São Paulo-SP	D
29	37	F	Superior Completo	Promoter	Casada	2	São Paulo-SP	B2
30	37	F	Médio Completo	Autônomo	Casada	2	São Paulo-SP	B2

O quadro 2A e 2B representam os dados sociodemográficos do grupo de pais com filhos do grupo TDAH sendo que a maioria 53,3% (n=16) se encontra na faixa etária entre 42 e 48 anos e 33,3% (n=10) entre 32 e 39 anos de idade. Entre os 51 e 57 anos 6,7% (n=2), na faixa etária dos 66 anos de idade 3,3% (n=1) e apenas um (3,3%) possui 29 anos de idade.

Pode-se observar que 93,3% (n=28) pertencem ao sexo feminino e 6,7% (n=2) ao masculino. Quanto à escolaridade 50,0% (n=15) dos participantes possuem ensino superior

completo e 10% (n=3) superior incompleto, a mesma porcentagem 10% (n=3) representa o grupo de pais que possuem o ensino fundamental incompleto e 30% (n=9) possuem ensino médio completo. Para o ensino médio incompleto e fundamental completo a porcentagem é de 0,0% (n=0).

A amostra representa pelo grupo que trabalha fora de casa é de 63,3% (n=19), 23,3% (n=7) representado pelo público feminino, dedica tempo integral aos afazeres domésticos e a família, sendo que 10% (n=3) são autônomas representadas também pelo gênero feminino, apenas 3,3% da amostra representada pelo gênero masculino se encontra desempregado.

Quanto ao estado civil dos participantes 96,7% (n=29) são casados e 3,37% (n=1) para solteiros, representado pelo sexo feminino. Quanto à composição familiar 40,0% (n=12) do grupo possuem dois filhos e 36,7% (n=11) apenas um filho, 16,7% (n=5) três filhos e 6,7% (n=2) quatro filhos. A idade dos filhos é de 8-11 anos de idade para 46,7% (n=14) da amostra e 26,7% (n=8) para filhos com a faixa etária entre 6-8 anos, 16,7% (n=5) possuem filhos na faixa etária entre 12-13 anos e 10,0% (n=3) entre 15-16 anos de idade.

Os participantes desta pesquisa 100,0% (n=30) moram em São Paulo – Capital. Segundo o modelo de critério de classificação econômica Brasil adotado pela ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa, 2000) conforme anexo, a classe socioeconômica do grupo é representada por 63,0% (n=18) para as classes: B1 e B2. Para a classificação A1 e A2 23,3% (n=7) representam a amostra, 13,3% (n=4) para as classes C a C1 e apenas 3,3% (n=1) dos participantes estão situados na classe D de acordo com a Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP-2000).

4.3 Instrumentos

Inventário de Percepção de Suporte Familiar – (IPSF): O inventário é indicado para pessoas entre 11 a 57 anos de idade, contém 42 afirmações relacionadas a situações familiares. Cada participante foi instruído a marcar a frequência em que cada situação ocorre em sua família. O objetivo é avaliar o quanto as pessoas percebem o apoio/suporte que recebem de sua família em três esferas: afetividade, autonomia e adaptação entre seus membros. A pontuação obtida foi transformada em percentil e classificada como baixo, médio-baixo, médio-alto ou alto (BAPTISTA 2009).

Inventário de Estilos Parentais (IEP): As práticas que constituem o IEP são avaliadas através de seis questões cada, totalizando 42 questões, relacionadas a sete práticas educativas, sendo duas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e 5 negativas (monitoria negativa, punição inconsistente, disciplina relaxada, negligência e abuso físico). O IEP é composto por três escalas, às questões são adaptadas de acordo com o respondente. Na primeira escala que foi utilizada nesta pesquisa, as práticas educativas maternas e paternas, foram respondidas pelos pais, e se referem às práticas educativas adotadas por estes em relação ao filho (autoaplicação). Na segunda escala o filho responde sobre as práticas educativas paternas. Na última escala o filho responde, sobre as práticas educativas maternas. O índice de estilo parental é obtido através da soma das práticas positivas, subtraindo-se deste total a soma das práticas negativas. Estes resultados variam entre: Estilo Parental Excelente (+24) e estilo parental de extremo risco: (- 60). Encontrando-se o valor percentual, é possível observar a qualidade do estilo parental dominante, que é fornecido através de uma tabela (GOMIDE, 2006).

Inventário de Auto-avaliação para Adultos de 18- 59 anos / Adult Self – Report – ASR de Achenbach e Rescorla (2001): OASR contém 126 itens que permitem gerar escalas e perfis como: - Escala das funções adaptativas relacionadas a amigos, família, trabalho, companheiro e educação. - Perfil das síndromes que inclui problemas relacionados à ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento agressivo, comportamento de quebrar regras e comportamento intrusivo. - Perfil das escalas orientadas pelo DSM que incluem problemas de depressão, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas de personalidade evitativa, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, problemas de personalidade antissocial. - Escala de Problemas Internalizantes, composta pela soma dos escores dos problemas ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas (incluídos no perfil das síndromes). - Problemas Externalizantes que inclui a soma dos problemas referentes a comportamento de quebrar regras, comportamento agressivo e comportamento intrusivo (incluídos no perfil das síndromes) e a Escala sobre abuso de substâncias. Com o auxílio do programa *Assessment Data Manager 7. 2*, os escores brutos do ASR, são convertidos e ponderados (Escore T). O escore T permite as seguintes classificações: Problemas de comportamento, escores de 65-69 (Limítrofe). ≥ 70 (Clínico) e Normal para escores abaixo de 65. Na escala de comportamentos adaptativos os escores T, classificam abaixo de 30 para normal; 30 – 35, limítrofe e acima de 35 para clínico. Nesta pesquisa se fará uso apenas das

Escalas das Síndromes, considerando a proposta de estudo aqui enfatizada (ACHENBACH & RESCORLA, 2001).

Instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL - *bref*”: desenvolvido pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, O Whoqol – *bref* é composto por 26 perguntas, sendo duas perguntas gerais, relacionadas à qualidade de vida e as demais, representam as 24 facetas divididas em quatro domínios do Whoqol – 100: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL - *bref*, é uma versão reduzida do Whoqol- 100 sendo um instrumento de rápida aplicação, ainda assim, preserva suas características psicométricas (FLECK et al., 2000). Este instrumento objetiva saber como os pais sentem em relação a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida.

4.4 Procedimentos

O público alvo desta pesquisa faz parte de um projeto mais amplo do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (PPGDD), da Universidade Presbiteriana Mackenzie. A coleta de dados e seleção para esta amostra foi realizada nas dependências do referido Programa, onde projetos de pesquisa sobre a Síndrome de Williams- Beuren funcionam. Treze (N=13) dos vinte e quatro (N=24) participantes advêm do protocolo do programa de suporte e treino de práticas parentais para pais de crianças com essa síndrome. Os demais participantes (N=11) foram rastreados no citado centro, através de outras pesquisas desenvolvidas com o público infante-juvenil com SWB.

Os participantes do grupo TDAH que compõem a amostra para esta pesquisa, também fazem parte do referido Programa (PPGDD), onde é desenvolvido um protocolo de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças com queixa de TDAH. Para a aplicação dos protocolos, tanto no primeiro quanto no segundo grupo, os pais e seus respectivos filhos, foram convidados a comparecerem á clínica do programa citado.

Três encontros com duração de 45 minutos em média cada, sendo dois para a avaliação e o terceiro para devolutiva aos cuidadores, foram agendados com os pais de ambos os grupos.

A aplicação dos instrumentos utilizados nesta pesquisa foi realizada no mesmo local, dia, data e hora em que os pais, traziam seus filhos para avaliação infantil. Evitando dessa

forma, que os pais ou cuidadores, tivessem que disponibilizar mais tempo para se deslocarem até a clínica do centro da Pós, a fim de atenderem o preenchimento do protocolo destinado a eles.

Os pais convidados que aceitaram participar da pesquisa, ao trazerem seus filhos para avaliação, eram convidados para uma sala à parte pelos responsáveis em aplicar os instrumentos. Após a leitura audível da Carta de Informação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua assinatura, os responsáveis apresentavam o objetivo proposto pela pesquisa e os instrumentos que seriam usados. Apesar dos instrumentos serem autoaplicáveis, os responsáveis permaneciam no local da aplicação durante todo tempo, a fim de esclarecer quais quer dúvidas, ou até mesmo auxiliar aqueles participantes que apresentavam alguma dificuldade em entender o que estava sendo pedido nos instrumentos.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie através do Processo nº 1302/11/2010 e CAAE nº 0110.0.272.000-10. Os participantes receberam a Carta de Informação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme requerimentos éticos de pesquisa com seres humanos, que foi lida para apreciação e assinada.

4.5 Análise dos Dados

Os dados obtidos nesta pesquisa através dos instrumentos de avaliação foram analisados de modo quantitativo, de acordo com seus manuais e comparados com a sua amostra de padronização. Inicialmente os dados foram descritos de modo qualitativo apresentando-se os resultados de cada instrumento por grupo, posteriormente foram analisadas as semelhanças e diferenças entre estes e, como tais características se apresentaram entre os grupos. Foram realizadas também, análises de correlação para verificar associações entre os diferentes instrumentos dentro dos grupos.

5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados da seguinte modo: primeiro serão apresentados os resultados de todos os instrumentos para o grupo TDAH e depois para o grupo SWB. Posteriormente serão feitas as comparações dos instrumentos entre os dois grupos, estabelecendo suas similaridades e diferenças.

5.1 GRUPO TDAH

5.2 Inventário de Estilos Parentais (IEP)

A seguir apresentaremos os resultados do IEP do grupo TDAH. Os dados foram tabulados de acordo com as descrições do manual e serão relatados descritivamente.

No Gráfico 1 observa-se os resultados das duas práticas positivas, a saber: Monitoria Positiva e Comportamento Moral. Na prática de Monitoria Positiva 43,3% (n=13) do grupo de pais demonstram uma prática ótima, 36,7% (n=11) estão acima da média e 10,0% dos participantes (n=3) abaixo da média, obtiveram a mesma pontuação 10,0% (n=3) aqueles classificados no grupo de risco. Para Comportamento Moral 36,7% (n=11) dos participantes classificaram como ótimo e 40,0% (n=12) acima da média, 10,0% (n=3) abaixo da média, e 13,3% (n=4) ficaram no grupo considerado de risco.

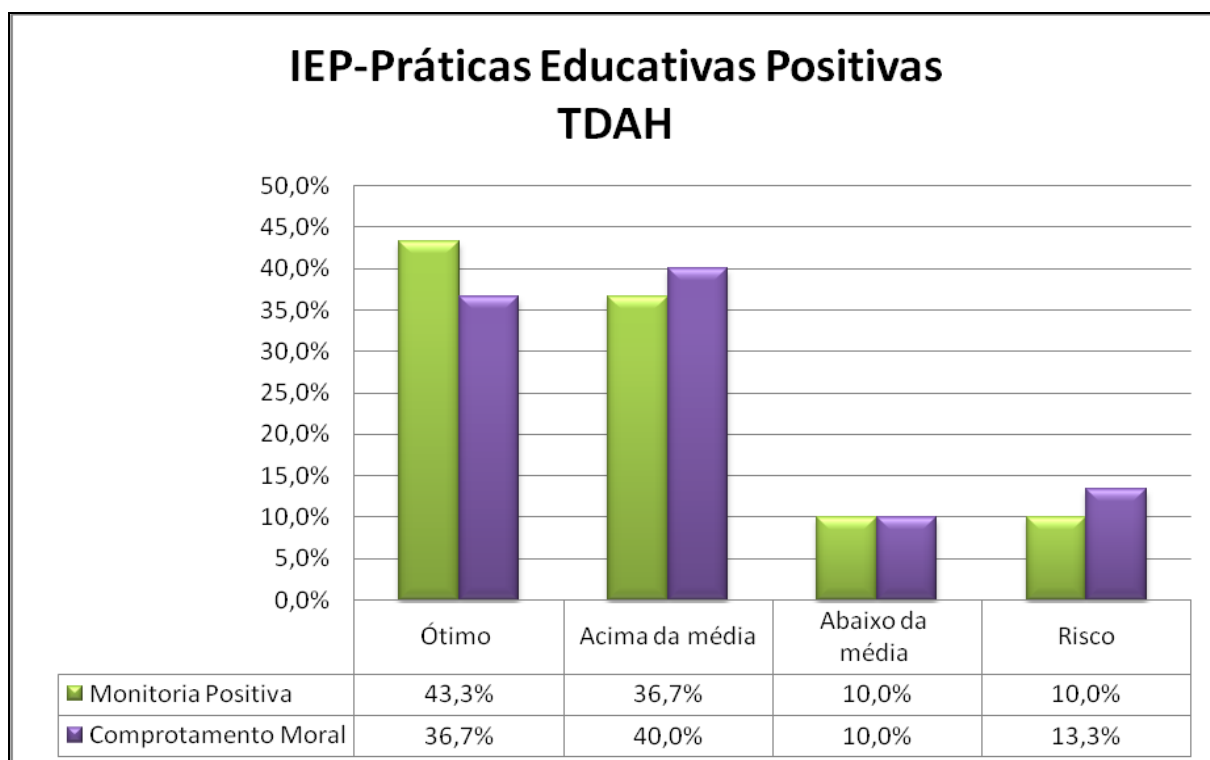


Gráfico 1: Resultado da avaliação do grupo TDAH das práticas educativas positivas do Inventário de Estilo Parental (IEP) de Gomide.

O Gráfico 2 apresenta os resultados para as cinco práticas negativas. Para a prática de Punição Inconsistente 26,7% (n=8) do grupo de pais TDAH (n=30) tiveram desempenho ótimo, 33,3% (n=10) se encontram acima da média, 20,0% (n=6) abaixo da média e a mesma pontuação de 20,0% (n=6) para o grupo de risco.

O grupo classificou em 16,7% (n=5) para estilo parental ótimo em Negligência, sendo que 30,0% (n=9) obteve desempenho acima da média e 23,3% (n=7) abaixo da média, contudo, 30,0% (n=9) dos participantes pontuaram no grupo de risco nesta prática. Na Prática Disciplina Relaxada 23,3% (n=7) dos pais revelaram desempenho ótimo e 20,0% (n=6) pontuou acima da média. Percebemos que nesta prática 30,0% (n=9) dos pais classificaram abaixo da média e 26,7% (n=8) indicaram prática parental de risco.

Na Prática de Monitoria Negativa apenas 20,0% (n=6) dos participantes pontuaram como ótimo e 30,0% (n=9) se encontram acima da média, 20,0% (n=6) classificaram abaixo da média e 30,0% (n=9) revelaram estilo parental de risco. Na prática Abuso Físico 20,0% (n=6) do grupo possuem ótimo desempenho, 3,3% (n=1) estão acima da média, 16,7% (n=5) dos participantes se encontram abaixo da média e 60,0% (n=18) dos pais possuem estilo parental de risco.

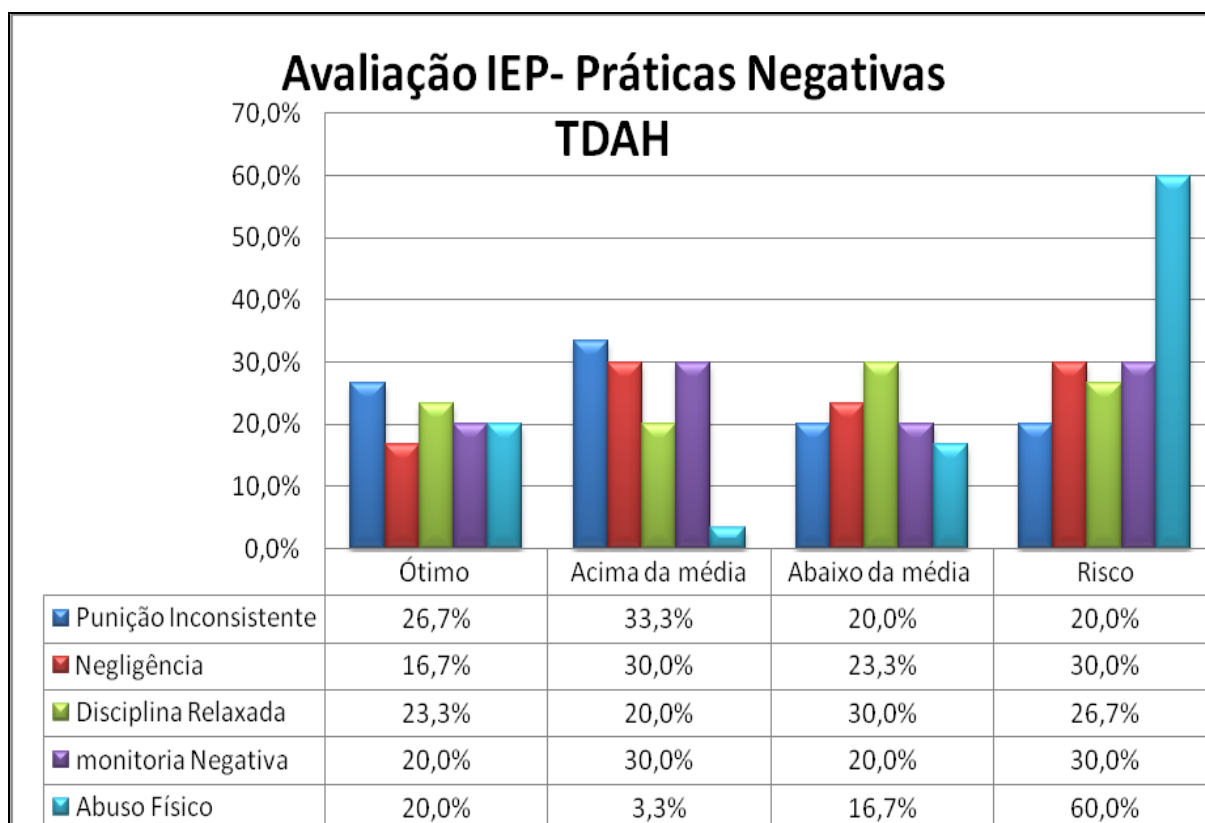


Gráfico 2: Resultado da avaliação do grupo TDAH das práticas educativas negativas do Inventário de Estilo Parental (IEP) de Gomide.

A classificação Total do IEP encontra-se no Gráfico 3. No Inventário de Estilos Parentais (IEP) – Total, apenas 10,0% (n=3) dos 24 pais do grupo (SWB) classificaram com desempenho ótimo, 26,7% (n=8) ponturam acima da média, 20,0% (n=6) abaixo da média e a maioria dos participantes revelaram estilo parental de risco, representando 43,3% (n=13) do grupo.

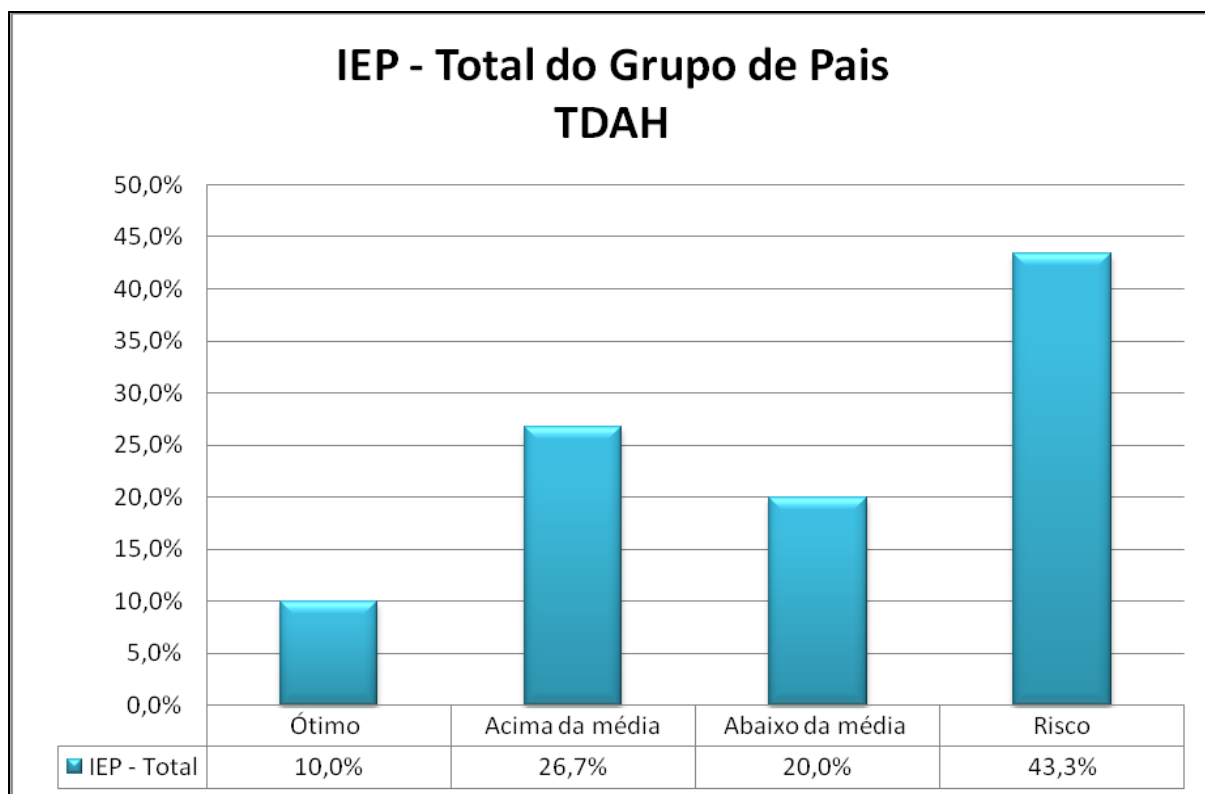


Gráfico 3: Resultado da avaliação total do Inventário de Estilo Parental (IEP) do grupo de pais TDAH.

A seguir, no quadro 3A e 3B mostraremos os resultados individuais da avaliação do IEP – Inventário de Estilos Parentais de Gomide (2006). Encontram-se em destaque as classificações abaixo da média e risco de cada participante. Todos os participantes encontram-se na mesma ordem entre os diferentes instrumentos, o que permite comparações, caso seja necessário.

De todos os participantes (n=30), verificamos que na prática Monitoria Positiva vinte e quatro pais, possuem práticas adequadas (acima da média e ótima) e seis possuem práticas não adequadas (abaixo da média e risco). No índice de Comportamento Moral (n=30) é possível observar que vinte e três pais possuem desempenho adequado e sete apresentam práticas não adequadas com classificação entre média baixa e risco.

Quadro 3A: Avaliação por participante do grupo TDAH - Práticas Educativas Positivas (IEP) - Monitoria Positiva – Comportamento Moral.

Participante	Monitoria Positiva			Comportamento Moral		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	12	80-99	Ótimo	10	55-65	Acima da média
2	10	40-55	Abaixo da média	9	40-50	Abaixo da média
3	12	80-99	Ótimo	12	90-99	Ótimo
4	12	80-90	Ótimo	10	55-65	Acima da média
5	8	20-25	Risco	9	40-50	Abaixo da média
6	11	60-75	Acima da média	10	55-65	Acima da média
7	11	60-75	Acima da média	11	70-85	Ótimo
8	12	80-99	Ótimo	11	70-85	Acima da média
9	10	40-55	Abaixo da média	7	20-25	Abaixo da média
10	12	80-90	Ótimo	12	90-99	Ótimo
11	12	80-90	Ótimo	10	55-65	Acima da média
12	12	80-90	Ótimo	10	55-65	Acima da média
13	10	40-55	Abaixo da média	6	15	Risco
14	5	1-5	Risco	5	10	Risco
15	12	90-99	Ótimo	12	90-99	Ótimo

Quadro 3B: Avaliação por participante do grupo TDAH - Práticas Educativas Positivas (IEP) - Monitoria Positiva – Comportamento Moral (continuação).

Participante	Monitoria Positiva			Comportamento Moral		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
16	11	60-75	Acima da média	11	70-85	Ótimo
17	11	60-75	Acima da média	12	90-99	Ótimo
18	7	25-30	Acima da média	8	35-45	Acima da média
19	12	85-99	Ótimo	6	15	Risco
20	8	20-25	Risco	5	10	Risco
21	11	60-75	Acima da média	8	30-35	Acima da média
22	12	85-99	Ótimo	12	90-99	Ótimo
23	11	60-75	Acima da média	9	40-50	Acima da média
24	11	60-80	Ótimo	10	55-65	Acima da média
25	11	60-75	Acima da média	12	90-99	Ótimo
26	10	40-55	Acima da média	8	30-35	Acima da média
27	11	70-85	Ótimo	9	40-50	Acima da média
28	10	40-55	Acima da média	12	90-99	Ótimo
29	12	99	Ótimo	12	99	Ótimo
30	11	60-75	Acima da média	12	99	Ótimo

No que diz respeito às cinco práticas negativas observa-se nos Quadros 4A e 4B que no total de participantes (n=30) na variável Monitoria Negativa, quinze pais pontuaram adequadamente com classificação entre ótimo e acima da média, e quinze apresentaram

práticas inadequadas (abaixo da média e risco). Na variável Negligência quatorze pais revelaram práticas adequadas (acima da média e ótima) e dezesseis mostraram desempenho abaixo da média e de risco.

Quadro 4A: Avaliação por participante do grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Monitoria Negativa – Negligência

Participante	Monitoria Negativa			Negligência		
	Score	Percentil	Classificação	Score	Percentil	Classificação
1	4	70-80	Acima da média	2	40-55	Abaixo da média
2	6	35-45	Abaixo da média	3	25-35	Abaixo da média
3	6	35-45	Abaixo da média	3	25-30	Abaixo da média
4	9	5	Risco	1	60-80	Acima da média
5	8	10-15	Risco	5	10	Risco
6	8	10-15	Risco	1	60-80	Acima da média
7	5	50-65	Acima da média	4	15-20	Risco
8	6	35-45	Abaixo da média	1	60-80	Acima da média
9	8	10-15	Risco	3	25-35	Abaixo da média
10	6	35-45	Abaixo da média	2	40-50	Abaixo da média
11	5	50-65	Acima da média	0	85-99	Ótimo
12	6	35-40	Abaixo da média	4	1	Risco
13	8	10-15	Risco	1	60-80	Acima da média
14	6	35-45	Abaixo da média	3	25-35	Abaixo da média
15	4	80	Ótimo	1	80-99	Ótimo

Quadro 4B: Avaliação por participante do Grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Monitoria Negativa – Negligência (continuação).

Participante	Monitoria Negativa			Negligência		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
16	10	1	Risco	4	15-20	Risco
17	11	1	Risco	3	25/35	Acima da média
18	3	70-75	Acima da média	6	15	Risco
19	6	5	Risco	6	35-45	Risco
20	4	70-80	Ótimo	2	40-55	Acima da média
21	4	70/80	Ótimo	6	35-45	Risco
22	6	35-45	Acima da média	0	85-99	Ótimo
23	5	50-65	Acima da média	1	60-80	Ótimo
24	9	5	Risco	3	25-35	Acima da média
25	4	70-80	Ótimo	2	40/-5	Acima da média
26	6	35-45	Acima da média	4	15-20	Risco
27	4	70-80	Ótimo	4	15-20	Risco
28	3	85-90	Ótimo	1	60-80	Acima da média
29	5	50	Acima da média	0	99	Ótimo
30	5	50	Acima da média	2	40-50	Abaixo da média

Nos Quadros 5A e 5B os resultados referentes à Disciplina Relaxada do total dos 30 participantes, observa-se que dezenove pais praticam estilos parentais adequados (ótimo e acima da média) e onze possuem práticas não adequadas (abaixo da média e risco). Na variável Punição Inconsistente do total dos 30 participantes, dezenove pais possuem práticas adequadas (ótimo e acima da média), e onze pais revelaram práticas não adequadas com classificação abaixo da média e risco.

Quadro 5A: Avaliação do por participante do Grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Disciplina Relaxada – Punição Inconsistente

Participante	Disciplina Relaxada			Punição Inconsistente		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	4	25-35	Abaixo da média	3	50-60	Acima da média
2	4	25-35	Abaixo da média	7	10	Risco
3	1	80-85	Ótimo	1	85-90	Ótimo
4	0	90-99	Ótimo	4	35-45	Abaixo da média
5	6	10	Risco	7	10	Risco
6	8	1-5	Risco	6	15	Risco
7	4	25-35	Abaixo da média	1	85-90	Ótimo
8	2	60-75	Acima da média	4	35-45	Abaixo da média
9	5	15-20	Risco	2	65-80	Acima da média
10	2	60-75	Acima da média	5	20-30	Abaixo da média
11	2	60-75	Acima da média	0	95-99	Ótimo
12	0	90-99	Ótimo	6	15	Risco
13	1	80-85	Acima da média	5	20-30	Abaixo da média
14	1	80-85	Ótimo	5	20-30	Abaixo da média
15	1	80-85	Ótimo	2	80-99	Ótimo

Quadro 5B: Avaliação por participante do grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Disciplina Relaxada – Punição Inconsistente (continuação).

Participante	Disciplina Relaxada			Punição Inconsistente		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
16	4	25-35	Acima da média	5	20-30	Acima da média
17	6	10	Risco	5	20-30	Acima da média
18	3	35-50	Acima da média	3	45-55	Acima da média
19	2	60-75	Acima da média	2	65-80	Acima da média
20	4	25-35	Acima da média	3	50-60	Acima da média
21	1	80-85	Ótimo	1	85	Ótimo
22	0	90-99	Ótimo	0	95-99	Ótimo
23	3	40-55	Acima da média	2	65-80	Ótimo
24	6	10	Risco	6	15	Risco
25	3	40-55	Acima da média	2	65-80	Ótimo
26	6	10	Risco	8	5	Risco
27	3	40-55	Acima da média	4	35-45	Acima da média
28	7	5	Risco	3	50-60	Acima da média
29	4	25	Acima da média	3	40	Acima da média
30	6	15-20	Risco	4	35-45	Acima da média

Nos Quadros 6A e 6B também é possível observar na prática Abuso Físico, do total dos 30 participantes, sete pais revelaram práticas adequadas (ótimo e acima da média), entretanto vinte e três pais mostraram práticas não adequadas com classificação abaixo da média e risco. No escore total IEP do total de 30 participantes, três pais mostraram desempenho ótimo, oito estão acima da média, seis abaixo da média e treze se encontram no grupo de risco.

Quadro 6A: Avaliação por participante do grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Abuso físico – Total.

Participante	Abuso Físico			Total		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	3	10	Risco	6	60	Acima da média
2	1	25-45	Abaixo da média	-3	20	Risco
3	1	25-45	Abaixo da média	12	85	Ótimo
4	5	5	Risco	3	45	Abaixo da média
5	6	5	Risco	-15	5	Risco
6	5	5	Risco	-7	10-15	Risco
7	1	25-45	Abaixo da média	7	65	Acima da média
8	1	25-45	Abaixo da média	9	75	Acima da média
9	2	15-20	Risco	-3	20	Risco
10	0	50-99	Ótimo	9	75	Acima da média
11	0	50-99	Ótimo	15	65	Acima da média
12	4	5-10	Risco	2	40	Abaixo da média
13	6	1-5	Risco	-7	10-15	Risco
14	5	5	Risco	-10	5-10	Risco
15	0	80-99	Ótimo	16	95-99	Ótimo

Quadro 6B: Avaliação por participante do Grupo TDAH - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Abuso físico – Total (continuação).

Participante	Abuso Físico			Total		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
16	3	10	Risco	-4	15-20	Risco
17	3	10	Risco	-5	15-20	Risco
18	4	10	Risco	-4	20-25	Risco
19	0	85-99	Ótimo	2	40	Abaixo da média
20	0	50-99	Ótimo	0	30	Abaixo da média
21	2	15-20	Risco	5	55	Acima da média
22	1	25-45	Acima da média	17	95-99	Ótimo
23	2	15-20	Risco	7	65	Acima da média
24	6	1-5	Risco	-9	10	Risco
25	4	5-10	Risco	4	50	Abaixo da média
26	0	50-99	Ótimo	-6	15	Risco
27	2	15-20	Risco	3	45	Abaixo da média
28	3	10	Risco	-5	15	Risco
29	4	5	Risco	8	10	Risco
30	1	25-45	Abaixo da média	5	55	Acima da média

5.3 Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)

A seguir os resultados do IPSF em suas três dimensões serão apresentados para o grupo TDAH. O Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) de acordo com Baptista (2009) possui como objetivo avaliar o quanto as pessoas percebem as relações familiares em três dimensões, a saber:

O primeiro fator Afetivo-Consistente está relacionando a expressão de afetividade entre os membros da família, incluindo comportamentos verbais e não verbais, como interesse, acolhimento, proximidade, respeito, interação, empatia, comunicação e estabelecimento de regras claras intrafamiliares. Ainda, a consistência de comportamentos e as verbalizações, como também, as habilidades na resolução de problemas. O segundo fator (Adaptação- Familiar) diz respeito a sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, como raiva, incompreensão, isolamento, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, relações, agressivas, percepção de competição entre os familiares. O terceiro e último fator é denominado de Autonomia que aponta relações de confiança, liberdade e privacidade entre a família (BAPTISTA 2009).

No Gráfico 4 pode ser visualizado os resultados do Inventário de Percepção de Suporte (IPSF) em suas três dimensões para o grupo de pais (n=30) com filhos dentro do

grupo TDAH. Pode-se observar que no fator Afetivo Consistente (F1) 43,3% dos pais (n=13) percebem como alto o suporte que têm recebido 16,7% (n=5) percebem como médio alto, 26,7% (n=8) percebem como médio baixo e 13,3% (n=4) percebem a afetividade entre os membros da família como baixo.

No fator Adaptação Familiar (F2) apenas 16,7% (n=5) dos pais percebem como alto a adaptação familiar, 3,3% (n=4) percebem como médio alto e o mesmo número (n=3) 3,3% percebem como médio baixo e 56,6% da amostra percebem como baixo o nível de adaptação familiar entre a família.

No terceiro fator ligado a autonomia em suas famílias (F3) 40,0% (n=12) percebem como alto, 20,0% (n=6) como médio baixo, 26,7% (n=8) como médio baixo e 13,3% (n=4) como baixo a autonomia em sua família.

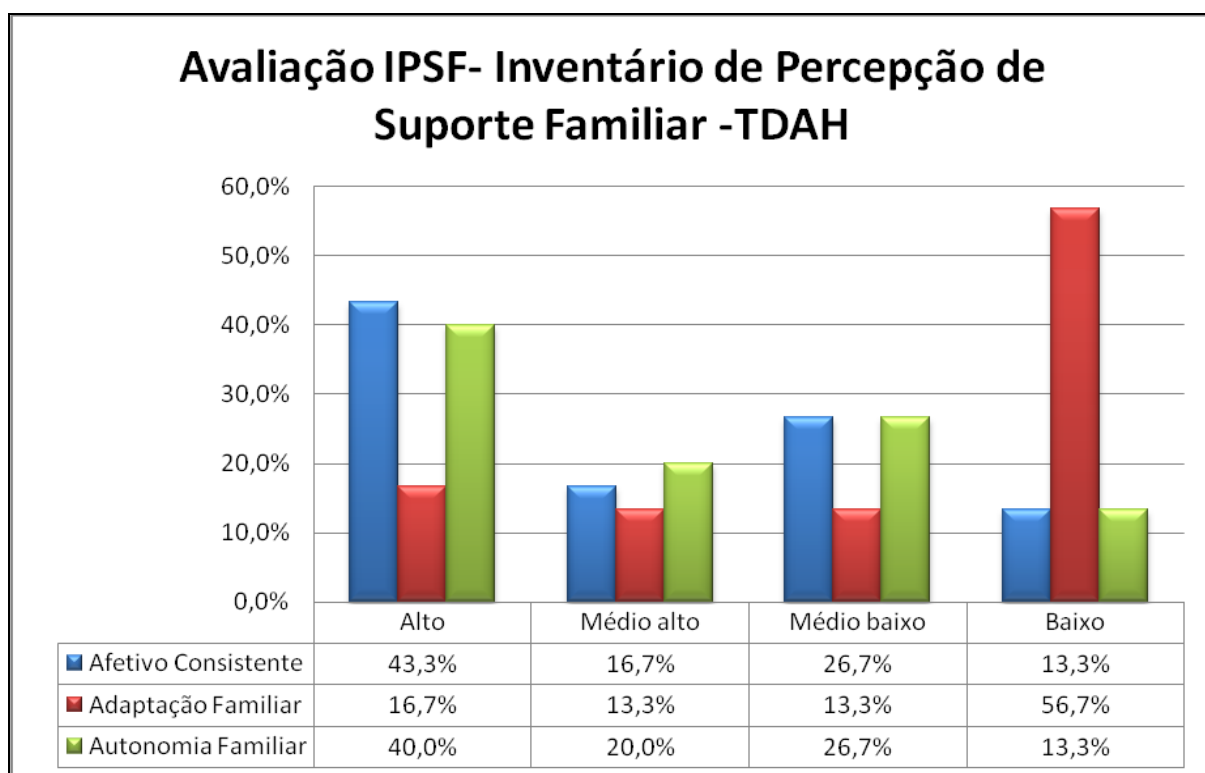


Gráfico 4: Resultados da avaliação do grupo de pais (TDAH) para o IPSF em suas três dimensões: Afetividade – Adaptação – Autonomia.

No Gráfico 5 apresentaremos os resultados do IPSF – Total do grupo de pais com filhos dentro do grupo TDAH. Observa-se que 20,0% (n=6) dos participantes percebem como alto o suporte recebido entre seus familiares. Percebem como médio alto 23,6% dos participantes (n=7), como médio baixo 13,3% (n=4) e como baixo 43,3% (n=13).

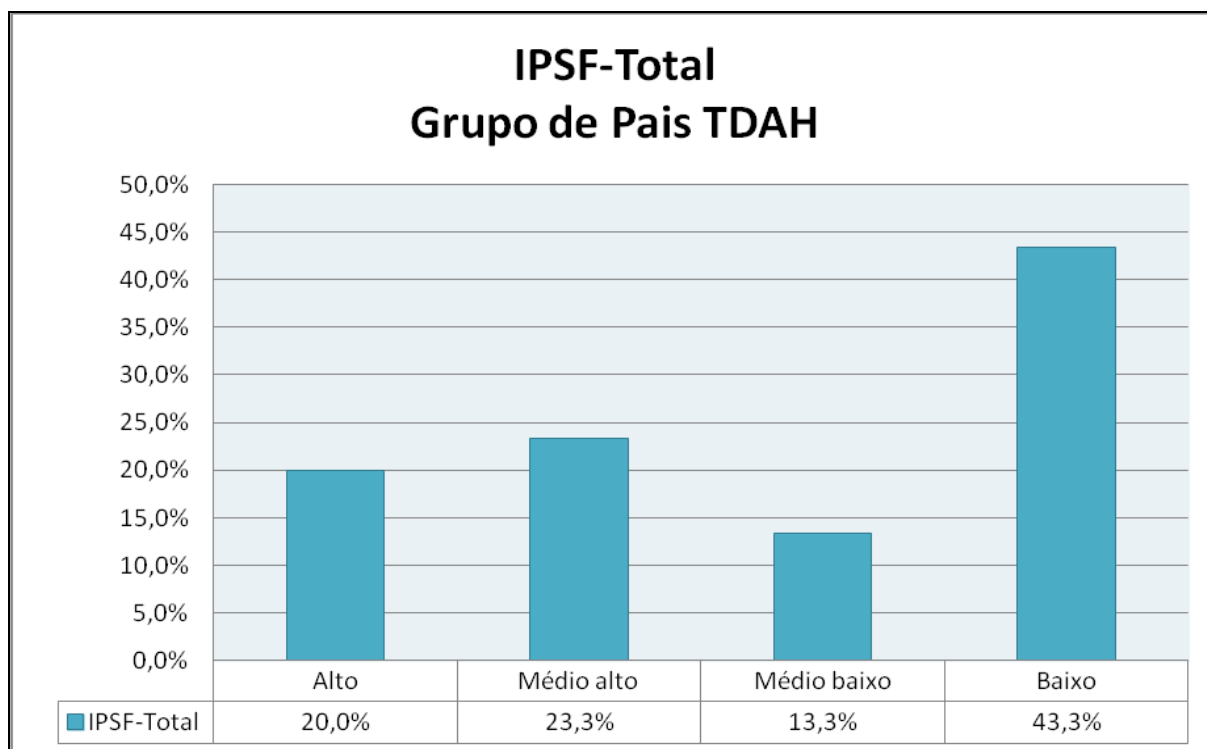


Gráfico 5: Resultados da avaliação do grupo de pais (TDAH) para o IPSF total – Inventário de Percepção de Suporte Familiar.

Descreveremos nos quadros 6A e 6B a avaliação por participante do IPSF do grupo de pais (n=30). Como pode se observar (n=14) pais do grupo no fator Afetivo-Consistente percebem como alto a afetividade entre os membros da família, como médio alto (n=4), como médio baixo (n=9) e como baixo (n=3). Em Adaptação-Familiar (n=5) pais perceberam como alto, (n=5) como médio alto, (n=3) como médio baixo e (n=17) como baixo.

Quadro 7A: Avaliação por participante do Grupo TDAH – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)- Fator afetivo-consistente e Adaptação familiar.

Participante	F1 - Afetivo-Consistente			F2 - Adaptação Familiar		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	36	80	Alto	22	50	Médio alto
2	37	90	Alto	24	70-75	Alto
3	40	90	Alto	25	80	Alto
4	36	80	Alto	22	50	Médio alto
5	23	25-30	Médio baixo	20	30	Médio baixo
6	25	30-40	Médio baixo	15	10	Baixo
7	33	70	Médio alto	22	50	Médio alto
8	34	75	Alto	25	80	Alto
9	37	90	Alto	24	70-75	Alto
10	29	50	Médio baixo	21	40	Médio baixo
11	34	75	Alto	26	90	Alto
12	36	80	Alto	23	60	Médio alto
13	32	60	Médio alto	23	60	Médio alto
14	18	10-20	Baixo	21	40	Médio baixo
15	35	75	Alto	3	10	Baixo

Quadro 7B: Avaliação por participante do grupo TDAH – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)- Fator afetivo-consistente e Adaptação familiar (continuação).

Participante	F1 - Afetivo-Consistente			F2 - Adaptação Familiar		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
16	41	90	Alto	6	10	Baixo
17	25	30	Médio baixo	15	10	Baixo
18	30	60	Médio alto	0	10	Baixo
19	35	75	Alto	2	10	Baixo
20	23	25-30	Médio baixo	0	10	Baixo
21	28	40-50	Médio baixo	2	10	Baixo
22	39	90	Alto	1	10	Baixo
23	36	80	Alto	1	10	Baixo
24	23	30	Médio baixo	11	10	Baixo
25	19	10-20	Baixo	7	10	Baixo
26	32	60	Médio alto	7	10	Baixo
27	27	40-50	Médio baixo	4	10	Baixo
28	13	10	Baixo	16	10	Baixo
29	36	80	Alto	7	10	Baixo
30	23	25	Médio baixo	9	10	Baixo

No Quadro 8A e 8B observa-se no fator Autonomia-Familiar que (n=13) pais percebem como alto a autonomia familiar e (n=5) como médio alto, (n=7) como médio baixo e (n=5) como baixo. Na avaliação total da percepção do suporte familiar em suas três dimensões (n=6) participantes perceberam como alto, (n=5) como médio alto, (n=6) como médio baixo e (n=13) como baixo o suporte familiar que recebem da família.

Quadro 8A: Avaliação por participante do grupo TDAH – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator Autonomia familiar e Total.

Participante	F3-Autonomia Familiar			Média F1- F2- F3		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	15	75-80	Alto	73	80	Alto
2	13	50	Médio alto	74	80	Alto
3	12	40	Médio baixo	77	90	Alto
4	11	30	Médio baixo	69	60-70	Médio alto
5	6	10	Baixo	49	10-20	Baixo
6	10	20-25	Médio baixo	50	20	Baixo
7	13	50	Médio alto	68	60-70	Médio alto
8	12	40	Médio baixo	71	75	Alto
9	15	75-80	Alto	76	90	Alto
10	15	75-80	Alto	65	50-60	Médio baixo
11	16	90	Alto	76	90	Alto
12	10	20-25	Médio baixo	69	60-70	Médio alto
13	8	10	Baixo	69	60-70	Médio alto
14	15	75-80	Alto	54	25	Médio alto
15	15	75-80	Alto	53	25	Médio baixo

Quadro 8B: Avaliação por participante do Grupo TDAH – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator Autonomia familiar e Total (continuação).

Participante	F3-Autonomia Familiar			Média F1- F2- F3		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
16	15	75-80	Alto	62	50	Baixo
17	14	60-70	Médio alto	54	25	Médio baixo
18	16	90	Alto	46	10	Baixo
19	16	90	Alto	53	20-25	Médio baixo
20	15	75-80	Alto	38	10	Baixo
21	16	90	Alto	46	10	Baixo
22	16	90	Alto	56	30	Médio baixo
23	12	40	Médio baixo	49	20	Baixo
24	13	50	Médio baixo	47	20	Baixo
25	15	75-80	Alto	41	10	Baixo
26	13	50	Médio alto	52	20	Baixo
27	9	10	Baixo	40	10	Baixo
28	5	10	Baixo	34	10	Baixo
29	14	60-70	Médio alto	57	30	Médio baixo
30	20	10	Baixo	42	10	Baixo

5.4 Avaliação da Qualidade de Vida (*Whoqol-bref*)

Para avaliar a qualidade de vida dos pais do grupo TDAH, utilizou-se o *Whoqol-bref* (FLECK et al., 2000). A análise dos dados foi realizada através do cálculo dos escores e estatística descritiva dos domínios e total no Microsoft Excel (PEDROSO et al., 2010).

O Gráfico 6 apresenta os resultados de qualidade de vida nos quatro domínios do *Whoqol-bref* (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente) do grupo de pais (TDAH). No que diz respeito ao primeiro domínio (Físico) é possível perceber que o nível de qualidade de vida do grupo encontra-se em 65,60%, para o domínio Psicológico o grupo pontuou em 64,31%, para Relações Sociais 65,83%, no que se refere ao ambiente 59,90% e no Total o grupo de pais apresentou uma percentagem de 63,56% de índice de qualidade de vida.

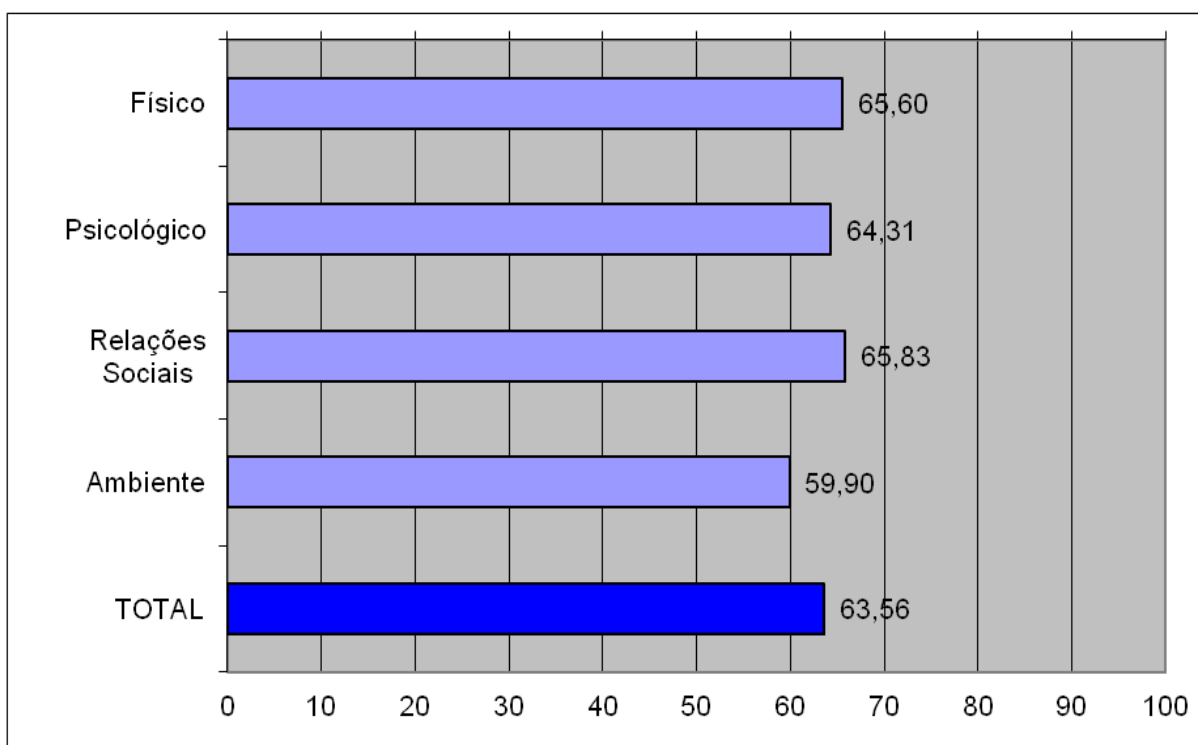


Gráfico 6: Resultados da Avaliação para qualidade de vida do grupo de pais com filhos com TDAH nos quatro domínios do *Whoqol-bref*: Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e Total.

5.5 Inventário de Auto - Avaliação para Adultos de 18/55 anos / *Adult self-report* – *ASR*.

Nos Gráficos (7, 8, 9) apresentaremos os resultados do Inventário de Auto - Avaliação para Adultos (*ASR*) para o grupo TDAH. O programa de análise (Assessment Data Manager (ADM 7.2B) gera diferentes perfis comportamentais a respeito do indivíduo avaliado, convertendo a pontuação bruta da escala do ASR 18/55 em escores *T*). Os escores *T* ao serem comparados com as amostras normativas, geram pontos de cortes que permitem criar três tipos de perfis comportamentais: Normal, Clínico e Limítrofe. No caso específico desse

trabalho serão analisados apenas os índices que compõe a escala das síndromes que fazem análise dos problemas internalizantes e externalizantes.

Observa-se que na escala das síndromes para problemas internalizantes 16,7% (n=5) dos participantes possuem perfil comportamental com classificação clínica para ansiedade e depressão, 13,3% (n=4) classificaram-se como limítrofes e 70,0% (n=21) como perfil comportamental na faixa normal. O perfil comportamental com classificação clínica para Isolamento foi de 13,3% (n=4), sendo a mesma porcentagem de 13,3% (n=4) para a classificação limítrofe e 73,3% (n= 22) para a faixa normal. Para Queixas Somáticas 66,7% (n=20) apresentaram perfil comportamental com classificação normal e 33,3% (n=10) classificaram-se como limítrofes. Não houve classificação de nenhum participante para o perfil comportamental com classificação clínica para Queixas Somáticas.

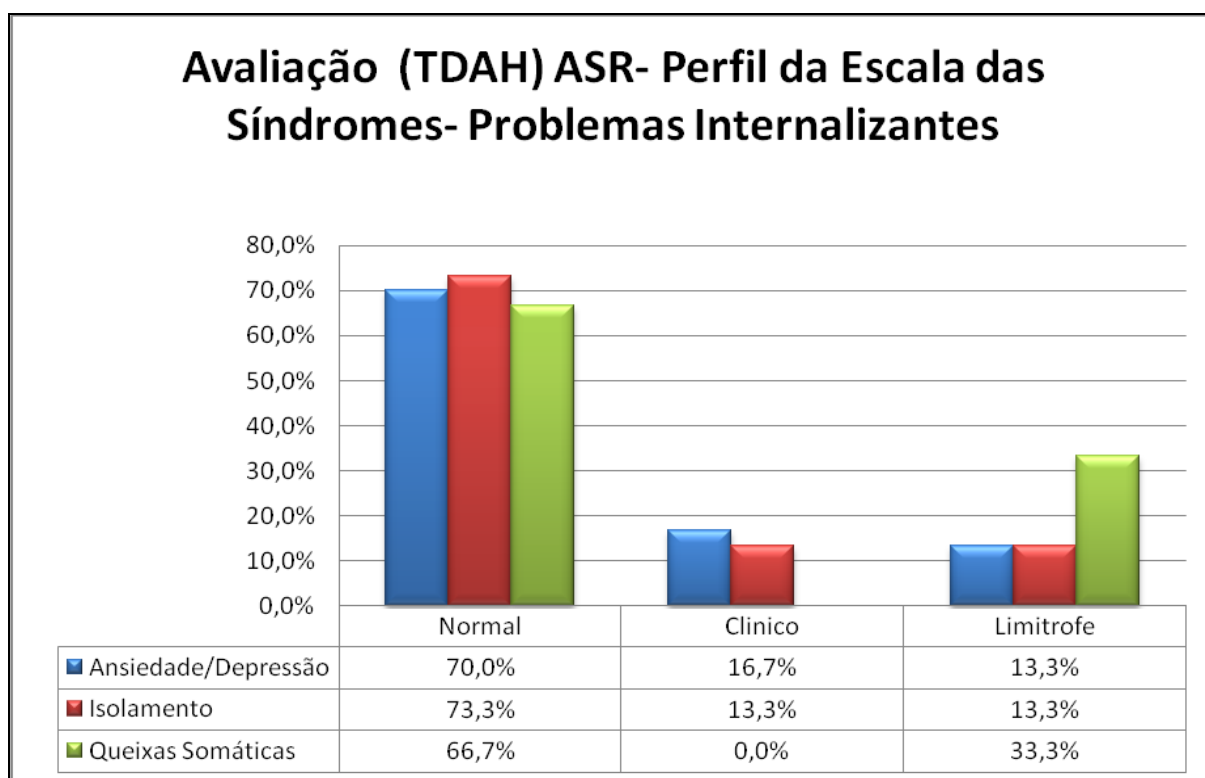


Gráfico 7: Perfil da Escala das Síndromes. Descrição dos resultados do grupo de pais (TDAH) para Problemas Internalizantes.

No Gráfico 8 observa-se que 90,0% (n=27) dos participantes do grupo de pais apresentaram perfil comportamental dentro da classificação normal para a escala de Problemas com o Pensamento, 10,0% (n=3) classificou na faixa limítrofe. Nenhum participante do grupo classificou como clínico. Para a escala de Problemas de Atenção 90,0%

(n=27) revelou perfil comportamental com classificação normal, 6,7% (n=2) classificou como clínico e apenas 3,3% (n=1) como limítrofe.

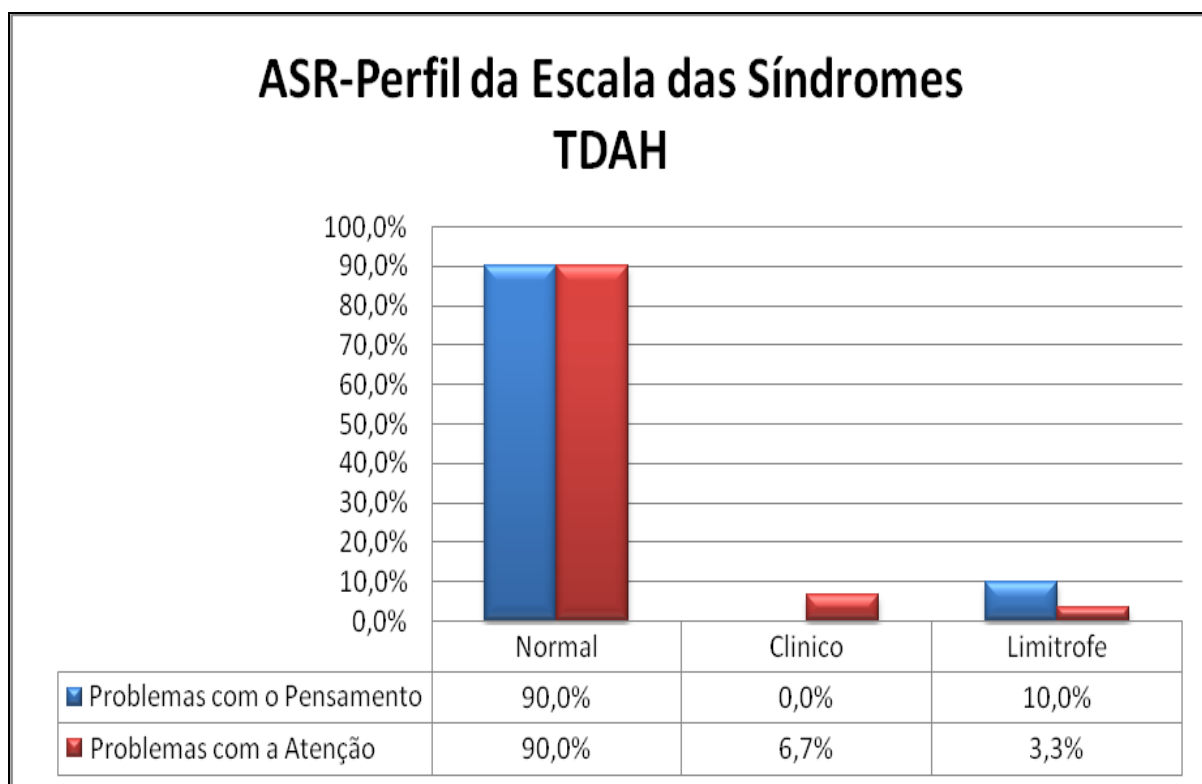


Gráfico 8: Perfil da Escala das Síndromes. Resultados da Avaliação para Problemas com o Pensamento e Problemas com a Atenção (TDAH).

No Gráfico 9 é possível visualizar os resultados dos problemas externalizantes para a escala das síndromes para Comportamento Agressivo demonstrando que 83,3% (n=25) dos pais possuem perfil comportamental com classificação normal, 10,0% (n=3) classificou dentro da faixa clínica e 6,7% (n=2) na faixa limítrofe.

Para o Comportamento de Quebrar Regras 80,0% (n=24) dos pais demonstraram perfil comportamental com classificação normal, 16,7% (n=5) apresentaram classificação clínica e apenas 3,3% (n=1) classificaram como limítrofe. Para comportamento Intrusivo 96,7% (n=29) do grupo classificou dentro da faixa clínica, 3,3% (n=1) para limítrofe. Nenhum participante indicou classificou na faixa clínica.

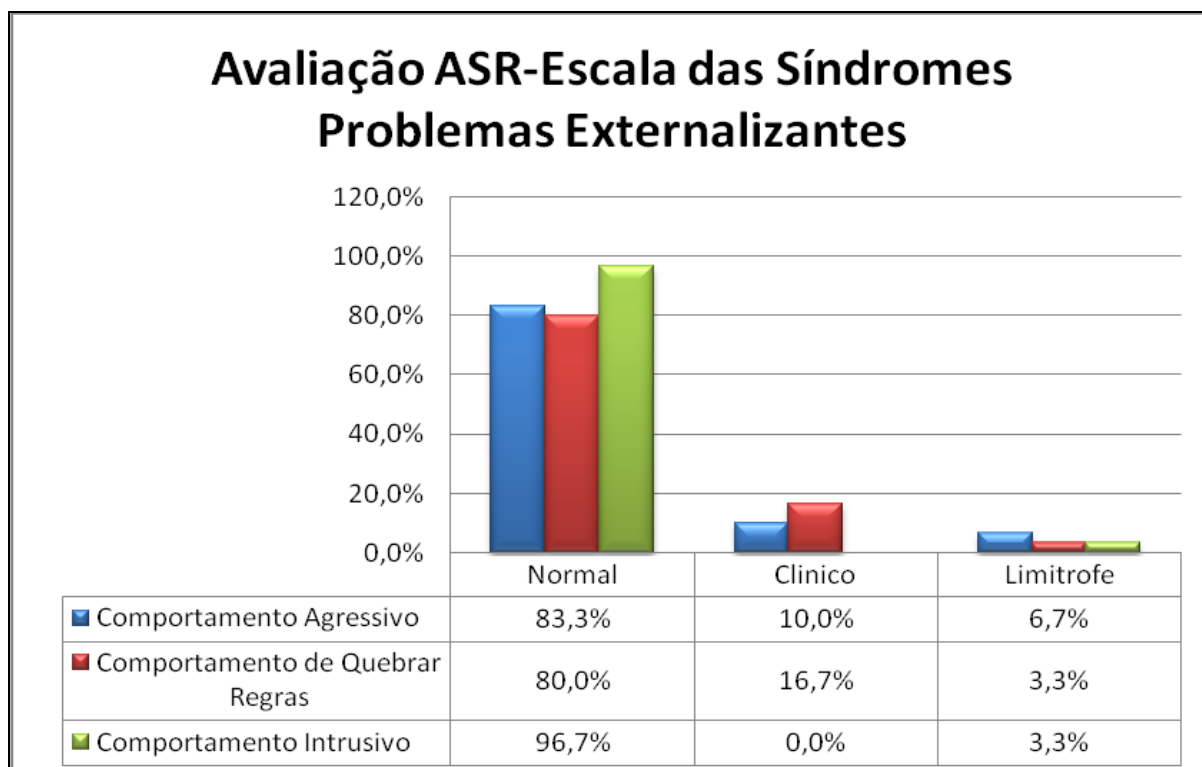


Gráfico 9: Perfil da Escala das Síndromes. Resultados da Avaliação (TDAH) para Problemas Externalizantes: Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Intrusivo.

Nos quadros 8A e 8B apresentaremos os resultados por participante do Inventário de Auto - Avaliação para Adultos de 18/55 anos / *Adult self-report – ASR* de Achenbach e Rescorla (2001). Observa-se que na Escala das Síndromes para Problemas Internalizantes ligados a ansiedade e depressão vinte e um pais dos 30 participantes, se encontram dentro do perfil comportamental com classificação normal, cinco classificaram dentro da faixa clínica e quatro dentro da faixa limítrofe. Vinte e dois pais dos 30 participantes classificaram como clínico para Isolamento, quatro para limítrofes e vinte e dois classificaram na faixa normal. Para Queixas Somáticas vinte dos 30 participantes possuem perfil comportamental com classificação normal, dez foram classificados como limítrofes e nenhum participante classificou como clínico.

Quadro 9A: Resultados (Classificação – escore t) da avaliação por participante dos Problemas Internalizantes do grupo de pais (TDAH) de acordo com o perfil da escala das síndromes do ASR.

<i>Participantes</i>	<i>PROBLEMAS INTERNALIZANTES</i>		
	Ansiedade/Depressão	Isolamento	Queixas somáticas
1	Normal -56	Normal -59	Normal -61
2	Normal -64	Normal -59	Normal -52
3	Normal -51	Normal -51	Normal -50
4	Normal -51	Normal -50	Normal – 52
5	Normal -59	Normal -59	Limítrofe -65
6	Clínico -77	Clínico -70	Normal -59
7	Normal -55	Normal -59	Normal -57
8	Normal - 55	Normal -51	Normal -54
9	Normal -60	Normal -59	Limítrofe -69
10	Normal -61	Normal -56	Normal -59
11	Normal -53	Normal -53	Normal -51
12	Normal -63	Limítrofe- 65	Limítrofe- 69
13	Clínico-72	Limítrofe- 67	Normal -62
14	Normal -53	Normal -50	Normal -51
15	Limítrofe- 67	Limítrofe- 67	Limítrofe- 65

Quadro 9B: Resultados (Classificação – escore t) por participante do grupo de pais (TDAH) de acordo com o perfil da escala das síndromes do ASR.-(Continuação).

<i>Participantes</i>	<i>PROBLEMAS INTERNALIZANTES</i>		
	Ansiedade/Depressão	Isolamento	Queixas somáticas
16	Limítrofe- 67	Normal -56	Limítrofe- 68
17	Clínico-77	Limítrofe- 67	Limítrofe- 69
18	Normal -58	Normal -63	Normal -55
19	Normal -52	Normal -58	Normal -51
20	Normal -53	Normal -53	Normal -50
21	Normal -53	Normal -51	Normal -50
22	Normal -55	Normal -50	Normal -52
23	Normal -58	Normal -56	Normal -54
24	Clínico-75	Clínico-77	Limítrofe-68
25	Limítrofe-65	Normal -51	Limítrofe-65
26	Normal -62	Clínico-70	Normal -61
27	Limítrofe-65	Normal -59	Limítrofe-65
28	Clínico-70	Clínico-70	Normal -53
29	Normal -53	Normal -50	Normal -54
30	Normal -56	Normal -53	Limítrofe-68

Nos quadros 9A e 9B podem ser vistos os índices para a escala de Problemas com o Pensamento e Problemas de Atenção do grupo de pais (TDAH). Para Problemas com o Pensamento vinte e sete dos 30 participantes se encontram dentro do perfil comportamental com classificação normal, três dos participantes classificaram como limítrofes e nenhum como clínico. Para Problemas de Atenção, vinte e sete pais dos 30 participantes possuem perfil comportamental com classificação normal, dois se encontram dentro da faixa clínica e apenas um como Limítrofe.

Quadro 10A: Resultados (Classificação – escore t) nos índices “Problemas com o Pensamento” e “Problemas de Atenção” do grupo de pais (TDAH) de acordo com os escores T e sua classificação – ASR.

<i>Participantes</i>	<i>Problemas com o pensamento</i>	<i>Problemas de Atenção</i>
1	Normal -54	Normal -63
2	Normal -54	Normal -63
3	Normal -50	Normal -57
4	Normal -50	Normal -63
5	Normal -50	Normal -53
6	Normal -50	Normal -50
7	Normal -50	Normal -63
8	Normal -62	Limítrofe -69
9	Normal -50	Normal -60
10	Normal -62	Normal -54
11	Normal -51	Normal -59
12	Normal -55	Normal -56
13	Limítrofe -65	Normal -63
14	Normal -50	Normal -50
15	Limítrofe -65	Normal -64

Quadro 10B: Resultados por participante (Classificação – escore t) dos nos índices “Problemas com o Pensamento” e “Problemas de Atenção” do grupo de pais (TDAH) de acordo com os escores T e sua classificação – ASR (Continuação)

<i>Participantes</i>	<i>Problemas com o pensamento</i>	<i>Problemas de Atenção</i>
16	Normal -58	Normal -59
17	Limítrofe-68	Clínico-72
18	Normal -50	Normal -60
19	Normal -50	Normal -50
20	Normal -50	Normal -63
21	Normal -50	Normal -51
22	Normal -54	Normal -53
23	Normal -51	Normal -52
24	Normal -54	Clínico-70
25	Normal -62	Normal -63
26	Normal -54	Normal -50
27	Normal -62	Normal -61
28	Normal -51	Normal -50
29	Normal -51	Normal -63
30	Normal -51	Normal -54

Nos quadros 11A e 11B observam-se os Problemas Externalizantes para a escala de Comportamento Agressivo, observa-se que vinte e cinco pais dos 30 participantes possuem perfil comportamental com classificação normal, três classificaram como clínico e dois como limítrofes. Para a escala de Comportamento de Quebrar Regras, vinte e quatro pais classificaram dentro da faixa normal, cinco apresentaram perfil comportamental com classificação clínica e somente um como limítrofe. Para a escala de Comportamento Intrusivo vinte e nove dos 30 participantes, classificaram dentro da faixa normal, apenas um participante do grupo classificou como limítrofe e nenhum como clínico.

Quadro 11A: Resultados por participante (Classificação – escore t) do grupo de pais (TDAH) para Problemas Externalizantes do perfil da escala das Síndromes do ASR.

<i>Participantes</i>	<i>PROBLEMAS EXTERNALIZANTES</i>		
	Comportamento Agressivo	Comportamento de quebrar regras	Intrusivo
1	Normal-52	Normal-51	Normal-51
2	Normal -53	Normal -50	Normal -51
3	Normal -51	Normal -55	Normal -53
4	Normal -52	Normal -59	Normal -56
5	Normal- 60	Normal -50	Normal -51
6	Clínico-70	Clínico-70	Normal -59
7	Normal -52	Clínico – 70	Normal -53
8	Normal-60	Normal-59	Normal-53
9	Normal -55	Normal -52	Normal -51
10	Normal -51	Normal -50	Limítrofe- 65
11	Normal -51	Normal -51	Normal -56
12	Normal -54	Normal -51	Normal -50
13	Normal -63	Limítrofe- 65	Normal -54
14	Normal -58	Normal -51	Normal -56
15	Limítrofe- 68	Clínico-70	Normal -51

Quadro 11B: Resultados por participante (Classificação – escore t) do grupo de pais (TDAH) para Problemas Externalizantes do perfil da escala das Síndromes do ASR (Continuação).

<i>Participantes</i>	PROBLEMAS EXTERNALIZANTES		
	Comportamento Agressivo	Comportamento de quebrar regras	Intrusivo
16	Normal -60	Normal -56	Normal -56
17	Clínico-78	Clínico-73	Normal -53
18	Normal -57	Normal -51	Normal -51
19	Normal -50	Normal -50	Normal -51
20	Normal -50	Normal -51	Normal -50
21	Normal -51	Normal -50	Normal -51
22	Normal -58	Normal -51	Normal -53
23	Normal -62	Normal -51	Normal -53
24	Clínico-72	Normal -55	Normal -50
25	Limítrofe- 65	Clínico-71	Normal -60
26	Normal -51	Normal - 50	Normal - 53
27	Normal -61	Normal -62	Normal -61
28	Normal -58	Normal -59	Normal -55
29	Normal -60	Normal -51	Normal -51
30	Normal -56	Normal -55	Normal -50

5.6 GRUPO SWB

5.7 Inventário de Estilos Parentais (IEP)

A seguir apresentaremos os resultados do grupo de pais com filhos com a Síndrome de Williams. Assim, é possível observar no Gráfico 10 os resultados relativos ao IEP – Inventário de Estilos Parentais de Gomide (2006), do total dos participantes (n=24) para às duas práticas positivas: Monitoria Positiva e Comportamento Moral.

Na prática de Monitoria Positiva 50% (n=12) do grupo de pais demonstram uma prática ótima, 12,5% (n=3) se encontram acima da média e 37,5% (n=9) abaixo da média.

Nenhum participante pontuou no grupo de risco neste estilo. Para Comportamento Moral 29,2% (n=7) dos participantes classificaram como ótimo, 37,5% (n=9) acima da média, 25% (n=6) abaixo da média e apenas 8,3% (n=2) classificaram no grupo considerado de risco.

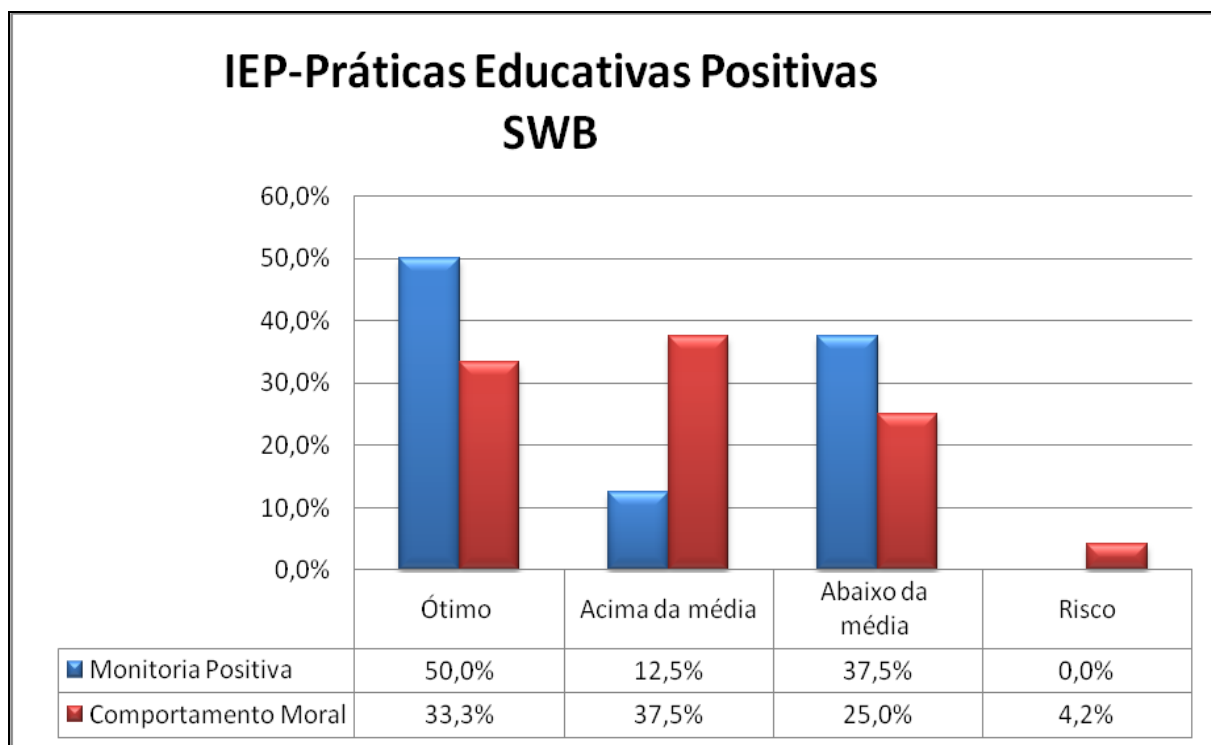


Gráfico 10: Resultado da avaliação do grupo de pais (SWB) das práticas educativas positivas do Inventário de Estilo Parental (IEP) de Gomide.

No Gráfico 11 apresentaremos os resultados para as cinco práticas negativas do grupo de pais SWB (n=24). Para a prática de Punição Inconsistente 37,5% (n=9) do grupo demonstraram desempenho ótimo, 29,2% (n=7) se encontram acima da média, 16,7% (n=4) abaixo da média e a mesma pontuação de 16,7% (n=4) para o grupo de risco.

O grupo classificou em 29,2% (n=7) para estilo parental ótimo na prática Negligencia, sendo que 12,5% (n=3) do grupo obteve desempenho acima da média, contudo 37,5% (n=9) pontuou abaixo da média e 20,8% (n=5) classificou no grupo de risco. Na Prática Disciplina Relaxada 20,8% (n=5) dos pais revelaram desempenho ótimo e 20,8% (n=5) estão acima da média, entretanto, 37,5% (n=9) classificaram como abaixo da média e 20,8% (n=5) indicaram prática parental de risco.

Na Prática de Monitoria Negativa apenas 16,7% (n=4) dos participantes pontuaram como ótimo, 20,8% (n=5) acima da média, abaixo da média 8,3% (n=2), revelaram estilo parental de risco 54,2% (n=13). Na prática Abuso Físico 33,3% (n=8) do grupo possuem

ótimo desempenho, nenhum pai pontuou acima da média neste estilo e 20,8% (n=5) dos participantes pontuaram abaixo da média e 45,8% (n=11) possuem estilo parental de risco.

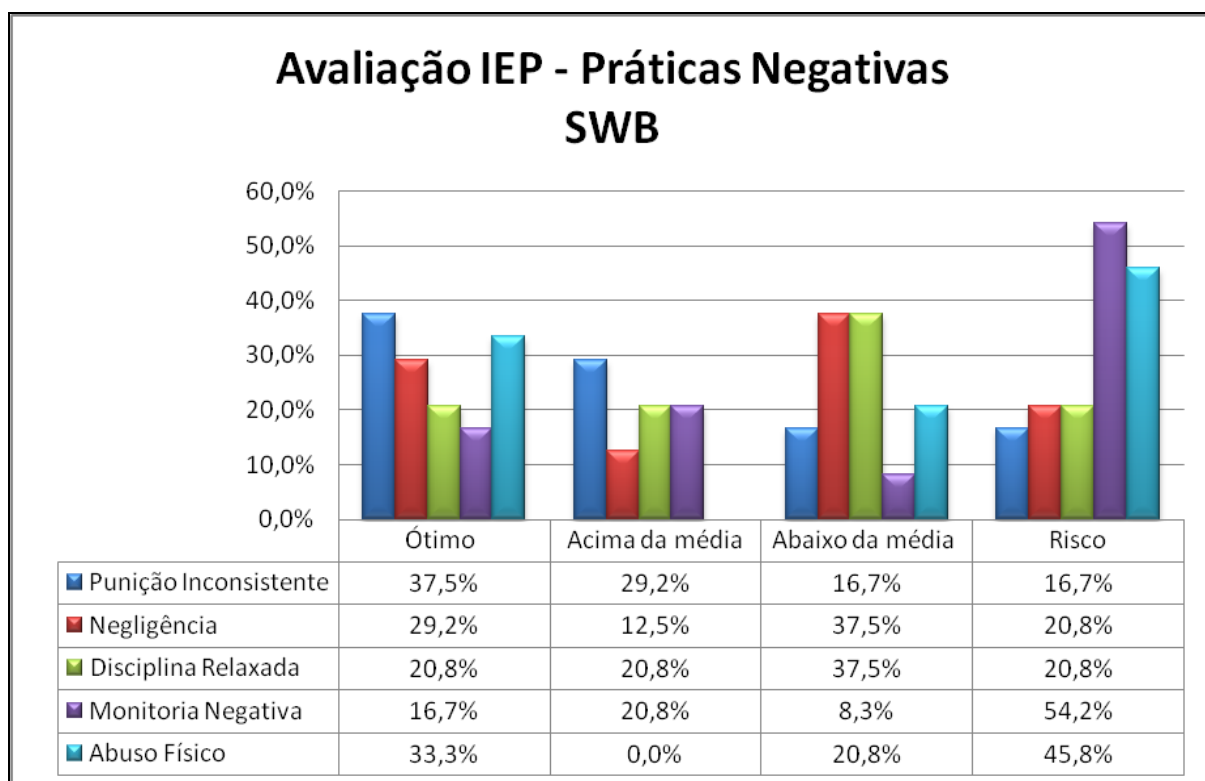


Gráfico 11: Resultado da avaliação do grupo de pais (SWB) das práticas educativas negativas do Inventário de Estilo Parental (IEP) de Gomide.

A classificação Total do IEP (GOMIDE, 2006) encontra-se no Gráfico 12 e como pode se observar, apenas 16,7% (n=4) dos pais obtiveram ótimo desempenho, contudo 41,7% (n=10) pontuaram acima da média, 20,8% (n=5) abaixo da média, sendo a mesma pontuação de 20,8% (n=5) para o estilo parental de risco.

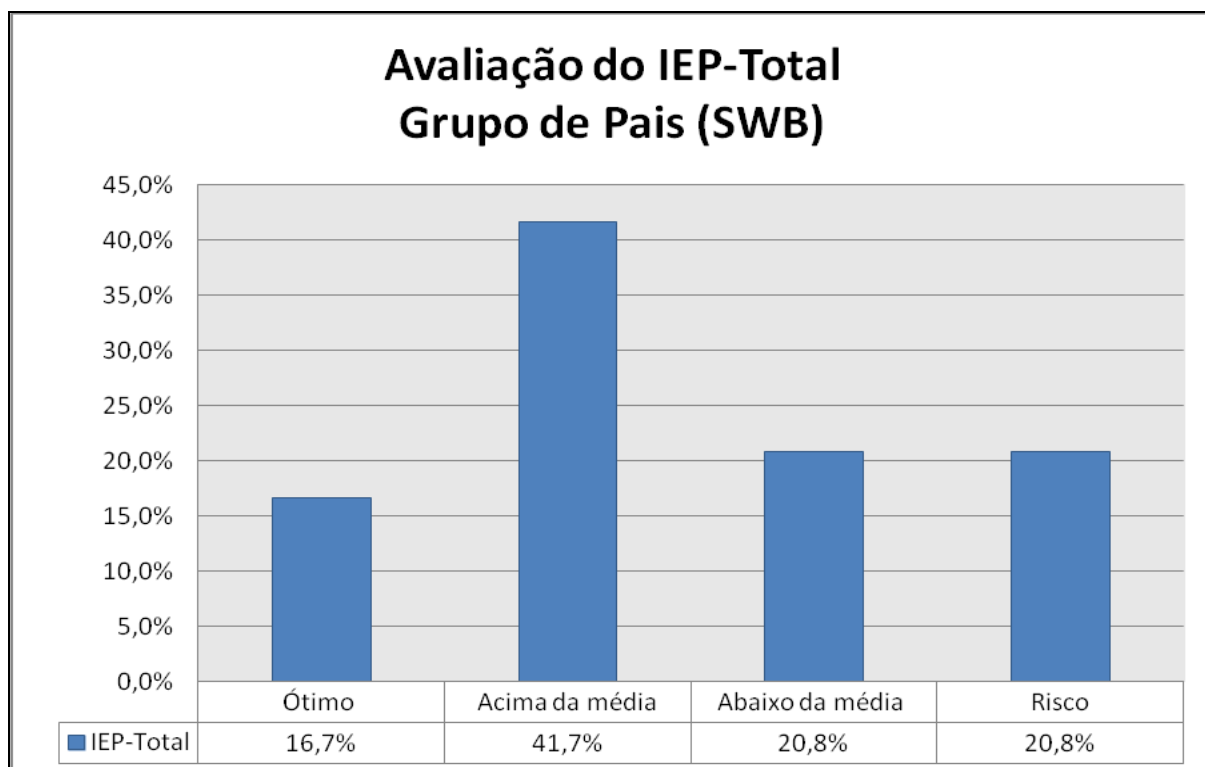


Gráfico 12: Resultado da avaliação Total do Inventário de Estilo Parental (IEP) do grupo de pais SWB.

Nos quadros 12A e 12B apresentaremos os resultados por participante do Inventário de Estilos Parentais (IEP) de Gomide (2006). Os resultados das práticas educativas positivas do grupo SWB (n=24) mostraram que na variável Monitoria Positiva quatorze pais possuem estilos adequados com classificação acima da média e ótima, e dez pais possuem práticas não adequadas com classificação abaixo da média, não houve pontuação nesta prática para o grupo de risco.

No índice de Comportamento Moral é possível observar que dezesseis dos 24 participantes possuem práticas parentais adequadas com classificação acima da média e ótima, oito participantes do grupo de pais pontuaram abaixo da média e risco nesta prática.

Quadro 12A: Avaliação por participante do grupo SWB - Práticas Educativas Positivas (IEP) - Monitoria Positiva – Comportamento Moral.

Participante	Monitoria Positiva			Comportamento Moral		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	12	99	Ótimo	12	99	Ótimo
2	9	45-50	Abaixo da média	10	60-70	Acima da média
3	10	40-55	Abaixo da média	8	30-35	Abaixo da média
4	12	99	Ótimo	8	30-35	Abaixo da média
5	11	60-75	Acima da média	9	40-50	Abaixo da média
6	12	99	Ótimo	10	55-65	Acima da média
7	12	99	Ótimo	11	70-85	Ótimo
8	10	40-55	Abaixo da média	11	70-85	Ótimo
9	12	99	Ótimo	12	99	Ótimo
10	12	99	Ótimo	12	99	Ótimo
11	12	99	Ótimo	10	55-65	Acima da média
12	12	99	Ótimo	11	70-85	Ótimo
13	9	45-50	Abaixo da média	10	60-70	Acima da média

Quadro 12B: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Positivas (IEP)- Monitoria Positiva – Comportamento Moral (continuação).

Participante	Monitoria Positiva			Comportamento Moral		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
14	12	89-90	Ótimo	10	55-65	Acima da Média
15	9	30-35	Abaixo da Média	10	55-65	Acima da Média
16	9	30-35	Abaixo da Média	10	55-65	Acima da Média
17	10	40-55	Abaixo da média	8	30-35	Abaixo da média
18	11	60-75	Acima da média	11	70-80	Acima da média
19	10	40-55	Abaixo da média	6	15	Risco
20	11	60-75	Acima da média	10	55-65	Acima da média
21	9	30-35	Abaixo da média	10	55-65	Acima da média
22	9	30-35	Abaixo da média	11	70-85	Ótimo
23	12	80-99	Ótimo	7	20-25	Risco
24	12	80-99	Ótimo	10	40-55	Abaixo da média

Nos quadros 13A e 13B apresentaremos os resultados por participante das práticas parentais negativas do grupo de pais com filhos com a Síndrome de Williams (n=24). No

estilo parental Monitoria Negativa nove participantes do grupo obtiveram desempenho ótimo e acima da média. Quinze pais possuem práticas inadequadas abaixo da média e risco, sendo que treze se encontram no grupo considerado risco. Na variável Negligência dez participantes obtiveram desempenho de práticas adequadas (acima da média e ótima) e quatorze pontuaram abaixo da média e risco.

Quadro 13A: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Monitoria Negativa – Negligência.

Participante	Monitoria Negativa			Negligência		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	8	10-15	Risco	3	25-35	Abaixo da média
2	4	50-65	Acima da média	2	50-65	Acima da média
3	8	10-15	Risco	2	40-55	Abaixo da média
4	7	20-30	Risco	2	40-55	Abaixo da média
5	9	5	Risco	5	10	Risco
6	11	1	Risco	0	99	Ótimo
7	5	50-65	Acima da média	2	40-55	Abaixo da média
8	7	20-30	Risco	0	99	Ótimo
9	8	10-15	Risco	1	60-80	Acima da média
10	10	1-5	Risco	3	25-35	Abaixo da média
11	9	5	Risco	2	40-55	Abaixo da média
12	8	10-15	Risco	2	40-55	Abaixo da média
13	5	35-45	Abaixo da média	4	25-30	Risco

Quadro 13B: Avaliação da avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Monitoria Negativa – Negligência (continuação).

Participante	Monitoria Negativa			Negligência		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
14	5	50-55	Acima da Média	0	99	Ótimo
15	9	30-35	Abaixo da Média	5	10	Risco
16	8	10-15	Risco	5	10	Risco
17	3	85-90	Ótimo	0	85-99	Ótimo
18	9	5	Risco	5	10	Risco
19			Abaixo da média			
	6	35-45		2	40-55	Abaixo da média
20	2	90	Ótimo	0	85-99	Ótimo
21	1	90	Ótimo	0	85-99	Ótimo
22	9	5-	Risco	4	15-20	Risco
23	5	50-65	Acima da média	0	85-99	Ótimo
24	4	70-80	Ótimo	3	25-35	Abaixo da média

Na variável Disciplina Relaxada (Quadros 14A e 14B) observa-se que dez pais possuem desempenho adequado (acima da média e ótima) e quatorze se encontram abaixo da média e no grupo

de risco. Para a prática Punição Inconsistente, dezesseis participantes apresentaram desempenho adequado (ótimo e acima da média), e oito possuem práticas não adequadas abaixo da média e risco.

Quadro 14A: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Disciplina Relaxada – Punição Inconsistente.

Participante	Disciplina Relaxada			Punição Inconsistente		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	3	40-55	Abaixo da média	4	35-45	Abaixo da média
2	1	70-80	Acima da média	4	30-40	Abaixo da média
3	5	15-20	Risco	4	35-45	Abaixo da média
4	4	25-35	Abaixo da média	0	99	Ótimo
5	3	40-55	Abaixo da média	6	15	Risco
6	4	25-35	Abaixo da média	3	50-60	Acima da média
7	2	60-75	Acima da média	2	65-80	Acima da média
8	2	60-75	Acima da média	1	85-90	Ótimo
9	2	60-75	Acima da média	2	65-80	Acima da média
10	1	80-85	Ótimo	2	65-80	Acima da média
11	6	10	Risco	5	20-30	Risco
12	3	40-55	Abaixo da média	4	35-45	Abaixo da média
13	1	70-80	Acima da média	1	75-85	Ótimo

Quadro 14B: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Disciplina Relaxada – Punição Inconsistente (continuação).

Participante	Disciplina Relaxada			Punição Inconsistente		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
14	0	99	Ótimo	1	75-85	Ótimo
15	4	25-30	Abaixo da Média	3	50-60	Acima da Média
16	4	25-30	Abaixo da Média	3	50-60	Acima da Média
17	4	25-35	Abaixo da média	0	95-99	Ótimo
18	5	15-20	Risco	7	10	Risco
19	5	15-20	Risco	1	85-90	Ótimo
20	0	90-99	Ótimo	0	95-99	Ótimo
21	0	90-99	Ótimo	1	85-90	Ótimo
22	4	25-35	Abaixo da média	8	5	Risco
23	4	25-35	Abaixo da média	2	65-80	Acima da média
24	1	80-85	Ótimo	0	95-99	Ótimo

Nos quadros 15A e 15B podemos observar que na variável Abuso Físico, oito pais demonstraram ótimo desempenho, nenhum participante pontuou acima da média, cinco pontuaram abaixo da média e onze revelaram comportamento parental de risco. No escore total (n=24) quatro pais mostram práticas adequadas com classificação ótima, dez estão acima da média, cinco abaixo da média e também cinco se encontram no grupo de risco.

Quadro 15A: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Abuso Físico – Total.

Participante	Abuso Físico			Total		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	2	15-20	Risco	4	50	Abaixo da média
2	2	20-25	Risco	6	60	Acima da média
3	0	99	Ótimo	-1	25-30	Abaixo da média
4	0	99	Ótimo	7	65	Acima da média
5	0	99	Ótimo	-3	20	Risco
6	1	25-45	Abaixo da média	3	45	Abaixo da média
7	3	10	Risco	9	75	Acima da média
8	3	10	Risco	8	70	Acima da média
9	2	15-20	Risco	9	75	Acima da média
10	2	15-20	Risco	6	60	Acima da média
11	3	10	Risco	-3	20	Risco
12	1	25-45	Abaixo da média	5	55	Acima da Média
13	0	99	Ótimo	8	70	Acima da Média

Quadro 15B: Avaliação por participante do Grupo SWB - Práticas Educativas Negativas (IEP) - Abuso Físico – Total (continuação).

Participante	Abuso Físico			Total		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
14	0	99	Ótimo	17	95-99	Ótimo
15	2	15-20	Risco	-3	20	Risco
16	2	15-20	Risco	3	45	Abaixo da Média
17	1	25-45	Abaixo da média	10	75	Acima da Média
18	1	25-45	Abaixo da média	-5	15	Risco
19	1	25-45	Abaixo da média	1	35	Abaixo da Média
20	0	50-99	Ótimo	19	99	Ótimo
21	16	95	Ótimo	16	95	Ótimo
22	2	15-20	Risco	-7	15	Risco
23	2	15-20	Risco	6	60	Acima da Média
24	0	99	Ótimo	14	95	Ótimo

5.8 Inventário de Percepção de Suporte (IPSF)

No gráfico 13 pode se observar os resultados do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) em suas três dimensões para o grupo de pais com filhos com a Síndrome de Williams. Pode-se observar que no fator Afetivo Consistente (F1) 54,2% dos pais (n=13) percebem como alto o suporte que têm recebido 12,5% (n=3) percebem como médio alto 12,5% (n=3) também percebem como médio baixo e 20,5% (n=5) percebem a afetividade entre os membros da família como baixo.

No fator Adaptação Familiar (F2) é possível perceber que apenas 33,3% (n=8) dos pais percebem como alto a adaptação familiar, 20,8% (n=5) percebem como médio alto e 25% (n=6) percebem como médio baixo e 20,8% (n=5) percebem como baixo o nível de adaptação familiar entre a família.

No terceiro fator ligado a Autonomia em suas famílias (F3) 41,7% (n=10) percebem como alto, 29,2% (n=7) como médio alto, 12,5% (n=3) como médio baixo e 16,7% (n=4) como baixo.

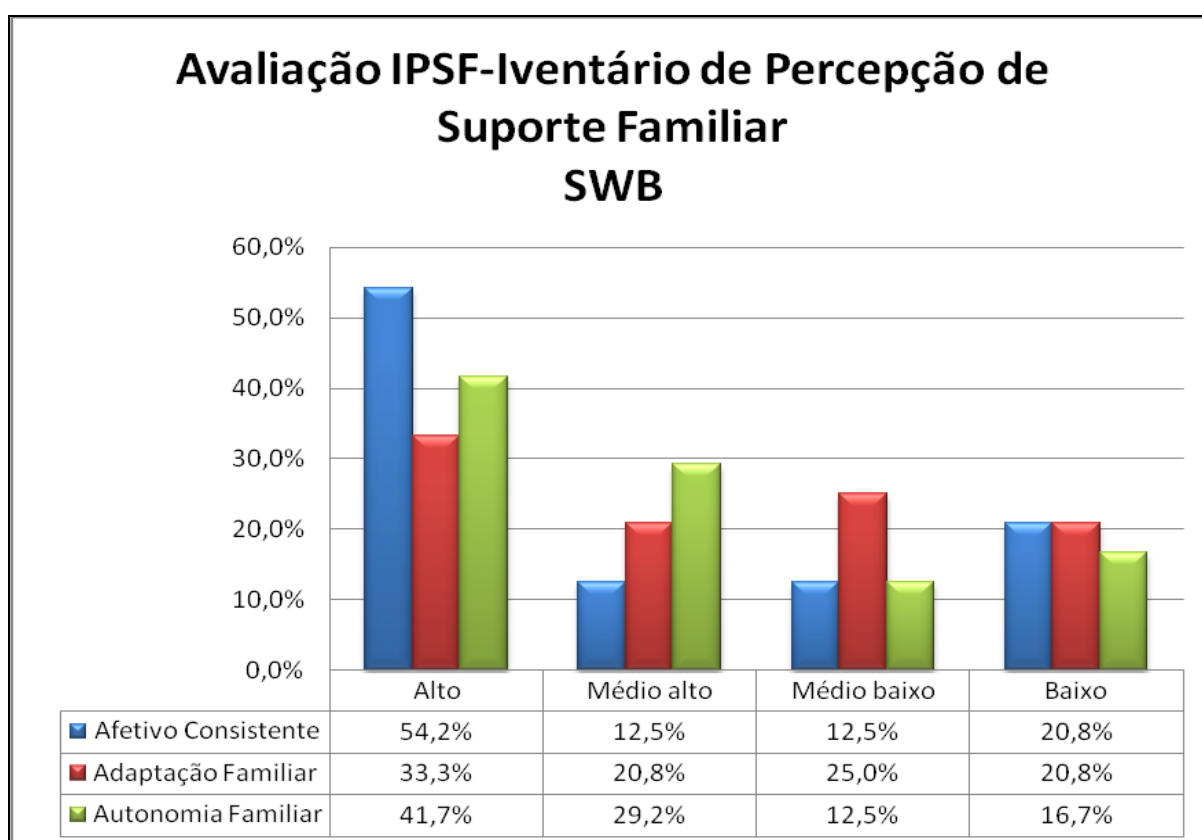


Gráfico 13: Resultados da avaliação do grupo de pais (SWB) para o IPSF em suas três dimensões: Afetividade – Adaptação – Autonomia.

Apresentaremos no gráfico 14 os resultados do IPSF – Total do grupo de pais com filhos com SWB. Observa-se que 50,0% (n=12) dos participantes percebem como alto o suporte recebido entre seus familiares. Percebem como médio alto 8,3% (n=2), como médio baixo 20,8% (n=5) e como baixo a mesma porcentagem 20,8% (n=5).

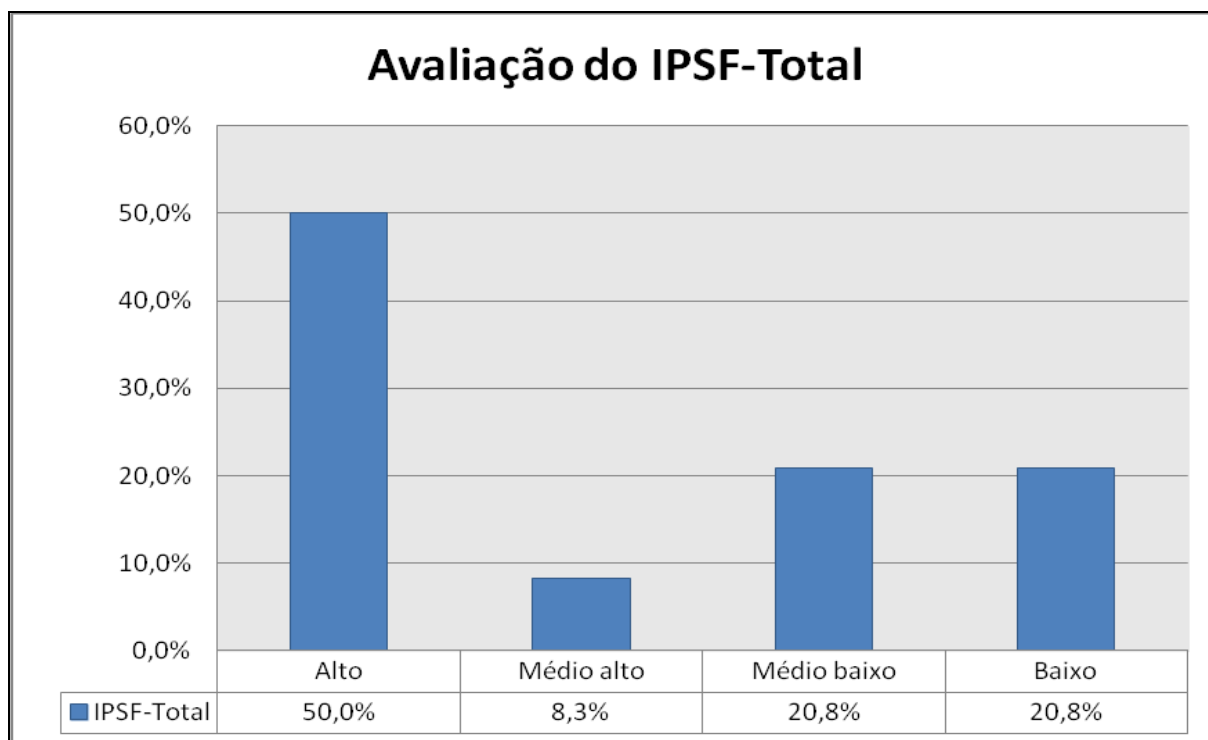


Gráfico 14: Resultados da avaliação do grupo de pais (SWB) para o IPSF – Total em suas três dimensões: Afetividade – Adaptação – Autonomia.

Descreveremos nos quadro 16A e 16B a avaliação individual do IPSF do grupo de pais SWB (n=24). Como pode se observar (n=13) pais do grupo no fator Afetivo-Consistente percebem como alto a afetividade entre os membros da família, como médio alto (n=3), como médio baixo (n=3) e como baixo (n=5). Em Adaptação-Familiar (n=8) pais perceberam como alto, como médio alto (n=5) como médio baixo (n=6) e como baixo (5).

Quadro 16A: Avaliação por participante do Grupo SWB – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator afetivo-consistente e Adaptação familiar.

Participante	F1 - Afetivo-Consistente			F2 - Adaptação Familiar		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	34	70-75	Alto	23	60	Médio alto
2	41	90	Alto	26	90	Alto
3	36	80	Alto	23	60	Médio alto
4	27	40	Médio baixo	23	60	Médio alto
5	33	60-70	Médio alto	15	10	Baixo
6	38	90	Alto	24	70-75	Alto
7	40	90	Alto	26	90	Alto
8	12	10	Baixo	20	30	Médio baixo
9	35	75-80	Alto	26	90	Alto
10	19	10-20	Baixo	21	40	Médio baixo
11	32	60	Médio alto	21	40	Médio baixo
12	28	40-50	Médio baixo	22	50	Médio alto
13	34	75	Alto	23	50	Médio alto

Quadro 16B: Avaliação por participante do Grupo SWB – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator afetivo-consistente e Adaptação familiar (continuação).

Participante	F1 - Afetivo-Consistente			F2 - Adaptação Familiar		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
14	42	90	Alto	21	40	Médio baixo
15	40	90	Alto	19	25	Baixo
16	14	10	Baixo	12	10	Baixo
17	12	10	Baixo	19	25	Baixo
18	22	20	Baixo	18	20	Baixo
19	33	60	Médio alto	19	25	Médio baixo
20	38	90	Alto	25	80	Alto
21	36	75-80	Alto	24	70-75	Alto
22	37	80	Alto	25	80	Alto
23	33	60	Alto	26	90	Alto
24	27	40	Médio baixo	20	30	Médio baixo

Nos quadros 17A e 17B observa-se no fator Autonomia-Familiar que (n=10) pais percebem como alto a autonomia familiar e (n=7) como médio alto, (n=3) como médio baixo e (n=4) como baixo. Na avaliação Total da percepção do suporte familiar em suas três dimensões (n=12) participantes perceberam como alto, (n=2) como médio alto, (n=5) como médio baixo e (n=5) também percebem como baixo o suporte familiar recebido pela família.

Quadro 17A: Avaliação por participante do Grupo SWB – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator Autonomia familiar e Total.

Participante	F3-Autonomia Familiar			Média F1- F2- F3		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
1	15	75-80	Alto	72	75-80	Alto
2	16	90	Alto	83	90	Alto
3	15	75-80	Alto	74	80	Alto
4	16	90	Alto	66	60	Médio baixo
5	9	10-20	Baixo	57	30	Médio baixo
6	16	90	Alto	78	90	Alto
7	16	90	Alto	82	90	Alto
8	7	10	Baixo	39	10	Baixo
9	14	60-70	Médio alto	75	90	Alto
10	6	10	Baixo	46	10-20	Baixo
11	10	20-25	Médio baixo	63	50	Médio baixo
12	11	30	Médio baixo	61	40-50	Médio baixo
13	15	70-80	Alto	72	75-80	Alto

Quadro 17B: Avaliação por participante do Grupo SWB – Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) - Fator Autonomia familiar e Total (continuação).

Participante	F3-Autonomia Familiar			Média F1- F2- F3		
	Escore	Percentil	Classificação	Escore	Percentil	Classificação
14	16	90	Alto	81	90	Alto
15	13	50	Médio baixo	72	75-80	Alto
16	16	90	Alto	42	10	Baixo
17	14	60-70	Médio alto	45	10	Baixo
18	12	40	Baixo	52	20	Baixo
19	14	60-70	Médio alto	69	60-70	Médio alto
20	16	90	Alto	70	90	Alto
21	14	60-70	Médio alto	73	80	Alto
22	14	60-70	Médio alto	76	90	Alto
23	10	20-25	Médio alto	69	60-70	Médio alto
24	14	60-70	Médio alto	61	40	Médio baixo

5.9 Qualidade de vida dos pais do grupo SWB (*Whoqol-bref*)

Para avaliar a qualidade de vida dos pais do grupo SWB, utilizou-se o *Whoqol-bref* (FLECK et al., 2000). A análise dos dados foi realizada através do cálculo dos escores e estatística descritiva dos domínios e total no Microsoft Excel (PEDROSO et al., 2010).

No Gráfico 15 apresentaremos os resultados de qualidade de vida nos quatro domínios do *Whoqol-bref* (Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio-Ambiente) dos participantes do grupo. No que diz respeito ao primeiro domínio (Físico) é possível perceber que o nível de qualidade de vida do grupo encontra-se em 65,63%, para o domínio Psicológico o grupo pontuou em 64,76%, para Relações Sociais 73,26%, no que se refere ao ambiente 55,86% e no Total o grupo de pais apresentou índice de qualidade de vida de 63,62%.

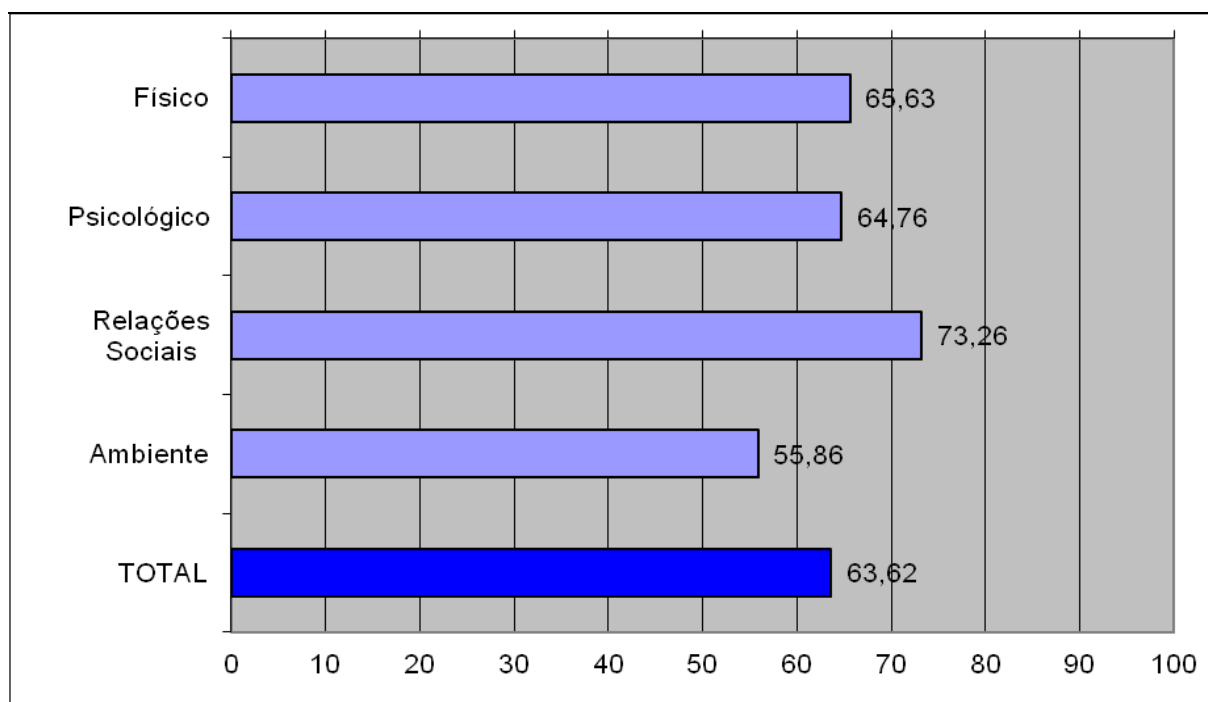


Gráfico 15: Resultados da Avaliação para qualidade de vida do grupo de pais com filhos com SWB nos quatro domínios do *Whoqol-bref*: Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e Total.

5.9.1 Inventário de Auto - Avaliação para Adultos de 18/55 anos (ASR)

Nos Gráficos (16, 17, 18) apresentaremos os resultados do Inventário de Auto - Avaliação para Adultos de 18/55 anos / *Adult self-report* – ASR de Achenbach e Rescorla (2001) que foram registrados no programa *Assessment Data Manager* (ADM 7.2B) de Achenbach e Rescorla (2004). O programa gera diferentes perfis comportamentais a cerca do indivíduo avaliado, convertendo a pontuação bruta da escala do ASR 18/55 em escores T. Por

sua vez, os escores T ao serem comparados com as amostras normativas, geram pontos de cortes que permitem criar três tipos de perfis comportamentais: Normal, Clínico e Limítrofe.

Observa-se que na escala das síndromes para problemas internalizantes que do total de participantes (n=24) do grupo SWB 4,2% (n=1) possuem perfil comportamental com classificação clínica, para ansiedade e depressão, 16,7% (n=4) classificaram-se como limítrofes e 79,2% (n=19) se encontram na faixa de classificação normal. Para Isolamento o perfil comportamental classificado como clínico se encontra em 8,3% (n=2), para limítrofe 25% (n=6) e 66,7% (n=16) para o perfil comportamental normal. Para Queixas Somáticas 87,5% (n=21) apresentaram perfil comportamental dentro da classificação normal e 12,5% (n=3) classificaram-se como limítrofes. Não houve classificação de nenhum participante para a faixa clínica.

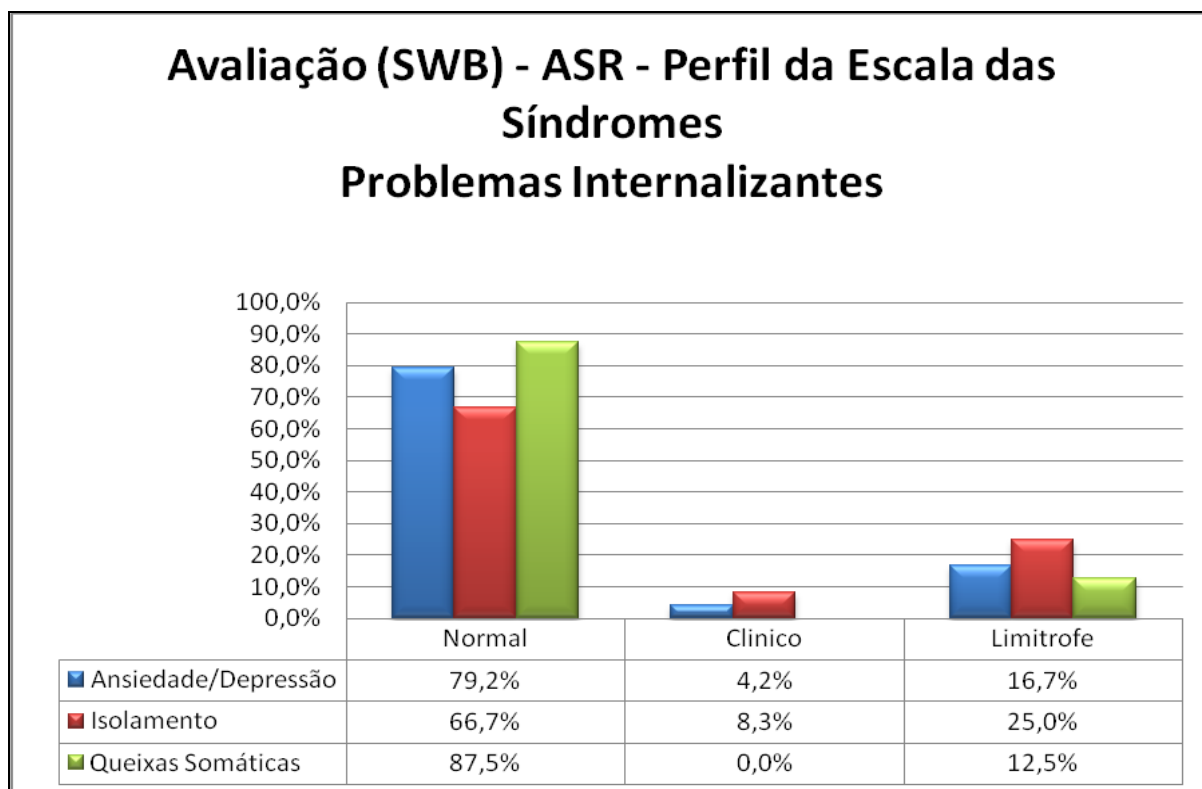


Gráfico 16: Perfil da Escala das Síndromes. Descrição dos resultados do grupo de pais (SWB) para Problemas Internalizantes.

No Gráfico 17, observa-se que 83,3% (n=20) do total de participantes (n=24) do grupo de pais SWB apresentaram perfil comportamental com classificação normal para a escala de Problemas com o Pensamento, 12,5% (n=3) classificaram na faixa clínica e apenas 4,2% (n=2) na faixa limítrofe. Para Problemas de Atenção 70,2% (n=19) revelou perfil

comportamental com classificação normal, 8,3% (n=2) foi classificado como clínico e 12,5% (n=3) como limítrofe.

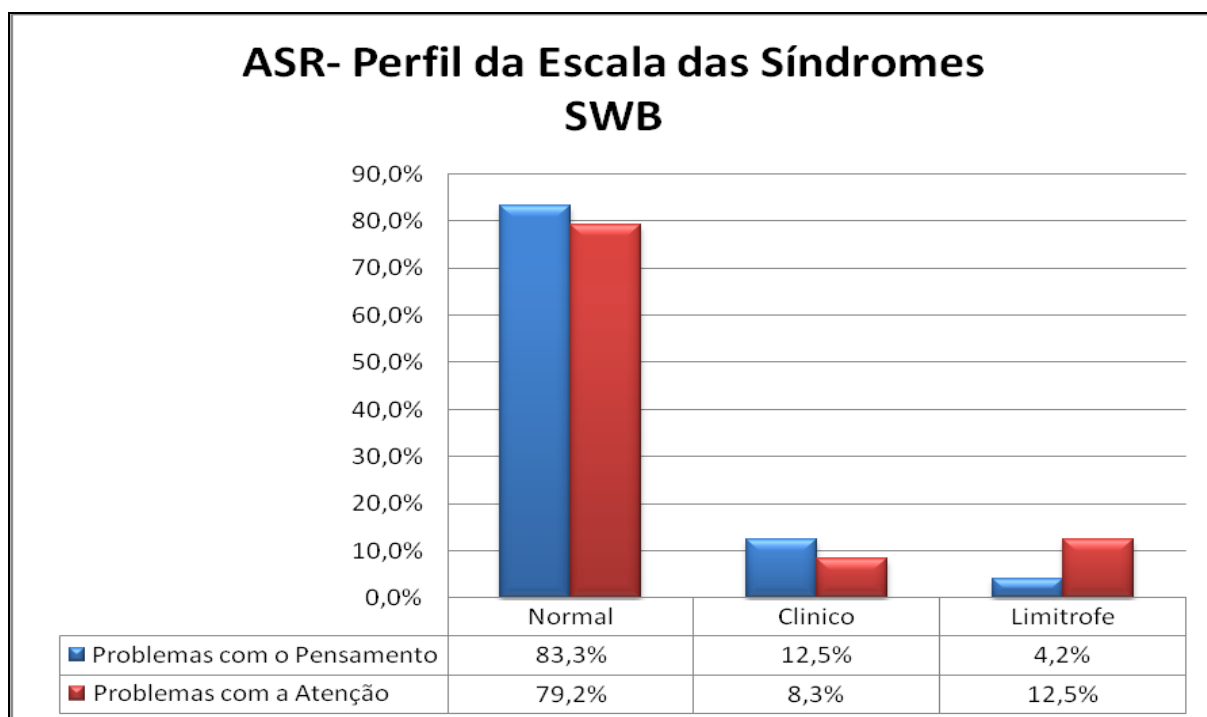


Gráfico 17: Perfil da Escala das Síndromes. Resultados da Avaliação para Problemas com o Pensamento e Problemas com a Atenção (SWB).

No Gráfico 18 é possível visualizar os resultados dos problemas externalizantes da escala das síndromes para Comportamento Agressivo, observa-se que 79,2% (n=19) dos 24 pais do grupo SWB possuem perfil comportamental dentro da faixa normal, 4,2% (n=1) se encontram na faixa clínica e 16,7% (n=4) classificaram como limítrofe.

Para o Comportamento de Quebrar Regras 91,7% (n=22) dos participantes do grupo SWB indicaram perfil comportamental com classificação normal e apenas 4,2% (n=1) apresentaram perfil com classificação clínica, o grupo apresentou a mesma pontuação para o perfil comportamental com classificação limítrofe que foi de 4,2% (n=1). Para comportamento Intrusivo 95,8% (n=23) do grupo indicou perfil comportamental com classificação normal e apenas 4,2% (n=1) limítrofe. Nenhum participante indicou perfil comportamental com classificação clínica.

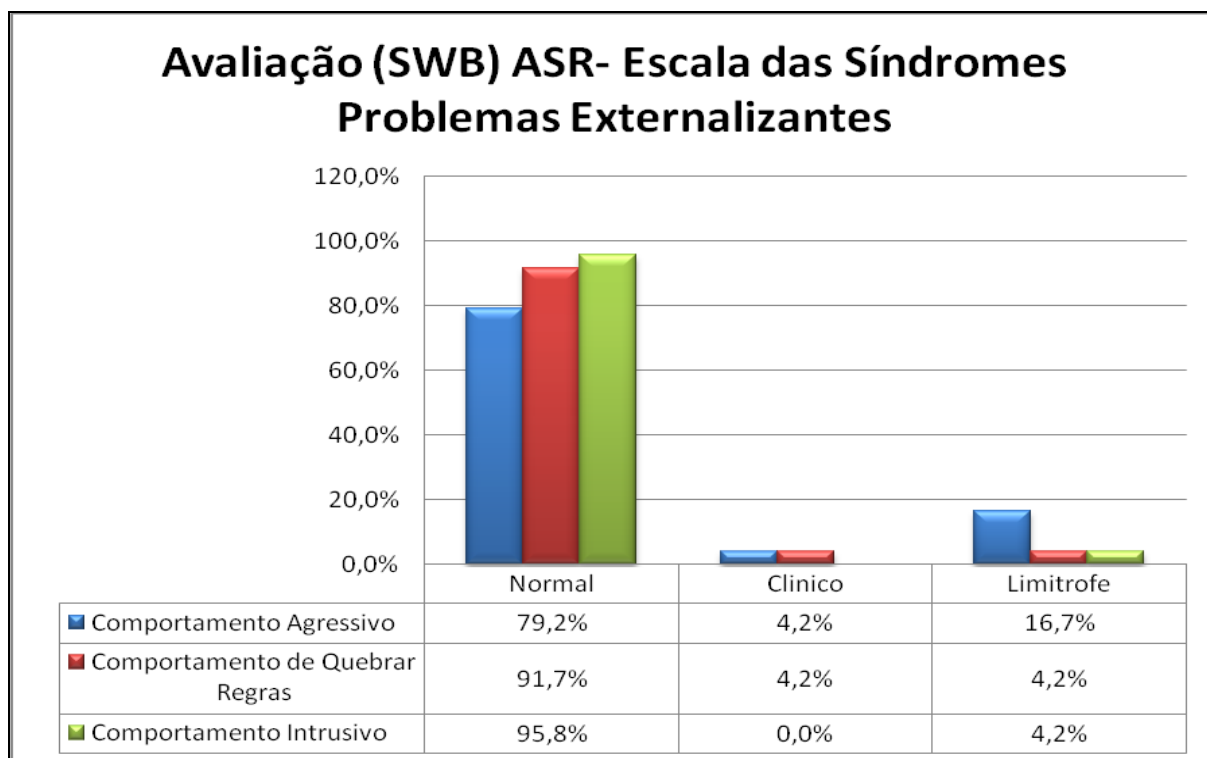


Gráfico 18: Perfil da Escala das Síndromes. Resultados da Avaliação (SWB) para Problemas Externalizantes: Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Intrusivo.

Nos quadros 18A e 18B apresentaremos os resultados por participante do Inventário de Auto - Avaliação para Adultos de 18/55 anos / *Adult self-report – ASR* de Achenbach e Rescorla (2001). Observa-se que na escala das síndromes para problemas internalizantes ligados a ansiedade e depressão, que dezenove dos 24 participantes, se encontram dentro do perfil comportamental com classificação normal e apenas um classificou como perfil clínico, e quatro classificaram como limítrofes.

Dezesseis pais dos 24 participantes se encontram dentro do perfil comportamental com classificação clínica para Isolamento, seis classificaram como limítrofes e dezesseis se encontram dentro do perfil comportamental com classificação normal. Para Queixas Somáticas vinte e um dos 24 participantes, possuem perfil comportamental com classificação normal, três classificaram como limítrofes e nenhum participante classificou dentro da faixa clínica.

Quadro 18A: Resultados da avaliação por participante (Classificação - Escore t) dos problemas internalizantes do grupo de pais (SWB) de acordo com a escala das Síndromes do ASR - *Adult Self-Report*, *resentados* pelo escore *T*.

<i>Participantes</i>	PROBLEMAS INTERNALIZANTES		
	Ansiedade/Depressão	Isolamento	Queixas somáticas
1	Normal-53	Normal-56	Normal-54
2	Normal-51	Normal-50	Normal-53
3	Limítrofe-66-	Limítrofe-67-	Normal-59
4	Normal-64	Normal-51	Normal-57
5	Limítrofe-68	Clínico-83	Limítrofe-65
6	Normal - 52	Normal - 53	Normal - 57
7	Normal - 52	Normal - 50	Normal - 58
8	Clínico-70	Clínico-70	Limítrofe-65
9	Normal-58	Normal-50	Normal-50
10	Normal-64	Limítrofe-67	Normal-61
11	Normal-52	Normal-59	Normal-56
12	Normal-61	Limítrofe-65	Normal-52
13	Limítrofe-66	Normal - 54	Normal - 57
14	Normal - 64	Normal - 53	Normal - 51
15	Normal - 62	Limítrofe- 65	Normal - 57

Quadro 18B: Avaliação por participante (Classificação - Escore t) do grupo de pais (SWB) dos problemas internalizantes de acordo com o *ASR- Adult Self-Report*. (continuação)

<i>Participantes</i>	PROBLEMAS INTERNALIZANTES		
	Ansiedade/Depressão	Isolamento	Queixas somáticas
16	Normal – 51	Normal - 53	Normal – 61
17	Normal - 59	Limítrofe- 65	Normal – 58
18	Normal - 64	Limítrofe – 65	Normal – 58
19	Normal – 60	Normal – 59	Normal – 51
20	Normal – 50	Normal – 50	Normal – 50
21	Normal - 58	Normal - 51	Normal – 54
22	Limítrofe-67	Normal - 62	Normal – 54
23	Normal – 59	Normal - 51	Limítrofe – 69
24	Normal – 59	Normal – 51	Normal – 54

Nos quadros 19A e 19B, podem ser vistos os resultados para a escala Problemas com o Pensamento e Problemas de Atenção. Para Problemas com o Pensamento, vinte pais dos 24 participantes do grupo SWB possuem perfil comportamental com classificação normal, três classificaram como limítrofe e apenas um se encontra na faixa com classificação clínica. Em Problemas de Atenção, dezenove pais dos 24 participantes, se encontram dentro do perfil comportamental na faixa normal, dois se encontram classificados como clínico e três como limítrofes.

Quadro 19A: Resultados da avaliação por participante (Classificação - Escore t) do grupo de pais (SWB). Problemas com o pensamento e Atenção de acordo com a escala das Síndromes do ASR.

<i>Participantes</i>	<i>Problemas com o pensamento</i>	<i>Problemas de Atenção</i>
1	Normal-51	Normal-50
2	Normal-50	Normal-52
3	Normal-62	Normal-61
4	Normal-54	Normal-52
5	Clínico-72	Limítrofe-68
6	Normal – 54	Normal – 51
7	Normal – 50	Normal – 51
8	Normal – 58	Normal – 60
9	Normal-50	Normal-51
10	Limítrofe-65	Limítrofe-66
11	Normal-55	Normal-51
12	Normal-58	Normal-61
13	Normal – 63	Clínico-70
14	Normal – 51	Normal – 57
15	Clínico -72	Normal – 62

Quadro 19B: Resultados da avaliação (Classificação - Escore t) por participante do grupo de pais (SWB). Problemas com o pensamento e Atenção de acordo com a escala das Síndromes do ASR (Continuação).

<i>Participantes</i>	<i>Problemas com o pensamento</i>	<i>Problemas de Atenção</i>
16	Normal – 54	Normal – 53
17	Normal – 58	Normal – 60
18	Normal – 51	Clínico – 72
19	Clínico – 3	Normal – 63
20	Normal – 50	Normal – 50
21	Normal – 62	Normal – 60
22	Normal – 58	Limítrofe – 65
23	Normal – 58	Normal – 50
24	Normal – 50	Normal – 51

Os quadros 20A e 20B indicam os Problemas Externalizantes relacionados a escala para Comportamento Agressivo. Observa-se que dezenove pais, dos 24 participantes do grupo SWB, se encontram dentro da classificação normal, apenas um como clínico e quatro como limítrofes. Para a escala Comportamento de Quebrar Regras, vinte e dois pais dos 24 participantes, apresentaram perfil comportamental dentro da faixa normal, um classificou como clínico e também um como limítrofe. Para a escala Comportamento Intrusivo, observa-se que vinte e três dos 24 participantes do grupo, classificaram como perfil comportamental dentro da faixa normal, apenas um participante do grupo classificou como limítrofe, e nenhum como clínico.

Quadro 20A: Avaliação (Classificação - Escore t) por participante do grupo de pais (SWB) dos problemas externalizantes: Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar Regras e Intrusivo de acordo com a escala das Síndromes do ASR.

<i>Participantes</i>	<i>PROBLEMAS EXTERNALIZANTES</i>		
	Comportamento Agressivo	Comportamento de quebrar regras	Intrusivo
1	Normal-50	Normal-50	Normal-50
2	Normal-61	Normal-56	Normal-58
3	Limítrofe-65	Normal-51	Normal-50
4	Limítrofe-65	Normal-51	Normal-51
5	Limítrofe-68	Limítrofe-68	Normal - 53
6	Normal - 53	Normal - 50	Normal - 51
7	Normal - 60	Normal - 60	Normal - 57
8	Limítrofe-65	Normal-58	Normal-50
9	Normal-52	Normal-56	Normal-50
10	Normal-60	Clínico-70	Normal-51
11	Normal-54	Normal-52	Normal-57
12	Normal-58	Normal-51	Normal-51
13	Normal - 56	Normal - 53	Normal - 52
14	Normal - 56	Normal - 50	Normal - 50
15	Normal - 62	Normal - 59	Clínico - 72

Quadro 20B: Avaliação (Classificação - Escore t) do grupo de pais (SWB) dos Problemas Externalizantes. Comportamento Agressivo, Comportamento de Quebrar Regras e Intrusivo de acordo com a escala das Síndromes do ASR (Continuação)

<i>Participantes</i>	<i>PROBLEMAS EXTERNALIZANTES</i>		
	Comportamento Agressivo	Comportamento de quebrar regras	Intrusivo
16	Normal - 60	Normal - 51	Normal - 50
17	Normal - 60	Normal - 56	Normal - 57
18	Normal - 60	Normal - 56	Normal - 57
19	Normal - 61	Normal - 60	Normal - 61
20	Normal - 50	Normal - 51	Normal - 51
21	Normal - 53	Normal - 58	Normal - 50
22	Clínico - 78	Normal - 59	Normal - 50
23	Normal - 55	Normal - 51	Normal - 54
24	Normal - 53	Normal - 58	Normal - 50

6 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS INSTRUMENTOS ENTRE GRUPOS TDAH E SWB E DISCUSSÃO PARCIAL

6.1 Comparação entre grupos do IEP - Inventário de Estilos Parentais.

A seguir apresentaremos a comparação dos resultados das práticas positivas (Monitoria Positiva e Comportamento Moral) do IEP – Inventário de Estilos Parentais de Gomide (2006) entre os grupos de pais com filhos com queixa de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH (n=30) e pais com filhos com a Síndrome de Williams Beuren – SWB (n= 24).

No Gráfico 19 é possível perceber que na prática “Monitoria Positiva” 62,50%, (n=15) integrantes do grupo SWB possuem desempenho classificado como ótimo e acima da média. Já no grupo TDAH 80,0% dos pais (n=24) possuem classificação ótimo e acima da média. Ainda nesta prática 37,5% (n=9) dos pais do grupo SWB demonstram desempenho abaixo da média e risco, 20,0% (n=6) do grupo de pais (TDAH) pontuaram abaixo da média e risco nesta prática.

Para a prática parental “Comportamento Moral” o grupo de pais SWB demonstrou que 66,7% (n=16) possuem prática parental ótima e acima da média, 76,7% (n=23) do grupo de pais TDAH também possuem desempenho ótimo e acima da média, 33,3% (n=8) do grupo (SWB) demonstrou desempenho abaixo da média e risco, 23,3% (n=7) do grupo TDAH revelou desempenho abaixo da média e risco nesta prática.

É possível observar ao comparar os grupos que tanto um, quanto outro, apresenta em sua maioria maior incidência de práticas positivas, classificadas como ótimo ou acima da média.

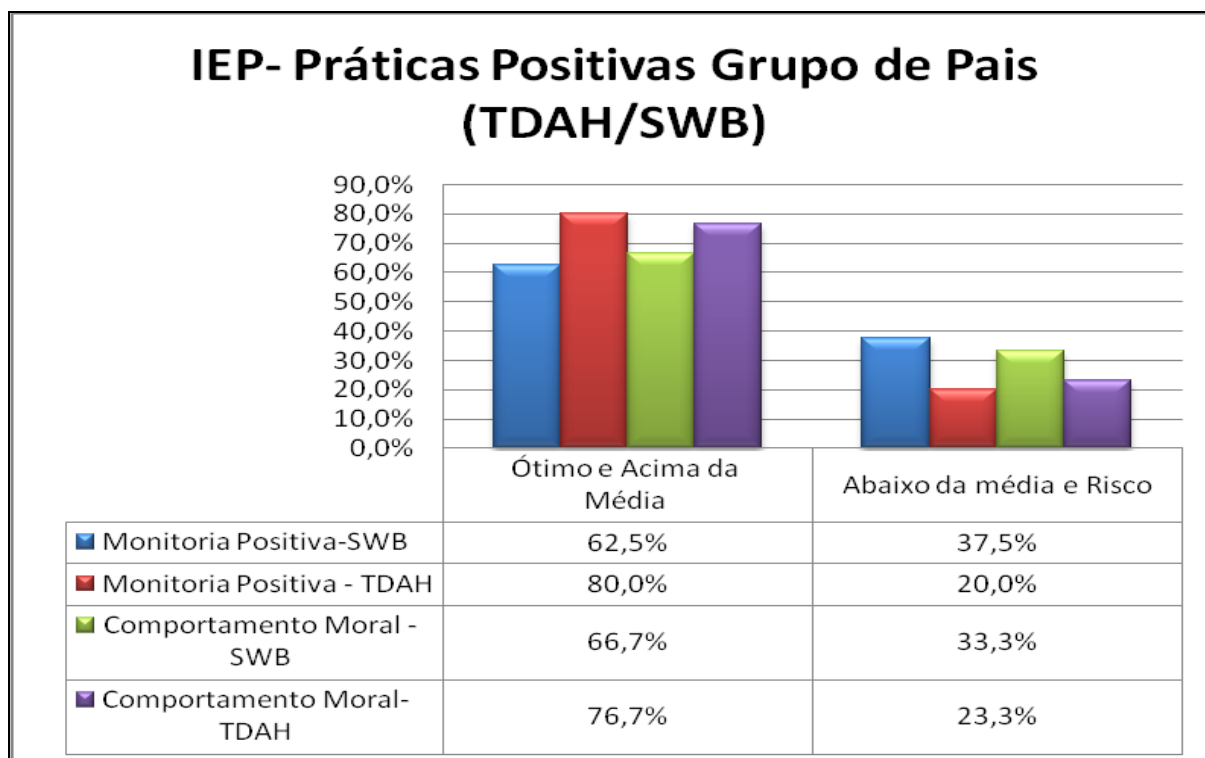


Gráfico 19: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Estilos Parentais – IEP. Práticas Positivas: Monitoria Positiva e Comportamento Moral.

A seguir no Gráfico 20 apresentaremos os resultados entre grupo para os estilos parentais negativos (Punição Inconsistente e Negligência). No caso da Punição Inconsistente, o grupo de pais (SWB) atingiu 66,7% (n=16) com classificação entre ótimo e acima da média, já o grupo de pais (TDAH) 60,0% (n=18) classificou entre ótimo e acima da média. Por outro lado, 33,3% (n=8) dos participantes do grupo de pais (SWB) e 40,0% (n= 12) do grupo TDAH tiveram classificação entre abaixo da média e risco para esse item.

Observa-se que na prática Negligência, 41,7% (n= 10) dos participantes do grupo (SWB) estão classificados entre ótimo e cima da média, 46,7% (n=14) do grupo (TDAH) se encontram classificados entre ótimo e acima da média. Abaixo da média e risco 58,3% (n=14) do grupo (SWB) e 53,3% (n=16) o grupo (TDAH).

No caso das práticas negativas (punição inconsistente e negligência), é possível observar ao comparar os resultados entre grupo que tanto um, quanto outro apresenta alta incidência de práticas negativas, com classificação abaixo da média e risco, especialmente na prática parental negligência.

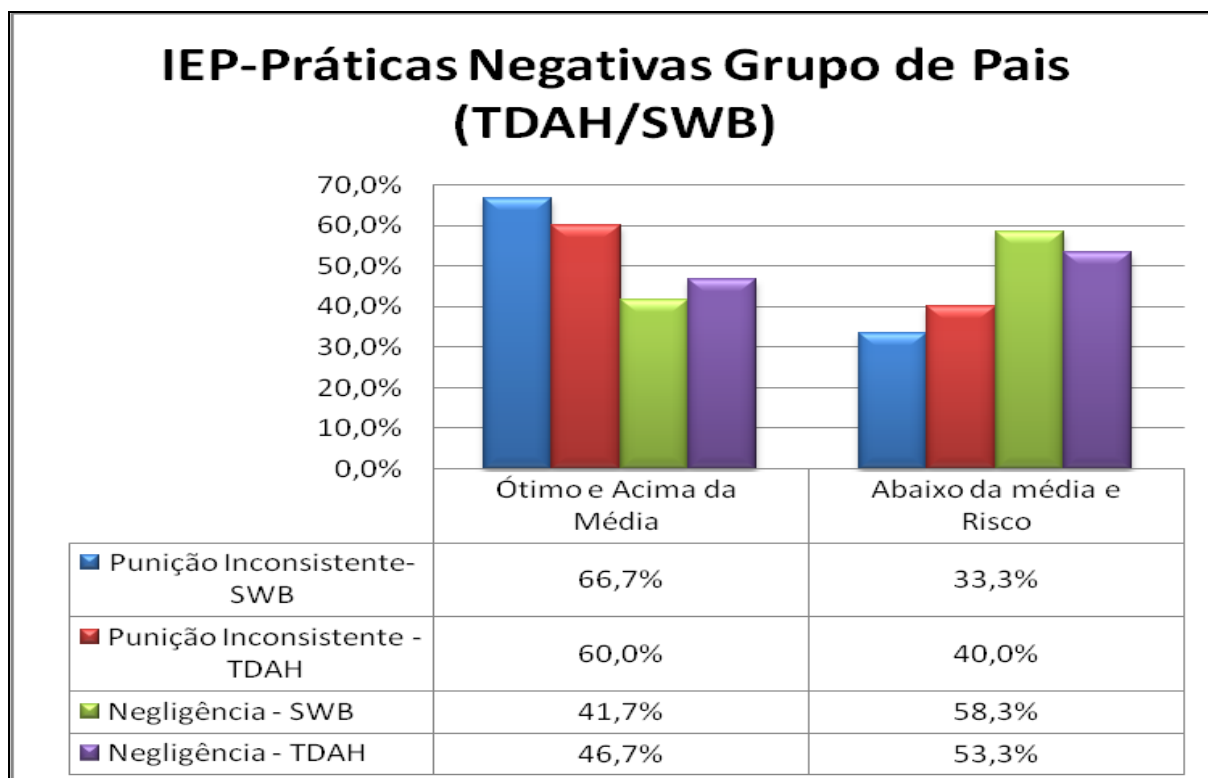


Gráfico 20: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Estilos Parentais – IEP. Práticas Negativas: Punição Inconsistente e Negligência.

No Gráfico 21 é possível visualizar a prática dos dois grupos (TDAH/SWB) para Disciplina Relaxada, observa-se que 33,3% (n=10) dos participantes do grupo (SWB) classificaram neste estilo como ótimo e acima da média, 43,3% (n=13) dos participantes do (TDAH) classificaram como ótimo e acima da média. Na classificação abaixo da média e risco o grupo de pais (SWB) pontuou em 46,7% (n=14) e o grupo de pais (TDAH) pontuou em 56,7% (n=16).

Na prática Monitoria Negativa 37,5% (n=9) dos participantes do grupo (SWB) possuem desempenho classificado como ótimo e acima da média, 50,0% (n=15) dos participantes do grupo (TDAH) possuem desempenho classificado como ótimo e acima da média. Demonstrou desempenho abaixo da média e risco 62,5% (n=15) dos participantes do grupo (SWB) e 50,0% (n=15) do grupo (TDAH).

No caso das práticas negativas (Disciplina Relaxada e Monitoria Negativa), é possível observar que os dois grupos apresentam alta incidência de práticas negativas, classificadas como abaixo da média e risco.

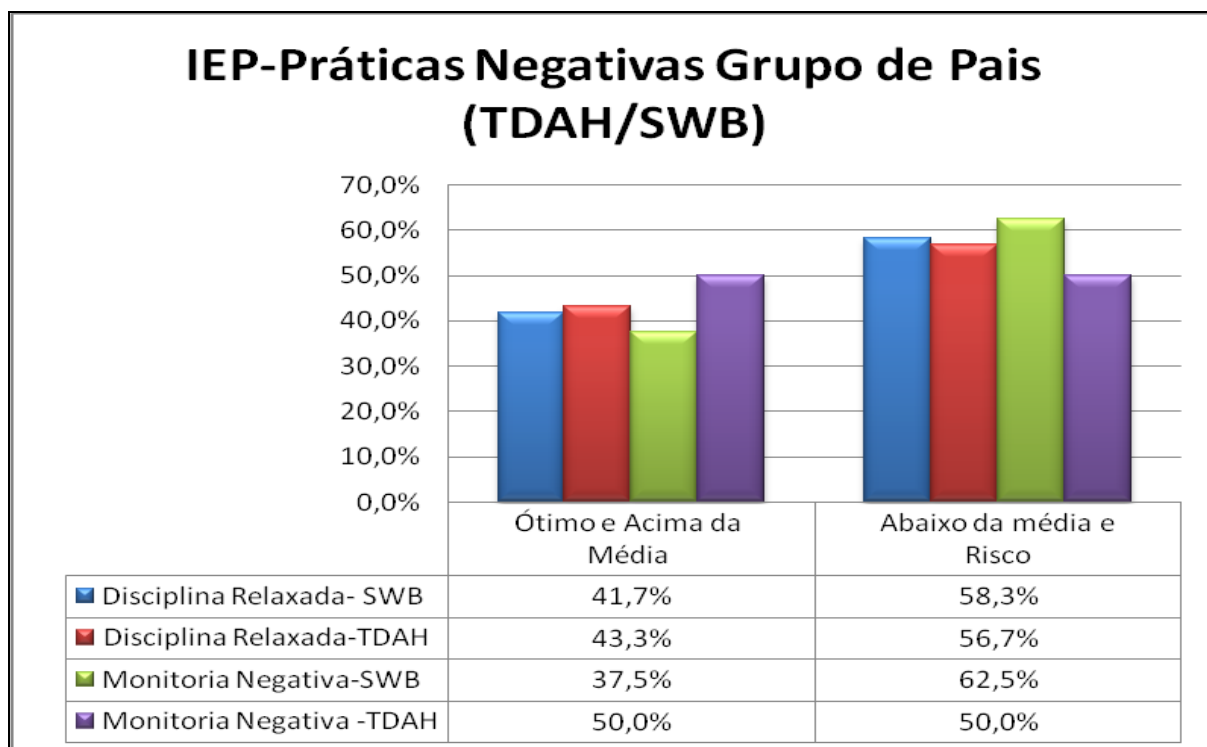


Gráfico 21: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Estilos Parentais – IEP. Práticas Negativas: Disciplina Relaxada e Monitoria Negativa.

No Gráfico 22 é possível visualizar o desempenho dos grupos de pais (TDAH/SWB) na prática parental Abuso Físico como se pode perceber 33,3% (n=8) dos participantes do grupo de pais (SWB) possuem práticas classificadas como ótimo e acima da média e 23,3% (n=7) do grupo (TDAH) possui desempenho classificado como ótimo e acima da média. Entretanto, se encontram no grupo abaixo da média e risco 66,7% (n=16) participantes do grupo (SWB) e 76,7% (n=23) participantes do grupo (TDAH).

No caso da prática Abuso Físico, é possível observar ao comparar os resultados entre grupos que o grupo de pais TDAH, apresenta alta incidência desse tipo de prática com classificação abaixo da média e risco.

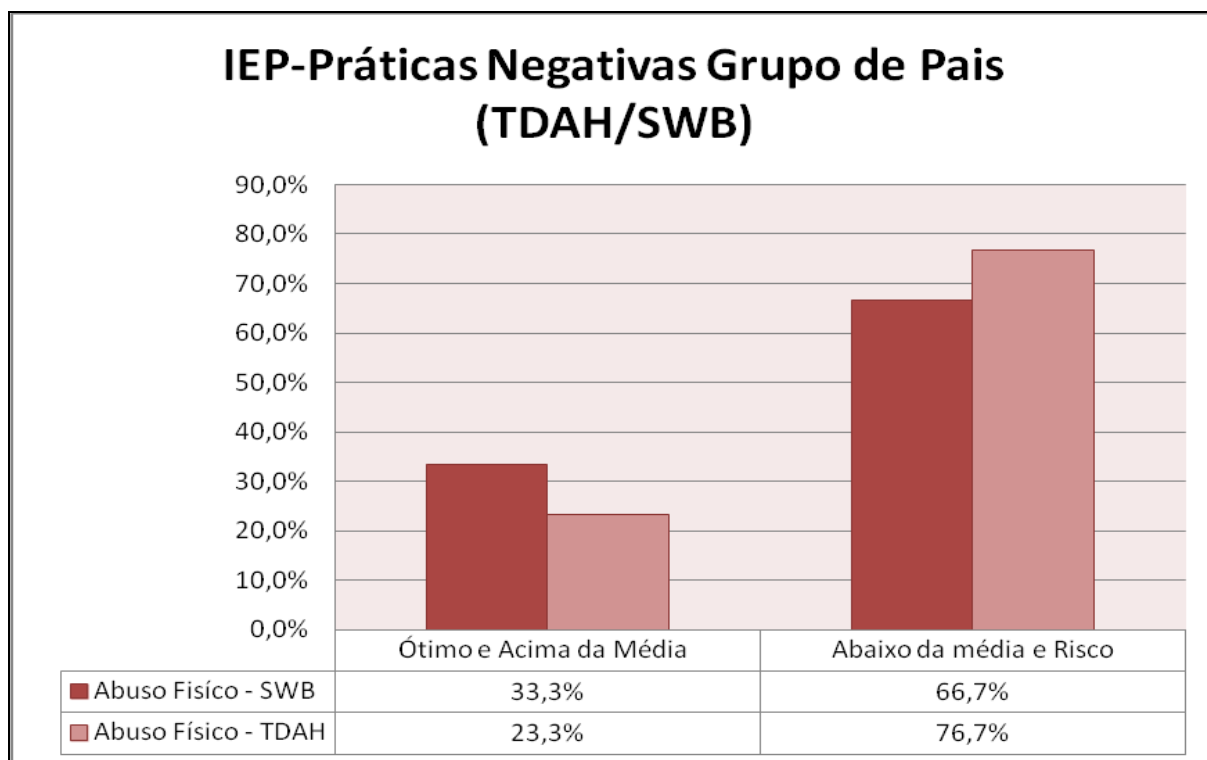


Gráfico 22: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Estilos Parentais – IEP: Práticas Negativas: Abuso Físico.

De acordo com Gomide (2006) as práticas educativas positivas, como a Monitoria Positiva, envolve a distribuição contínua de afeto e o estabelecimento de regras e limites claros, assim como, a distribuição adequada de atenção, privilégios e acompanhamento e supervisão das atividades desenvolvidas pelos filhos. Já o Comportamento Moral, implica em promover condições que favoreçam o desenvolvimento das virtudes, como a empatia, responsabilidade, senso de justiça, trabalho, conhecimento do que é certo e errado em relação ao uso de álcool, drogas e sexo seguro, tendo em mente que o maior exemplo se dar através das próprias atitudes e ações demonstradas pelos pais e/ou cuidadores.

É possível observar que o grupo de pais (TDAH) revela práticas adequadas em relação à Monitoria Positiva, apontando que 80,0% de seus integrantes possuem desempenho ótimo e acima da média nesta prática. De forma semelhante o grupo de pais (SWB), indica que 62,5% de seus integrantes possuem práticas positivas com desempenho ótimo e acima da média.

Contudo, pode-se perceber que apesar do índice positivo de estilos adequados desempenhados pelos dois grupos, o uso de práticas negativas tem sido presente, destacando-se as práticas Negligência (caracterizada pela interação familiar sem afeto) e o Abuso Físico que se relaciona a punição física excessiva e pouca habilidade para demonstração de afeto positivo. O uso de práticas educativas deficitárias pode contribuir para o desenvolvimento de

comportamentos antissociais dos filhos, colocando estas famílias no grupo considerado de risco (GOMIDE; SAMAPAIO, 2005, 2007).

Como pode ser observado no grupo TDAH na prática parental Negligência, 53,3% dos pais fazem uso dessa prática. Ainda dos 30 participantes deste grupo 76,7% revelaram estilo parental situado abaixo da média e risco na prática Abuso físico. No grupo de pais SWB na variável Negligência é possível observar que 58,3% dos pais pontuaram abaixo da média e risco, sendo que 66,7% apresentaram desempenho abaixo da média e risco para a prática Abuso Físico.

6.2 Resultados entre grupos do IPSF – Inventário de Percepção de Suporte Familiar.

O fator Afetivo Consistente de acordo com Baptista (2009) se encontra relacionado a expressões de afetividade e proximidade entre os membros de uma família, como o respeito, a consistência de comportamentos a comunicação e habilidade na resolução de problemas.

O Gráfico 23 apresenta os resultados da comparação dos resultados do IPSF entre grupo (TDAH/SWB) relativo ao fator Afetivo Consistente. Como pode ser observado o grupo de pais (TDAH) demonstrou que 60,0% dos seus integrantes percebem como alto e médio alto o nível de afetividade e acolhimento entre os membros da família e 40,0% percebem como médio baixo e baixo, por sua vez, o grupo de pais (SWB) demonstrou que mais da metade (66,7%) dos seus componentes percebem como alto e médio alto o grau de afetividade e suporte entre os membros da família e 33,3% percebem como médio baixo e baixo este fator.

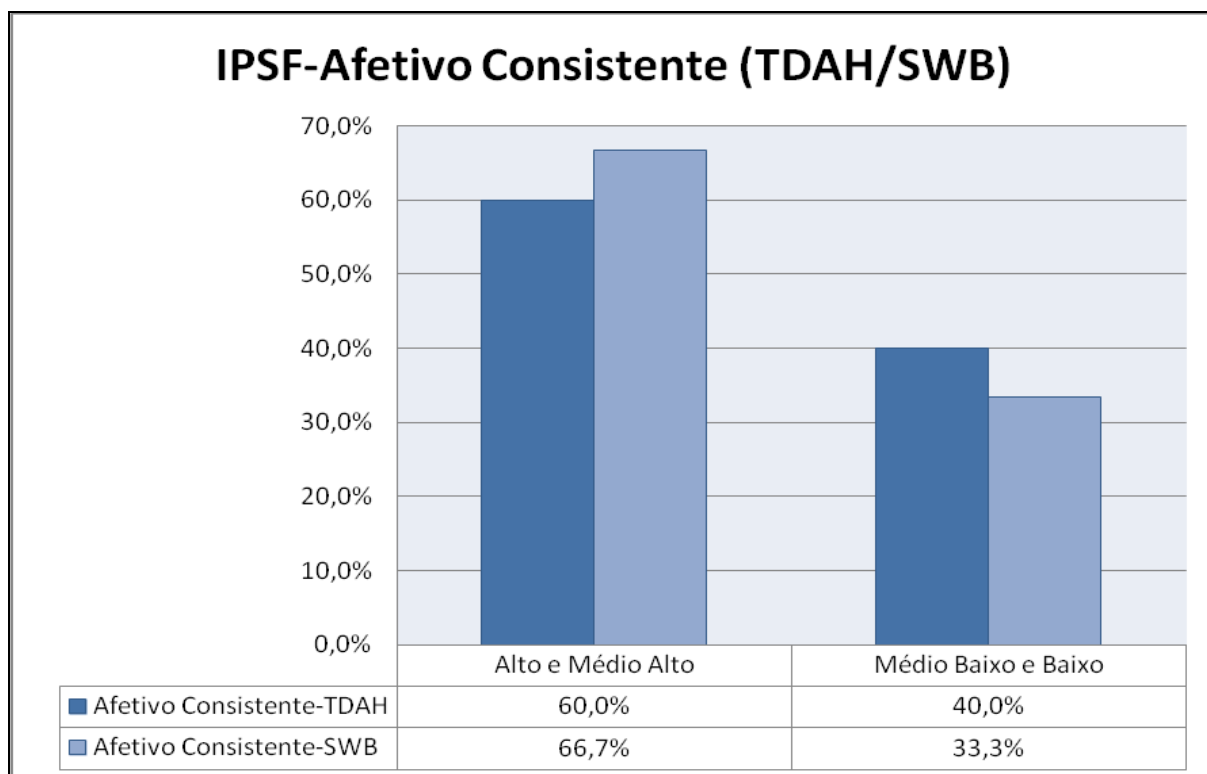


Gráfico 23: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Percepção e Suporte Familiar – IPSF: Afetivo - Consistente.

O fator denominado de Adaptação Familiar de acordo com Baptista (2009) está relacionado a sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, como raiva, agressividade, sentimento de incompreensão e exclusão e conseqüentemente isolamento.

O Gráfico 24 apresenta os resultados obtidos na comparação entre grupo do IPSF, para o fator Adaptação Familiar. Referente a este fator o grupo de pais (TDAH) demonstrou que 30,0% dos seus integrantes percebem como médio alto, e alto o nível de adaptação familiar, 70,0% percebem como médio baixo e baixo, já o grupo de pais (SWB) demonstrou que 54,2% de seus componentes perceberam como médio alto e alto o nível de adaptação entre os membros da família e 45,8% perceberam como médio baixo e baixo.

Os resultados encontrados sugerem que o nível de adaptação familiar no grupo de pais com filhos com a Síndrome de Williams, possui maior grau de adaptatividade que aqueles encontrados no grupo de pais com filhos com queixa de TDAH, considerando que 70,0% dos integrantes do grupo (TDAH) revelaram nível médio baixo e baixo neste fator.

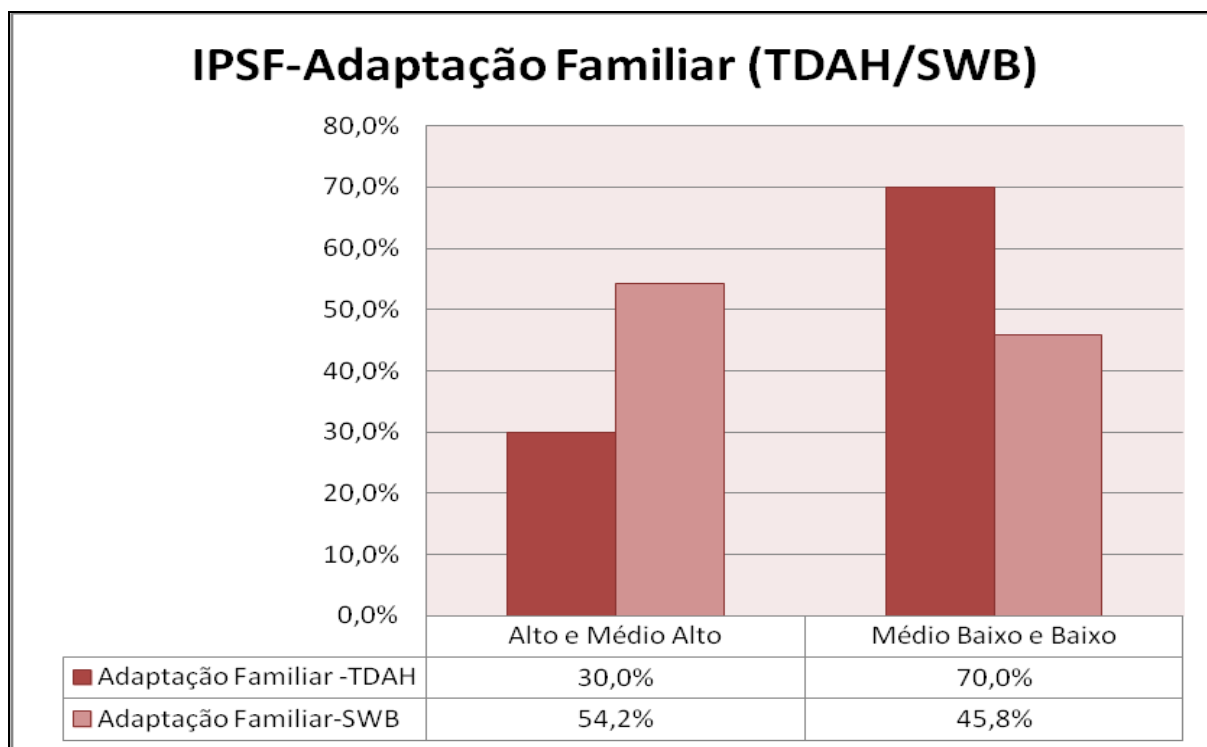


Gráfico 24: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Percepção e Suporte Familiar – IPSF: Adaptação - Familiar.

Baptista (2009) pontua que o fator Autonomia Familiar está ligado às relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros de uma família. No Gráfico 25 é possível observar os resultados da comparação entre grupo (TDAH/SWB) neste fator. O grupo de pais do grupo (TDAH) demonstrou que 60,0% do grupo percebem como alto e médio alto, o nível de autonomia entre seus familiares, por outro lado, 40,0% indicou uma percepção entre médio baixo e baixo, já o grupo de pais (SWB) demonstrou um índice de 70,0% entre médio alto e alto neste fator, e apenas 29,2% dos seus participantes classificaram como médio baixo e baixo.

Observa-se que o grupo SWB demonstrou maior adaptatividade no fator autonomia familiar (70,0%) comparado ao grupo de pais TDAH (60,0%).

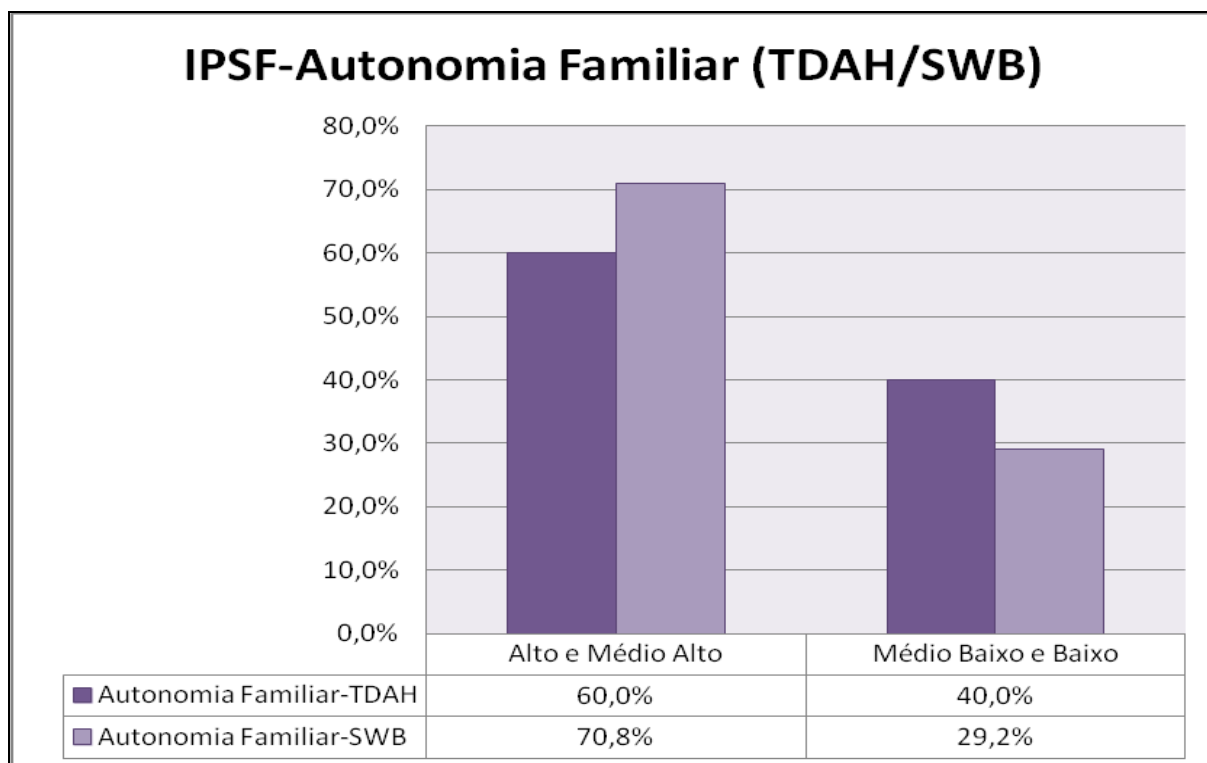


Gráfico 25: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Percepção e Suporte Familiar – IPSF: Autonomia - Familiar.

O resultado do IPSF- Total entre grupo pode ser visualizado no Gráfico 26. Observa-se que na avaliação do IPSF – Total o grupo de pais (TDAH) demonstrou que apenas 20,0% percebem suporte e apoio recebido pela família como alto e 43,3% como baixo, contrastando com o grupo de pais (SWB) em que 50,0% dos seus integrantes percebem como alto o apoio e suporte recebido pela família e apenas 20,8% do grupo indicou baixa percepção.

Baptista (2005, 2009) salienta que altos níveis de carinho e proximidade entre os membros da família contribuem para o desenvolvimento da autoestima, não apenas dos pais, como também da criança e/ou adolescentes, aumentando dessa forma a competência social corroborando com um melhor ajustamento familiar, escolar e psicológico.

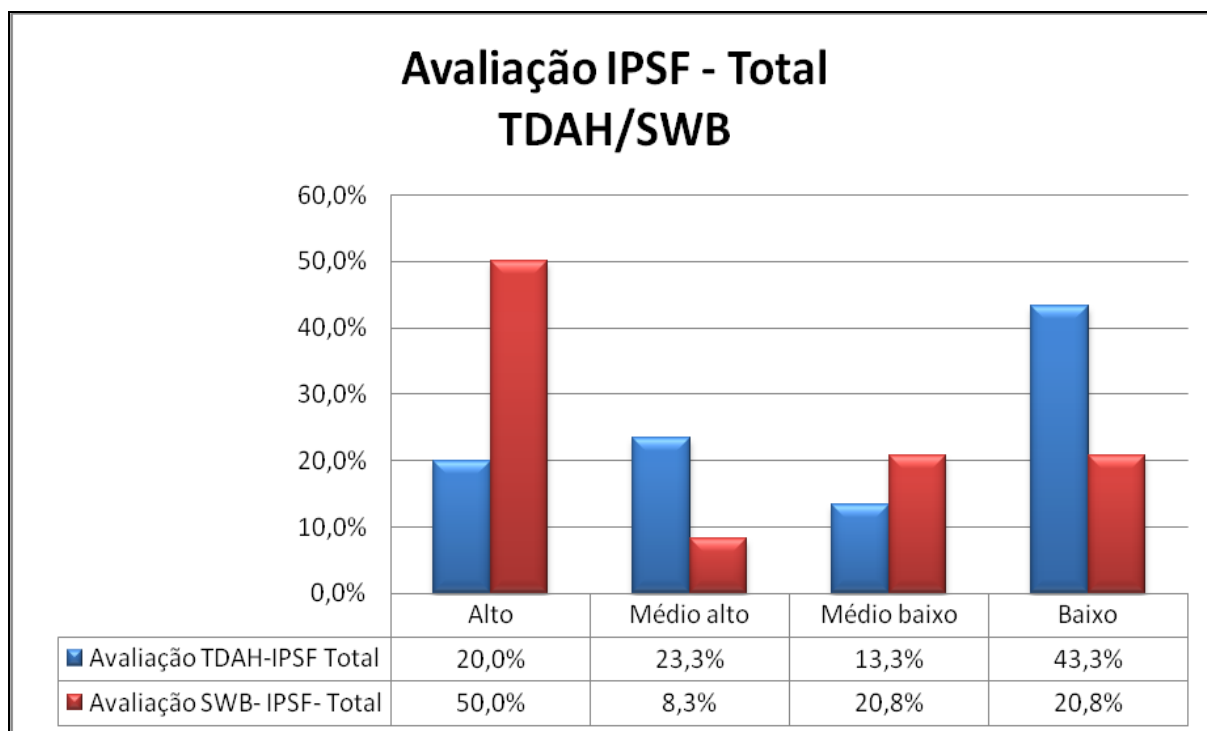


Gráfico 26: Resultados da avaliação entre o grupo de pais (TDAH/SWB) do Inventário de Percepção e Suporte Familiar - IPSF em suas três dimensões: Afetividade, Adaptação e Autonomia.

6.3 Resultados da comparação entre grupo para Problemas Internalizantes da Escala das Síndromes do Inventário de Auto-avaliação para Adultos de 18/55 anos / *Adult self-report – ASR*

No Gráfico 27 observa-se o perfil comportamental com classificação clínica para a escala de ansiedade e depressão, em 16,7% (n=5) dos 30 participantes do grupo (TDAH) e o índice de apenas 4,2% (n=1) para os 24 participantes do grupo (SWB). Nessa mesma escala, para a classificação limítrofe o grupo (TDAH) pontuou em 13,3% (n=4), já o grupo (SWB) pontuou em 16,7%. No grupo (TDAH) verificou-se que 70,0% (n=21) dos seus participantes apresentam perfil dentro da classificação normal e 79,2% (n=19) dos participantes do grupo (SWB) também se encontram dentro dessa classificação.

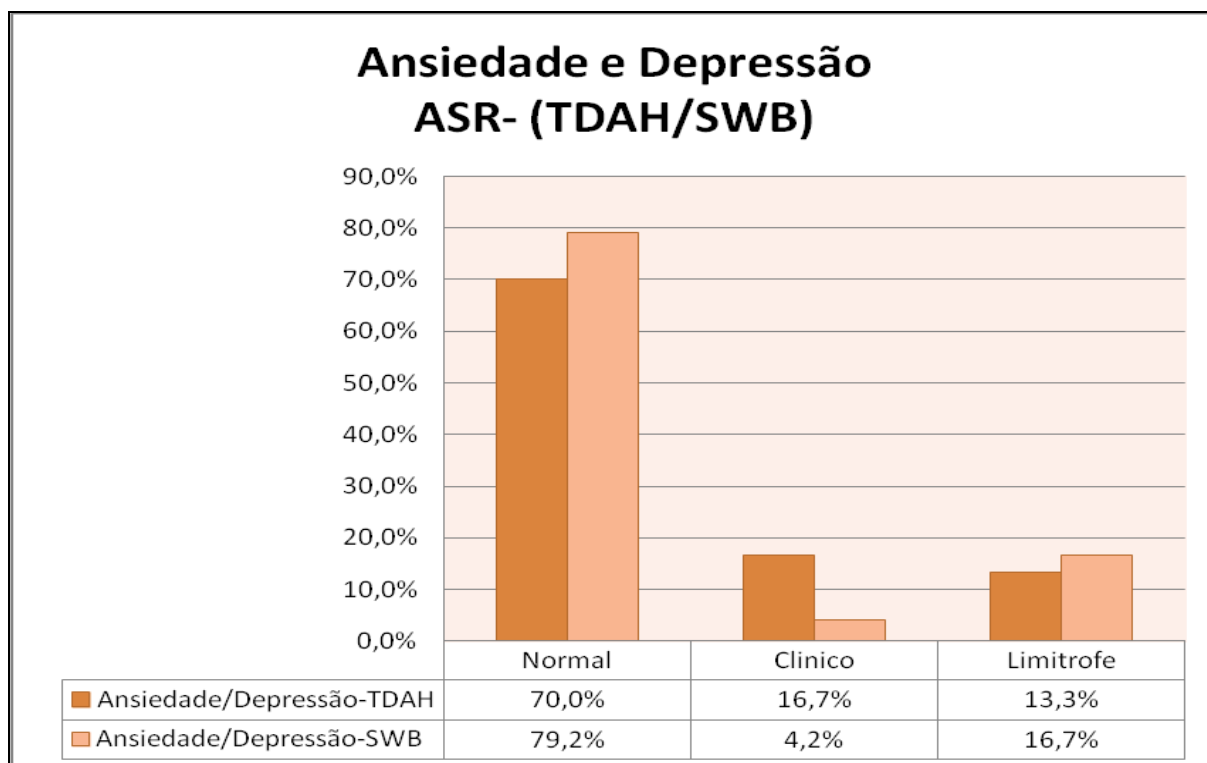


Gráfico 27: Perfil da Escala das Síndromes. Ansiedade e Depressão. Comparação dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).

O gráfico 28 apresenta os resultados para o perfil comportamental com classificação normal na escala para Queixas Somáticas em 66,7% (n=20) dos 30 participantes do grupo (TDAH) e 87,5% (n=21) dos 24 participantes do grupo (SWB), 33,3% (n=10) dos participantes do grupo (TDAH) tiveram classificação limítrofe e 12,5% (n=3) do grupo (SWB) tiveram classificação também como limítrofe. Não houve classificação clínica para o perfil comportamental em nenhum dos dois grupos. Observa-se que a classificação limítrofe para Queixas Somáticas é de 33,3% para o grupo de pais (TDAH) e de apenas 12,5% para o grupo de pais (SWB).

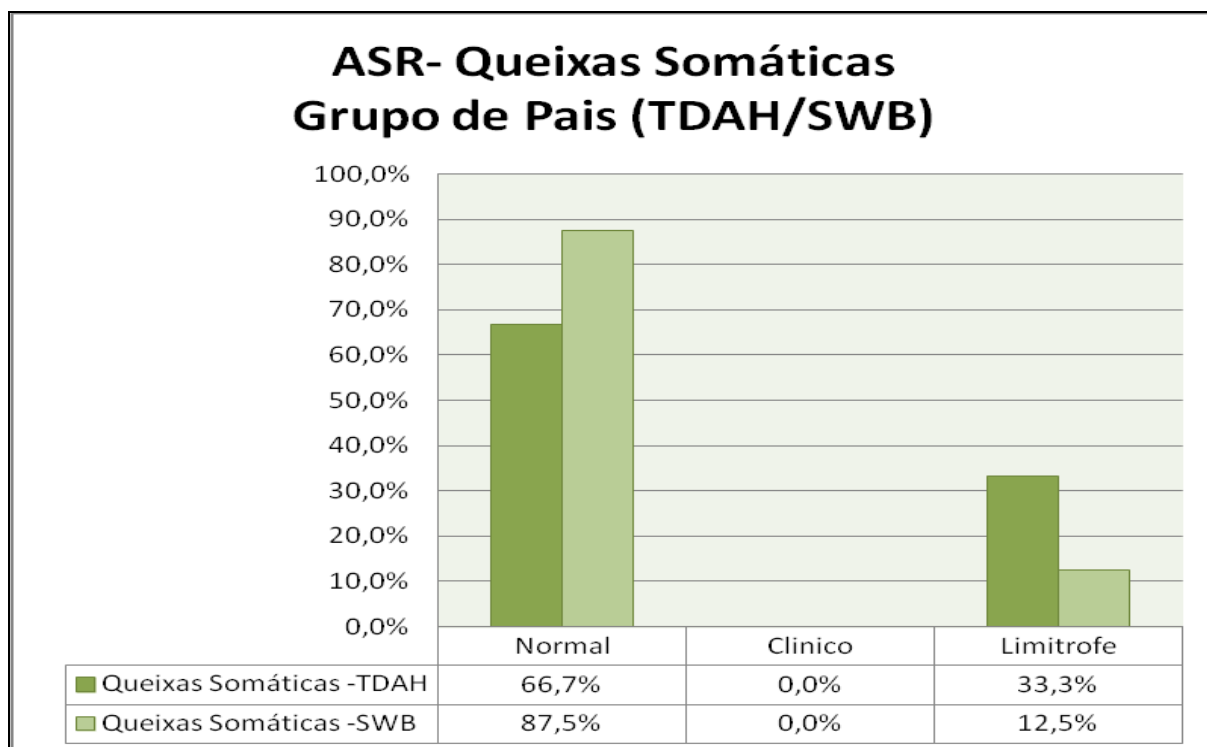


Gráfico 28: Perfil da Escala das Síndromes. Queixas Somáticas. Comparação dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).

No gráfico 29 percebe-se o perfil comportamental com classificação clínica para a escala Isolamento em 13,3% (n=4) dos 30 participantes do grupo (TDAH) e apenas 8,3% (n=2) no total dos 24 participantes do grupo (SWB). Nessa mesma escala 13,3% (n=4) dos participantes do grupo (TDAH) tiveram classificação limítrofe e 25,0% (n=6) dos participantes do grupo (SWB) também tiveram classificação limítrofe. Os outros participantes dos grupos, sendo 73,3% (n=22) do grupo TDAH e 66,7% (n=16) do grupo (SWB) não apresentam relato significativo de problemas nessa escala (classificação normal).

Verifica-se que a pontuação do grupo de pais (SWB) na escala para Isolamento é superior (25,0%) aquela encontrada (13,3%) no grupo de pais (TDAH). Pode-se inferir que apesar da percepção de suporte familiar do grupo SWB ser superior (50,0%) aquele observado no grupo TDAH (20,0%), os pais de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e condições médicas específicas (como na síndrome de Williams), dedicam mais tempo aos cuidados dos filhos, restando pouco tempo para interações sociais de forma mais efetiva (MATSUKURA, 2001, 2007).

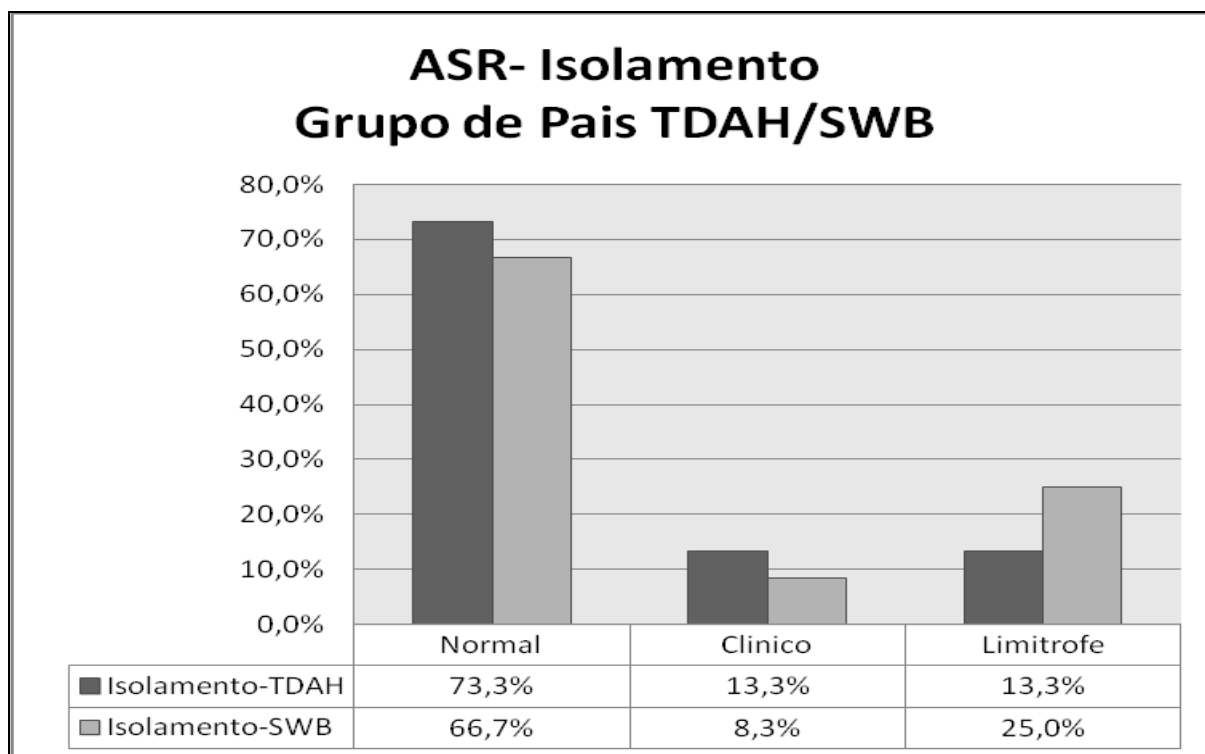


Gráfico 29: Perfil da Escala das Síndromes. Problemas Internalizantes: Isolamento. Comparação dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).

O gráfico 30 apresenta a comparação dos resultados para a escala de Problemas de Atenção e Pensamento. Para Problemas com o Pensamento 90,0% (n=27) dos 30 participantes do grupo (TDAH) possuem perfil comportamental com classificação normal, 83,3% (n=20) do total dos 24 participantes do grupo (SWB) também se encontram dentro desta classificação. Por outro lado, 10,0% (n=3) do grupo (TDAH) tiveram classificação como limítrofes e apenas 4,2% (n=1) do total do grupo (SWB) se encontram dentro desta faixa, 12,5% (n=3) do grupo (SWB) tiveram classificação como clínico, nenhum participante do grupo (TDAH) teve esta classificação.

Para a escala de Problemas de Atenção, tiveram classificação normal 90,0% (n=27) dos participantes do grupo (TDAH), 79,2% (n=19) do grupo (SWB) também possui esta classificação. O grupo (TDAH) revelou que 6,7% (n=2) do total de seus participantes possuem classificação clínica, 8,3% (n=2) do grupo (SWB) também se encontra classificado nesta faixa, apenas 3,3% (n=1) do grupo (TDAH) classificou-se como limítrofe e 12,5% (n=3) do grupo (SWB) também possui esta classificação.

É possível observar que o grupo (SWB) apresenta classificação clínica e limítrofe para Problemas com o Pensamento e Problemas de Atenção em 12,5%.

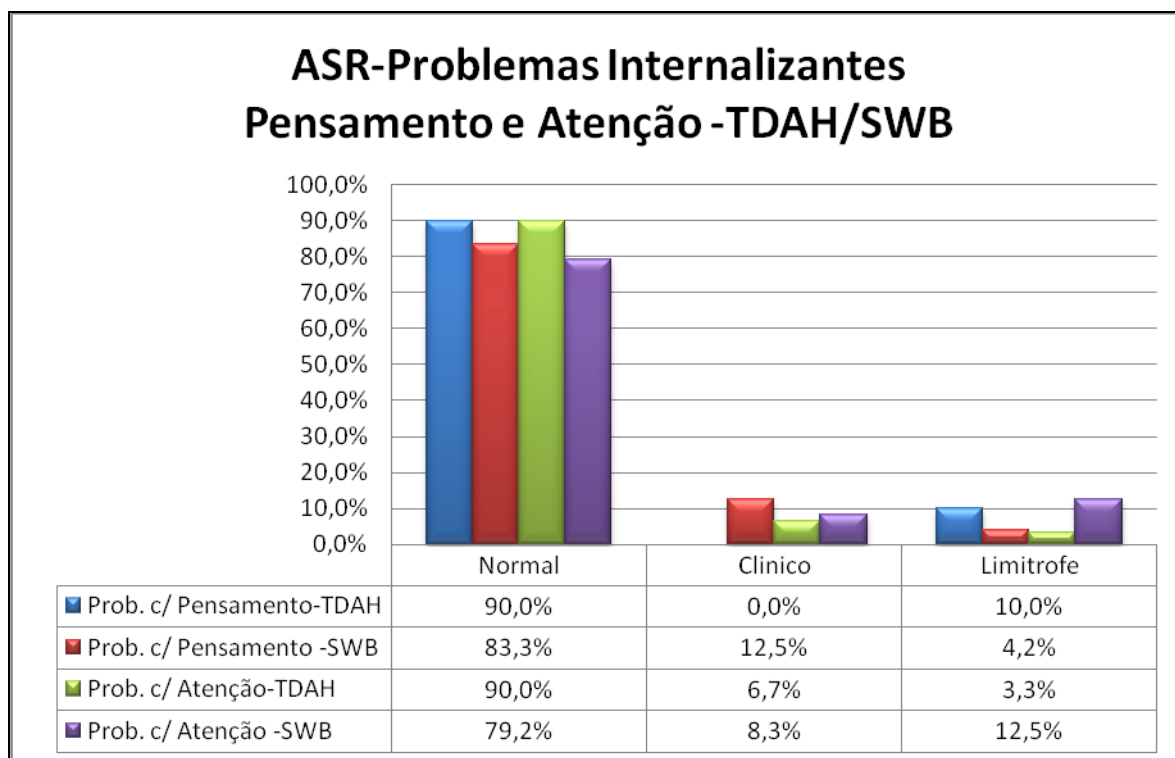


Gráfico 30: Perfil da Escala das Síndromes. Problemas com o Pensamento e Atenção. Descrição dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).

6.4 Os resultados da comparação entre grupo para problemas Externalizantes da Escala das Síndromes do Inventário de Auto - Avaliação para Adultos de 18/55 anos / Adult self-report – ASR.

No gráfico 31 observa-se que 83,3% (n=25) dos 30 participantes do grupo (TDAH) possuem classificação normal na escala de Comportamento Agressivo e 79,2% (n=19) dos 24 participantes do grupo (SWB) também possuem esta classificação, 10,0% (n=3) do grupo (TDAH) classificou como clínico e apenas 4,2% (n=1) do grupo (SWB) se encontra dentro desta classificação, 6,7% (n=2) do grupo (TDAH) tiveram classificação limítrofe e 16,7% (n=4) do grupo (SWB) se encontra dentro dessa faixa.

Observa-se que o grupo de pais (SWB) apresenta maior índice (16,7%) para a classificação limítrofe quando comparado ao grupo de pais (TDAH) que apresenta um índice de 6,7% para esta classificação, por outro lado, o grupo de pais (TDAH) apresenta um índice de 10,0% para classificação clínica, já no grupo (SWB) este índice cai pra 4,2%.

Pode-se pensar se estes índices estão relacionados com o resultado do Inventário de Estilos Parentais (IEP) de Gomide (2005), na prática parental abuso físico. Verificou-se que o abuso físico está presente tanto em um grupo quanto em outro grupo. No ASR, em torno de

20 % dos pais de ambos os grupos relatam comportamentos agressivos com frequência que os classificam como clínico ou limítrofe. Entretanto, o relato de abuso físico no IEP é maior do que os relatados aqui, indicando que muitos pais que exibem o estilo com abuso físico não relatam problemas agressivos no ASR.

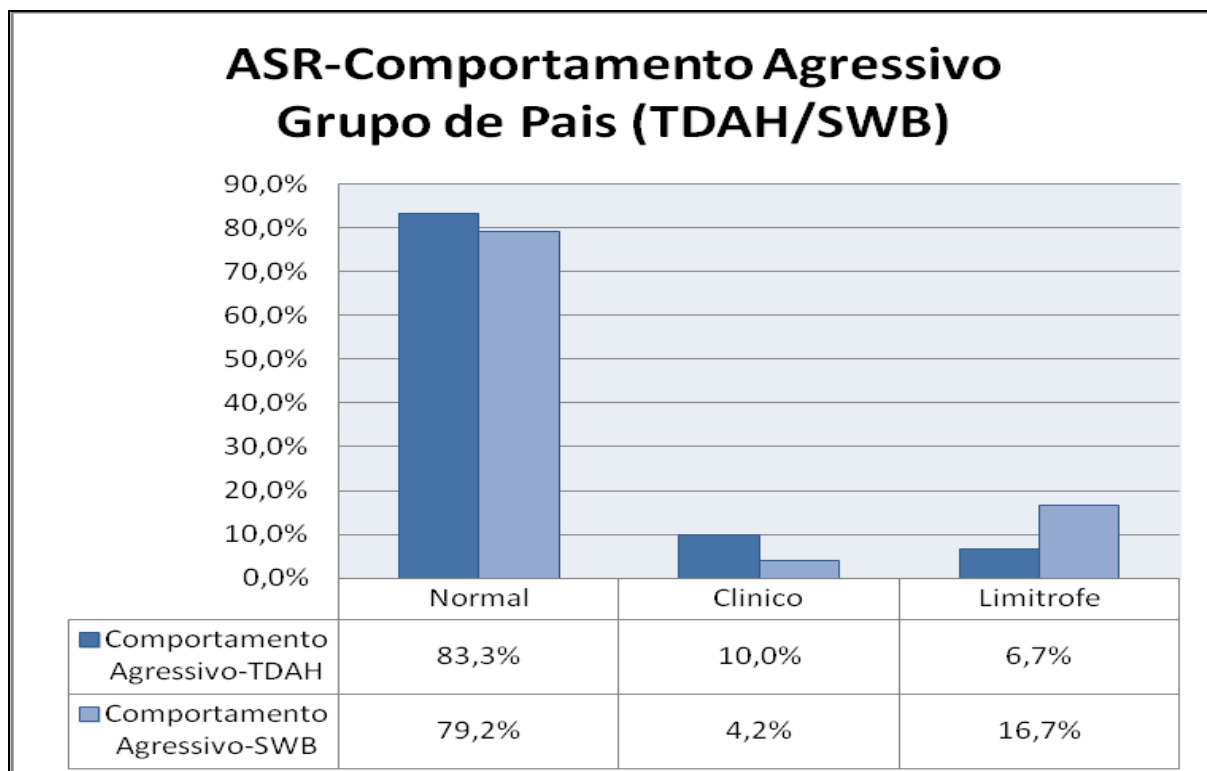


Gráfico 31: Perfil da Escala das Síndromes. Problemas Externalizantes: Comportamento Agressivo. Descrição dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).

Para o Comportamento de Quebrar Regras O gráfico 32 demonstra que 80,0% (n=24) dos 30 participantes do grupo (TDAH) possuem perfil comportamental com classificação normal, 91,7% (n= 22) dos 24 participantes do grupo (SWB) também se encontram nesta faixa, 16,7 (n=5) do grupo (TDAH) revelou perfil comportamental com classificação clínica, e 4,2% (n=1) do grupo (SWB) também classificou nessa faixa, 3,3% (n=3) do grupo (TDAH) e 4,2% (n=1) do grupo (SWB) apresentaram classificação limítrofe.

Pode-se observar que a taxa para problemas externalizantes de Quebrar Regras, com classificação clínica é superior (16,7%) no grupo de pais (TDAH). Este resultado pode ser pensado frente à prática parental disciplina relaxada que é caracterizada pelo não cumprimento das regras estabelecidas, os pais ao se depararem com o comportamento opositor e agressivo do filho, fazem ameaças e se omitem em fazer valer as regras. A exposição constante a esta prática, pode favorecer o desenvolvimento e manutenção de

comportamentos inadequados ou até mesmo delinquentes (BOLSONI-SILVA; SALINA-BRANDÃO; VERSUTI-STOQUE, 2008; FERREIRA; MATURANO, 2002; GOMIDE; CARVALHO, 2003).

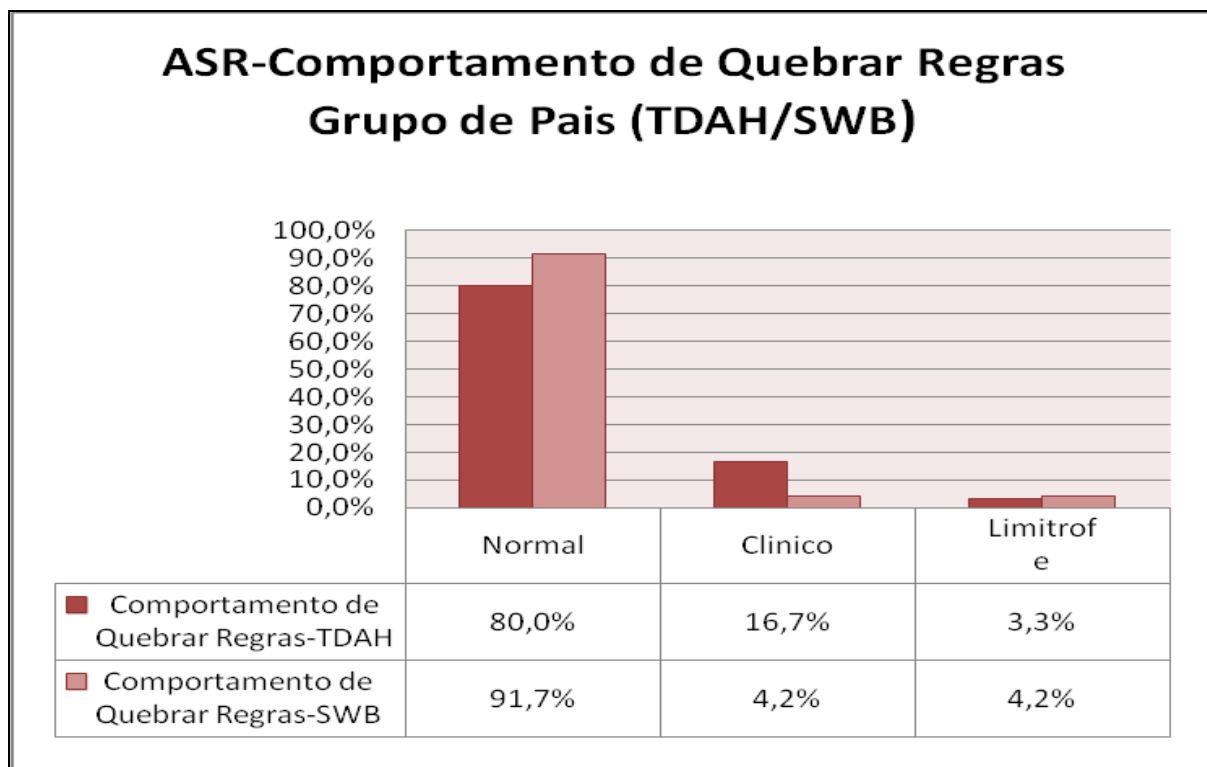


Gráfico 32: Perfil da Escala das Síndromes. Problemas Externalizantes: Comportamento de Quebrar Regras. Comparação dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).

Através do gráfico 33 é possível observar que o perfil comportamental com classificação normal para a escala de Comportamento Intrusivo está presente em 96,7% (n=29) dos 30 participantes do grupo (TDAH) e em 95,8% (n=23) dos 24 participantes do grupo (SWB), apenas 3,3% (n=1) do total do grupo (TDAH) classificou-se como limítrofe e 4,2% (n=1) dos participantes do grupo (SWB) também se encontram nesta faixa. Não houve classificação clínica em nenhum dos dois grupos.

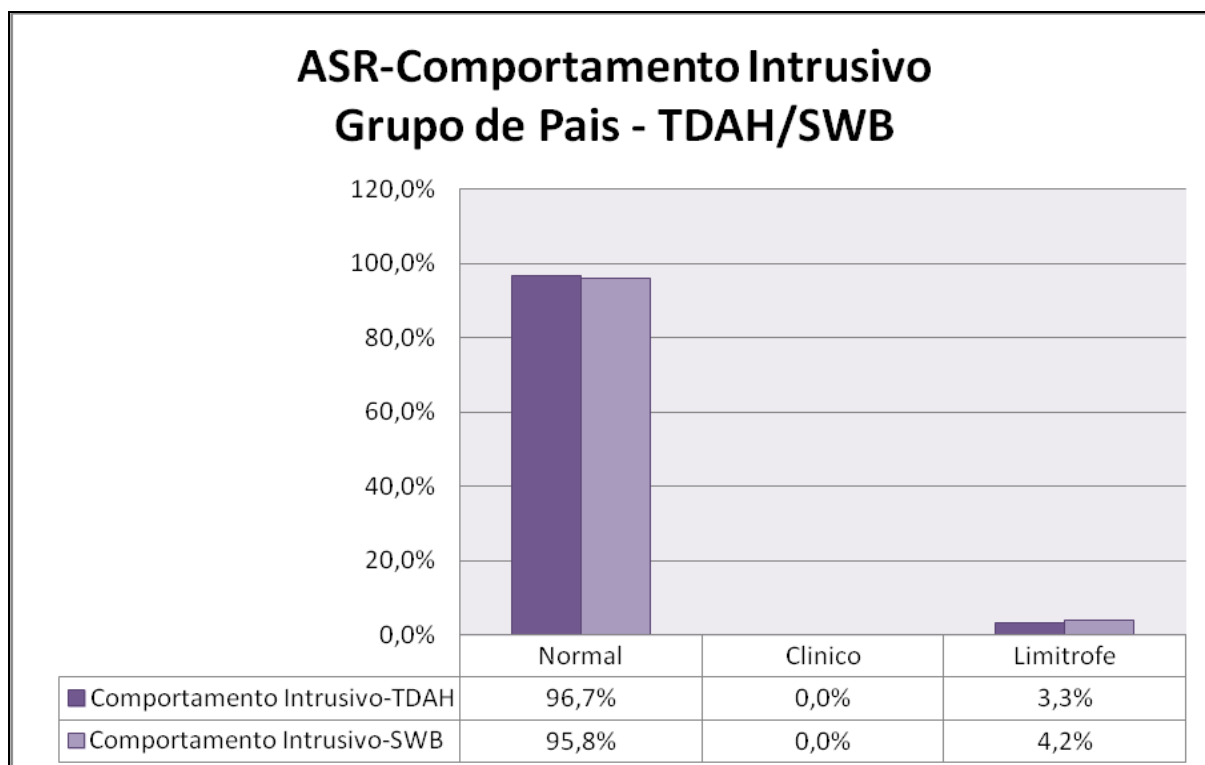


Gráfico 33: Perfil da Escala das Síndromes. Problemas Externalizantes: Comportamento de Quebrar Regras. Comparação dos resultados entre grupo de pais (TDAH/SWB).

6.5 Comparação dos resultados entre grupo para qualidade de vida avaliada pelo *Whoqol-bref* em seus quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente) e Total.

Embora não exista um consenso sobre a definição de qualidade de vida, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999). Assim, a definição de qualidade é multidimensional incluindo elementos objetivos e subjetivos.

Comparando-se separadamente os domínios de cada grupo (gráfico 34), observa-se que para o domínio ambiente o nível de qualidade de vida do grupo (TDAH) se encontra em 59,9% seguindo de 55,9% para o mesmo domínio para o grupo (SWB), para o domínio psicológico 64,3%, para o grupo (TDAH) e 64,8% para o grupo (SWB), para o domínio físico 65,6% para o grupo (TDAH) e 65,6% para o grupo (SWB), já no domínio das relações sociais

65,8% para o grupo (TDAH) e 73,3% para o grupo (SWB). No total, os dois grupos apresentaram um índice de qualidade de vida equivalente a 63,6%.

Embora no total o nível de qualidade de vida dos dois grupos aponte satisfação de modo geral, é importante observar a influência de cada domínio e suas distintas dimensões relacionadas à qualidade de vida dos dois grupos.

Observa-se que o domínio relações sociais foi o que mais contribuiu (73,3%) na qualidade de vida do grupo (SWB), sendo que o domínio ambiente teve menor contribuição (55,9%), contrastando com o grupo (TDAH) que demonstrou melhor nível de qualidade de vida (59,9%) neste domínio. Também se observa que o nível de qualidade de vida para o domínio relações sociais no grupo (TDAH), cai para 65,8% em relação ao grupo SWB (73,3%).

Convém salientar que o domínio ambiente, envolve vários aspectos em suas facetas, como recursos financeiros, acesso aos cuidados de saúde, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, assim como, acesso ao lazer, aspectos de moradia, dentre outros. A influência deste domínio e suas muitas facetas no nível de qualidade de vida dos grupos podem está relacionados aos aspectos da caracterização da amostra.

Pesquisadores (DESSEN 2000; SILVA; DESSEN 2001, 2002, 2004; MAJUMDAR; PEREIRA; FERNANDES, 2005; SALVO; SILVARES; TONI 2005) apontam variáveis como o grau de escolaridade dos pais e grau de deficiência do filho, acesso ao lazer, renda familiar, apoio social recebido pela família, dentre outros, como fatores importantes na sobrecarga sentida pelos pais, especialmente aqueles que possuem filhos com deficiência intelectual (BÉRGAMO; BAZON 2011; SEMENSATO; SCHIMIDT; BOSA 2003).

Considerando dados da literatura acima citada, na variável grau de escolaridade observa-se que 80,0% dos participantes do grupo (TDAH) possuem ensino médio completo e superior completo e apenas 45,8% dos participantes do grupo (SWB) se encontram nesta faixa (ensino médio completo/superior completo).

Com relação à classe socioeconômica verificou-se que 83,3% do total dos integrantes do grupo (TDAH), possuem maior poder aquisitivo segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas - ABEP (2008), sendo que 73,3% dos integrantes desse grupo trabalham período integral fora do domicílio, já no grupo de pais (SWB), apenas 58,3% do total dos seus participantes estão situados na classe socioeconômica com maior poder aquisitivo, sendo que apenas 37,5% do total de seus participantes trabalham período integral

fora do domicílio e, 33,3% dedicam-se integralmente aos cuidados relacionados aos filhos e 4,2% do total de participantes se encontram desempregados.

Estes aspectos podem exercer influência no nível de qualidade de vida relacionada ao ambiente (domínio/facetetas) demonstrada pelos grupos de pais.

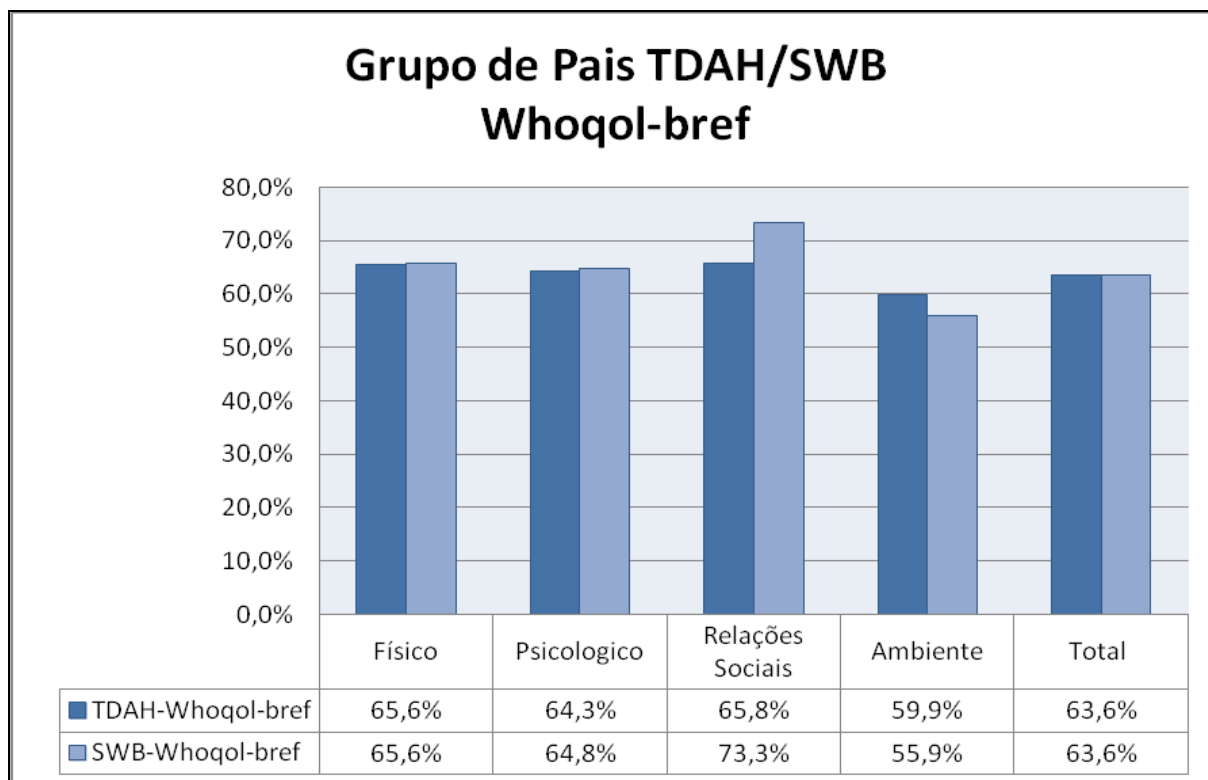


Gráfico 34: Resultados da comparação entre grupo de pais para qualidade de vida nos quatro domínios do *Whoqol-bref*: Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e Total.

7. DISCUSSÃO GERAL

Esse trabalho teve como objetivos descrever indicadores de saúde mental e estilos parentais entre grupo de pais com filhos com SWB e com TDAH, assim, na discussão a seguir apresentaremos algumas possibilidades de se refletir sobre os resultados obtidos de acordo com os dados encontrados na literatura. Não é objetivo dessa discussão esgotar todas as explicações e possibilidades de se compreender os resultados aqui verificados, mas apontar caminhos para a discussão crítica dos dados.

Para a discussão do trabalho adotou-se a definição de Gomide (2006), pela qual estilos parentais estão ligados ao relacionamento afetivo emocional entre pais e filhos, e se encontra associado a um conjunto de práticas educativas que visam ações por parte dos pais, objetivando o desenvolvimento de comportamentos adequados por parte dos filhos, a fim de melhor adaptação ao convívio familiar, social, aprendizagem e internalização de regras (ALVARENGA; PICCININI, 2001; DARLING; STEINBERG, 1993).

Os dados observados nesse trabalho indicam que os pais avaliados utilizam práticas positivas de estilos parentais, que foram observadas tanto para um grupo quanto para o outro, mas que contrastam com o uso concomitante de práticas negativas também com alta frequência. Estudos têm demonstrado que famílias com índice de estilo parental negativo também expressam prejuízos em habilidades sociais (GOMIDE, 2005). De acordo com Gomes (2001), Silveira e Wagner (2012) comportamentos antissociais na infância, adolescência e idade adulta, podem estar associados às práticas educativas inadequadas. Sampaio e Vieira (2010) apontam em seus estudos que a negligência e o abuso físico podem estar associados a comportamentos antissociais na infância e adolescência, Cupertino e colaboradores (2006), também encontraram em seus estudos relação significativa, entre abuso físico e depressão na fase da vida adulta e velhice. A prática parental punição inconsistente é caracterizada pela falha em usar de modo eficaz a punição e se encontra dependente do humor dos pais, ou seja, a depender do humor destes, um determinado comportamento emitido pelo filho pode ser, ou não punido (SORRIANO FRASSETTO et al., 2010). Assim, a criança não aprende a discriminar a forma correta de agir, antes aprende a discriminar o humor dos pais e a comportar-se de acordo com este (CONSTANTINO; RONDINI, 2012; GOMIDE, 2006; PRUST; GOMIDE, 2007; RINHEL-SILVA; SORIANO-FRASSETTO, 2010).

Por outro lado, a demonstração de afeto combinado com ambiente favorável e práticas educativas positivas (GOMIDE, 2007), constitui fator de proteção durante o desenvolvimento

infantil. Estas interações, principalmente entre mãe e filho, estimulam a aquisição da linguagem e comunicação no processo de desenvolvimento da criança. Ainda facilita a aquisição de novos comportamentos e desenvolvimento de habilidades sociais (CARDOZO; SOARES, 2010; CIA et al., 2006, 2007, 2008; FOR-WEY e BIH- CHIND, 2012). Ainda segundo Formiga (2011) as práticas parentais positivas estão relacionadas não apenas a dinâmica e organização psicológica e sócio-comunicativa entre os membros da família, elas também facilitam a identificação com estes pares, resultando em um melhor desenvolvimento psicossocial. Johnston e Mash (2001) além de Weber; Brandenburg e Viezzer (2003) também encontraram achados semelhantes em seus estudos.

O convívio familiar e a adaptação de famílias que possuem entre seus membros uma pessoa com deficiência intelectual é bastante complexa, especialmente quando se trata de um filho. Estes pais segundo Sprovieri e Assumpção (2001) enfrentam constantes desafios, principalmente aqueles que possuem filhos com maior grau de comprometimento, não apenas intelectual como também, condição médica específica, como exemplo, crianças com a síndrome de Williams (ADAMS; SCHMAIER, 2012; SUGAYAMA et al., 2003).

Fávero e Santos (2010) salientam em seu estudo que a convivência diária com a criança com um quadro crônico altera o funcionamento familiar. A mãe especificamente, para esses autores, por assumir a responsabilidade direta pelos cuidados do filho, sofre maior pressão interna e externa, evidenciando-se de forma clara a sobrecarga emocional nos elevados níveis de estresse e desenvolvimento de quadros psiquiátricos como depressão e ansiedade (CHERUBINI; BOSA; BANDEIRA 2008; FÁVERO; SANTOS 2005; MINNETO; CREPALDI 2012; JHONSTON; MASH 2001; JHONSTON; HESSL; BLASEY et al. 2003; SIFUENTES; BOSA 2010; SILVA; DESSEN, 2007).

A prática parental “Comportamento moral” de acordo com vários estudiosos (CECCONELLO; ANTONI; KOLLER, 2003; D’ABREU; MATURANO, 2010; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; GARCIA-SERPA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006; SALVO; SILVARES; TONI, 2005) é uma das variáveis que inibem o desenvolvimento de comportamentos antissociais, favorece o desenvolvimento da empatia, que é uma das variáveis inversas a comportamentos agressivos (PAVARINE; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). Desse modo, o comportamento moral dos pais, está fortemente associado ao desenvolvimento do comportamento moral dos filhos e, portanto são incompatíveis com a violência e agressão (PRUST; GOMIDE, 2007).

Por outro lado, práticas como a negligência e o abuso físico, de acordo com Gomide (2006), podem sobrepor ou neutralizar as práticas positivas, colocando tais famílias no grupo

considerado de risco, sendo, portanto necessário o encaminhamento destes pais para psicoterapia e grupos de apoio, assim como, programas interventivos especialmente desenvolvidos para este público. As práticas parentais negativas, segundo Bolsoni-Silva e colaboradores (2008) podem não apenas influenciar, como também manter problemas de comportamentos durante o desenvolvimento infanto-juvenil, ao passo que práticas positivas servem como fator de proteção, uma vez que podem inibir o surgimento e manutenção de problemas comportamentais e emocionais.

Por este motivo, programas para treinamento de habilidades sociais têm sido desenvolvidos, com o objetivo de melhorar as relações e interações familiares, especialmente entre pais e filhos, colaborando com uma melhor qualidade de vida. O treinamento de habilidades sociais consiste em identificar excessos ou déficits de comportamentos, crenças distorcidas e respostas emocionais que estejam contribuindo para a emissão de comportamentos não adequados, ou socialmente não habilidosos (BOLSONI-SILVA; MATURANO, 2002; CIA; PEREIRA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2007; PINHEIRO; HAASE; AMARANTE 2006; SILVA; MURTA, 2009).

Nesse sentido, a natureza das relações familiares está associada ao ajustamento emocional e comportamental da família, e pode ser facilitador no processo de aprendizagem e desenvolvimento das relações sociais, ainda mais ao considerar que a família geralmente se constitui em principal rede de apoio e suporte social do indivíduo, especialmente mediante dificuldades e problemas a que venha enfrentar (ARAÚJO, 2003; CUPERTINO et al.; 2006; SIQUEIRA, 2008).

A percepção de suporte familiar no indivíduo indica como este percebe o suporte recebido pela família, que pode ser proveniente tanto da família nuclear, quanto da família constituída e se caracteriza de modo geral, pela coesão familiar, adaptabilidade e comunicação (BAPTISTA 2009). De acordo com os dados colhidos verificou-se que apenas 20,0% dos participantes do grupo (TDAH) percebem como alto o apoio e suporte recebido pela família, ao passo que 43,3% da amostra tendem a perceber uma família menos suportiva, classificando como baixo a qualidade do apoio que recebem.

Os resultados deste estudo revelem que 50,0% dos participantes do grupo (SWB) percebem o suporte recebido pela família como alto e apenas 20,8% percebem como baixo. É interessante notar que nos resultados da avaliação de qualidade de vida em seus quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), os grupos obtiveram índices

equivalentes, exceto no domínio ambiente e qualidade nas relações sociais. Neste último o grupo de pais (SWB) obteve maior pontuação (73,3%).

Assim podemos inferir que o domínio relações sociais, tem grande importância na definição de qualidade de vida do grupo de pais com filhos com deficiência intelectual (SWB). De modo semelhante podemos inferir que a percepção de suporte familiar, do grupo (SWB) tem sido satisfatória em seus três fatores, afetivo consistente, adaptação familiar e autonomia. Baptista (2009) afirma que a família é um importante dispositivo social, que pode influenciar o desenvolvimento de comportamentos, sentimentos de pertencimento social e saúde mental de seus membros (BAPTISTA; BAPTISTA, 2001).

Além da família outro fator importante que pode exercer grande influência na qualidade de vida e percepção de apoio social para este grupo de pais (SWB), são as redes de suporte social. A participação do grupo em associação filantrópica que tem por finalidade oferecer suporte e apoio a pessoas com a SWB e seus familiares, facilita vários aspectos ligados a trocas de informações, encaminhamentos e acesso aos serviços de saúde voltados para melhor qualidade de vida dos portadores da síndrome e seus familiares, o que não caracteriza o grupo de pais de filhos com queixa de TDAH.

Marini e colaboradores (2010) apontam algumas variáveis que influenciam como fatores agravantes na intensidade da sobrecarga em familiares e cuidadores de pacientes psiquiátricos infantis, como exemplo, a dificuldade de adequação dos serviços de saúde mental as necessidades reais dessa clientela, como também, a indisponibilidade de redes sociais que forneçam suporte a estas famílias. Estas variáveis corroboram com outras pesquisas desenvolvidas (DESSEN; SILVA, 2001, 2002, 2003, 2004; MAJUMDAR; PEREIRA; FERNANDES, 2005; SALVO; SILVARES, 2005) que apontam a falta de acesso por parte dos familiares e cuidadores a serviços de informações e programas de apoio, que forneçam subsídios efetivos para que estas famílias aprendam a lidar de forma mais adaptativa com as situações por elas vividas.

Conforme apresentado na introdução dados da literatura têm demonstrado que pais de crianças com maior nível de comprometimento intelectual, podem apresentar elevado índice de estresse e podem ter maior chance de desenvolvimento de problemas emocionais (como ansiedade, depressão e queixas somáticas), e escolha de estilos parentais menos adaptativos (negativos), quando comparados a outros grupos de pais, com filhos sem comprometimento intelectual e/ou menos comprometimento (BENETTI 2010; DARBYSHIRE; STENFERT;

KROSE, 2012; DESSEN, 2000; FÁVERO; SANTOS, 2005, 2010; MACARINI; MARTINS; MINETTO 2010; MACEDO, 2008; MATSUKURA, 2001; MATSUKURA; MATURANO; OISHE, 2007; MIETTINEN, 2012; MONTEIRO et al. 2008; SILVA; DESSEN, 2001, 2002, 2003, 2004, 2006; SCHIMIDT; BOSA 2003, 2007a, 2007b).

Verificou-se, através dos dados colhidos nesta pesquisa, que 20,0% do grupo de pais que possuem filhos com deficiência intelectual (SWB) apresentam índices de ansiedade e depressão, com classificação clínica e limítrofe, os dados também revelam que 33,3% do grupo se encontra dentro da classificação clínica e limítrofe para problemas de isolamento e que 12,5% apresenta queixas somáticas com perfil classificatório entre clínico e limítrofe.

Contudo, na amostra aqui estudada, índices maiores (30,0%) para a escala de ansiedade e depressão com classificação clínica e limítrofe, foram encontrados no grupo de pais com filhos sem deficiência intelectual (TDAH), de semelhante modo, para queixas somáticas o grupo (TDAH) apresentou índice de 33,3% com classificação limítrofe, contrastando com o índice apresentado pelo grupo de pais (SWB) de 12,5% para queixas somáticas dentro da faixa limítrofe.

Embora exista ausência de deficiência intelectual nos filhos do grupo (TDAH), alta incidência de problemas de comportamento (além das comorbidades psiquiátricas) associados ao transtorno têm sido observadas, assim como, prejuízos escolares e nas relações sociais, o que sem dúvida ocasiona grande impacto familiar e social, acarretando sérias dificuldades, tanto para a criança e/ou adolescente como para sua família (ABRAMOVITCH; MAIA; CHENIAUX, 2008; PRESENTACION; GARCIA; MIRANDA et. al. 2006; RAMALHO, 2010; SOUZA; SERRA-PINHEIRO; FORTES; PINNA, 2007; SERRA- PINHEIRO, 2005).

Outro aspecto a ser observado que talvez exerça influência nos diferentes índices relacionados à percepção de suporte familiar e definição de qualidade de vida no domínio relações sociais do grupo de pais (TDAH), são as características de comportamento peculiar dos filhos dos participantes dos dois grupos (TDAH/SWB).

Neste contexto, há de se considerar que crianças e adolescentes com a síndrome de Williams são altamente sociais e cativantes (BELLUGI et al., 2000; GONÇALVES; PEREZ; HENRIQUES; PRIETO; LIMA; FUSTER; SOUSA, 2004; ROSSI; SOUZA; FERREIRA; GIACHETI, 2009) ao passo que, crianças e/ou adolescentes com queixa de déficit de atenção e hiperatividade possuem muitos problemas de comportamentos e por isso, costumam ter mais problemas sociais e frequentemente sofrem mais rejeição, principalmente entre pares (MACHADO, 2007; PASTURA; MATTOS; ARAUJO, 2005; ROHDE; HALPERN, 2004).

Tais peculiaridades como a empatia dentre outras, podem ser facilitadoras no processo do convívio familiar e social, para pais que possuem filhos com a SWB. Inclusive, os maiores índices de ansiedade, depressão e queixas somáticas encontrados no grupo de pais (TDAH) podem ter relação com menor percepção de suporte familiar e qualidade nas relações sociais apresentadas pelo grupo (TDAH). Martin e colaboradores (2011) encontraram achados semelhantes relacionados à menor percepção de suporte familiar e índices de ansiedade e depressão em um grupo de pais com filhos com deficiência intelectual.

Mais um aspecto a ser observado é a maior presença de mães nos dois grupos estudados. For-Wey e Bih-Chind (2012), em sua pesquisa a cerca do desenvolvimento da criança e o estado de saúde mental dos pais, constatou que a saúde mental principalmente da mãe, constitui-se em fator preditivo para o desenvolvimento adequado da criança, influenciando na aquisição da linguagem, estilo de interações e desenvolvimento cognitivo.

Estudos com dados semelhantes foram desenvolvidos por Murray; Johnston; Hinshaw (2002), no que diz respeito à saúde mental materna como fator relevante ao desenvolvimento infantil, principalmente aqueles relacionados à aquisição e emissão de comportamentos adaptativos e, portanto pró-sociais. Este fator é relevante, e por certo traz preocupações, uma vez que a amostra do grupo de pais (TDAH) é composta em sua maioria por mães (93,3%) em que se verificou prevalência de maiores índices para ansiedade, depressão e queixas somáticas, assim como, percepção de suporte familiar baixo e relações parentais de risco.

Por isso, a importância e a necessidade da criação de programas de apoio que focalizem a dinâmica e o funcionamento dessas famílias, a fim de promover saúde mental e qualidade de vida (SEMENSATO; SCHIMIDT; BOSA 2007; SILVA; DESSEN 2001, 2006; FÁVERO; SANTOS, 2010).

Neste estudo foi possível perceber a importância e influência do suporte social e qualidade nas relações sociais. O suporte social é fator de suma importância no enfrentamento de situações complexas. Segundo Siqueira (2008) o suporte social pode se constituir não apenas como variável capaz de proteger, como também, promover saúde mental.

8. CONCLUSÕES

Esse trabalho teve como objetivos comparar indicadores de saúde mental e estilos parentais entre grupo de pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams e grupo de pais de crianças e adolescentes com queixas de déficit de atenção e hiperatividade. A ideia de realizar essa comparação teve por objetivo criar um panorama para um melhor entendimento dos aspectos funcionais e relacionais nesses dois grupos. Esse panorama pode ajudar a desenvolver programas que abarquem de forma preventiva e interventiva o processo de assistência a estes pais, seus filhos e suas famílias. Ainda mais, considerando o processo inclusivo em aperfeiçoamento em nossa realidade social.

No que se refere aos estilos parentais, verificou-se que ambos os grupos possuem aspectos de práticas positivas (monitoria positiva e comportamento moral), mas que contrastam com aspectos de práticas negativas presentes de forma significativa nos dois grupos, especialmente a prática negligência e abuso físico. Tais práticas sobrepõem às positivas caracterizando as interações onde a criança e o adolescente podem não receber o apoio e suporte dos pais de acordo com as suas necessidades, tornando-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de comportamentos.

Com relação à percepção de suporte familiar, os participantes do grupo SWB percebem o apoio e suporte recebidos pela família com maior qualidade do que o grupo de pais de pais (TDAH), nestes pais (SWB) o índice da prática parental abuso físico também é menor. Apesar das dificuldades gerais e específicas enfrentadas no contexto vivido por estes pais, o grau de coesão e habilidade para enfrentamento de situações - problema se mostrou mais efetivo, revelando melhor adaptatividade e satisfação na relação entre seus membros.

A qualidade das relações familiares se encontra associada ao ajustamento emocional da família e exerce grande influência sobre o comportamento de seus membros. Neste aspecto, o grupo de pais TDAH, demonstrou pouca satisfação relacionada ao apoio e suporte recebido pela família, de modo semelhante na qualidade das relações sociais. Contudo, como já foi mencionado neste trabalho, há de se considerar o contexto que envolve estes pais e suas famílias. Um dos aspectos a ser considerado se relaciona a características peculiares do comportamento de seus filhos. Como se sabe, a criança e o adolescente com queixa de TDAH

possuem problemas de comportamento que podem levar à inabilidade social, rejeição, prejuízos escolares e dificuldades familiares.

Também é notório o sentimento de inabilidade dos pais e da família em lidar com estes comportamentos. Nestes casos, o apoio e suporte (sejam estes oferecidos pela família, associações ou programas de auxílio) a estes pais e suas famílias se constituem elemento facilitador na aprendizagem e desenvolvimento de habilidades sociais e comportamentos mais adaptativos, ainda mais, ao considerar o papel da família como fator protetivo a saúde mental e relacional de seus membros.

Também se verificou presença significativa de indicadores de ansiedade, depressão e queixas somáticas no grupo de pais (TDAH), contrastando com o grupo de pais (SWB) em que se observou menor incidência para estes indicadores. Por outro lado, os participantes do grupo (SWB) apresentaram indicadores para isolamento superior aquele observado no grupo (TDAH), o que leva-nos a pensar que apesar da percepção de suporte familiar e qualidade nas relações sociais do grupo (SWB) se mostrar satisfatórias, além da deficiência intelectual apresentada pelo filho e condições médicas específicas ao quadro da síndrome, requer desses pais, mais especificamente das mães, dedicação integral aos cuidados dispensados a estas crianças e/ou adolescentes, restando desse modo, menos tempo para interações sociais, manutenção e ampliação de suas redes sociais.

Esse trabalho trouxe compreensões gerais sobre os grupos, entretanto, essa deve ser descrita também como uma limitação do estudo. Assim, análises individuais, estudando-se cada caso de modo particular, poderão ajudar a compreender a dinâmica na qual cada pai e mãe estão inseridos e estabelecer relações de modo mais específico, evitando assim, estigmatizações e culpabilização desses pais. Assim, continuidades desse trabalho com essas análises específicas e também encaminhamento e acompanhamento desses pais em grupos de atendimentos, deverão ser efetivadas. Esses grupos de atendimento poderão levar à reflexão desses pais e compreensão de novas estratégias de manejo que reduzam práticas negativas e ampliem as positivas; melhorem a qualidade das relações sociais contribuindo com melhor qualidade de vida, desses pais e suas famílias.

9. REFERÊNCIAS

- ABEP- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2009. Disponível em: www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197. Acesso em: 14 agost. 2012.
- ABRAMOVITCH, S.; MAIA, M. C.; CHENIAUX, E. **Transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância**. Rev. psiquiatr. clín. vol.35, n.4, p. 159-164. 2008.
- ACHENBACH, T. M. RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA school-age forms profiles**. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001.
- ADAMS, A. N.; SCHMAIER, A. H. **The Williams-Beuren Syndrome—A Window into Genetic Variants Leading to the Development of Cardiovascular Disease**. PLoS Genet /journal. 2012.
- ALMEIDA, M. M.; FORMIGA, C. K. M. R. **Avaliação da motricidade ampla e fina na Síndrome de Williams: relato de caso**. Motriz: rev. educ. fis. v.16, n.4, p. 913-919. 2010
- ALVARENGA, P; PICCININI, C. **Práticas educativas Maternas e Problemas de comportamento em Pré-Escolares**. Psicologia: Reflexão e Crítica. v. 14, n.3, p. 449-460, 2001.
- AMARAL, L. A. **Pensar a diferença/deficiência**. Brasília, DF: CORDE, 1994.
- ANDRADE, Ê. R. **Quadro clínico do transtorno de atenção/hiperatividade**. In: ROHDE, L. A. P.; MATTOS, P. e cols. **Princípios e Práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed 2003.
- ANDRADE, Ê. R.; SCHEUER, C.. **Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Arq. Neuro-Psiquiatr. v. 62, n.1, p. 81-85. 2004.
- ANDRADE, C. R. M.; SILVA, W. A. P.; FILHO, J. F. B. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Ver. Med. Minas Gerais, p. 455-464. 2011.
- APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)**. 4ª Ed. rev. Porto Alegre: Arte Médicas, 2003.
- ARAÚJO, A. F. **Percepção dos estilos parentais e ajustamento psicológico do adulto – comparação entre indivíduos com e sem perturbações depressivas**. Paidéia, p. 215-227. 2003.
- BALBINO-PEIXOTO, A. L.; PEREIRA-RODRIGUES, M. M. **Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental**. Aletheia, 2008.

Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=115012542008>. Acesso em: 15 de mai. 2012.

BAPTISTA, M. N. **Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares**. Revista Psico-USF, vol. 10, n. 1, p. 11-19. 2005.

BAPTISTA, M. N., **Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF**: vol. 1. São Paulo: Vetor, 2009.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. **Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2001. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200007&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 11 set. 2012.

BELLE, A. H.; ANDREAZZA, A. C.; RUSCHEL, J.; BOSA, C. A. **Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Psicol. Reflex. Crit. v.22, n.3, p. 317-325. 2009.

BELLUGI, U.; et al. **The Neurocognitive Profile of Williams Syndrome: A Complex Pattern of Strengths and Weaknesses**. Journal of cognitive Neuroscience, v. 12, n. 1, p. 7-29. 2000.

BENETTI, S. P. C. et al. **Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência**. Psico-USF (Impr.) v.15, n.3, p. 321-332. 2010.

BERG, J. S.; et al. **Speech delay and autism spectrum behaviors are frequently associated with duplication on the 7q.11.23 Williams – Beuren Syndrome region**. Genetics in Medicine, v. 9, n. 7, 2007.

BERTINO, M. D.; CONNELL, G.; LEWIS, A. J. **The association between parental personality patterns and internalising and externalising behaviour problems in children and adolescents**. Clinical Psychologist. 2012.

BEUREN A. J.; APITZ J. H. D. **Supravalvular aortic stenosis in association with mental retardation and a certain facial appearance**. Circulation 26: 1235-1240. 1962.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MATURANO, E. D. **Práticas Educativas e Problemas de Comportamento: Uma análise à luz das habilidades sociais**. Estudos em Psicologia, p. 227-235. 2002.

BOLSONI-SILVA, A. T.; SILVEIRA, F. F.; MATURANO, E. M. **Promovendo Habilidades sociais Educativas Parentais na Prevenção de Problemas de comportamento**. Revista brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. X, n. 2, p. 124-142. 2008.

BOLSONI-SILVA, A. T.; SALINA-BRANDAO, A.; VERSUTI-STOQUE, F. M.; ROSIN-PINOLA, A. R. **Avaliação de um programa de intervenção de habilidades sociais educativas parentais: um estudo-piloto**. Psicol. cienc. prof. V.28, n.1, p. 18-33. 2008.

BONINI, R. C. A.; PALAZZI, E. M.; CHACCUR, P.; SOUSA, L. C. B. **Correção cirúrgica da estenose aórtica supravalvar com modificação da técnica de Sousa.** Rev Bras Cir Cardiovasc. v.25, n.2, p. 253-256. 2010.

BRAGA M. R.; ÁVILA L. A. **Deteção dos transtornos invasivos na criança: perspectiva das mães.** Rev. Latino-am Enfermagem. 2004.

CARDOSO-MARTINS, C.; SILVA, J. R. **A relação entre o processamento fonológico e a habilidade de leitura: evidência da síndrome de Down e da síndrome de Williams.** Psicol. Reflex. Crit. v.21, n.1, p. 151-159. 2008.

CARDOZO, A.; SOARES, A. B. **A influencia das habilidades sociais no envolvimento de mães e pais com filhos com retardo mental.** Ataléia, v. 31, p. 39-53. 2010.

CARREIRO, L. R. R.; TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHWARTZMAN, J. S. **Correlações entre avaliações neuropsicológica, comportamental e clínica e testes computadorizados de atenção para rastreamento de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes.** Relatório de Pesquisa. São Paulo: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (Fundo Mackenzie de Pesquisa - MACKPESQUISA), 2011.

CARVALHO, M. do C. B. (org.). O lugar da família na política social in: **A Família contemporânea em debate.** São Paulo: Educ/Cortez, 2003.

CECCONELLO, A. M.; DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. **Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar.** Psicol. estud. v..8, n.spe, p. 45-54. 2003.

CHERUBINI, Z. A.; BOSA, C. A.; BANDEIRA, D. R. **Estresse e autoconceito em pais e mães de crianças com a síndrome do X-frágil.** Psicol. Reflex. Crit. v.21, n.3, p. 409-417. 2008.

CIA, F.; PAMPLIN, R. C. O.; DEL PRETTE, Z. A.P. **Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos.** Paidéia (Ribeirão Preto). v.16, n.35, p. 395-406. 2006.

CIA, F.; PEREIRA, C. S.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.. **Habilidades sociais das mães e envolvimento com os filhos: um estudo correlacional.** Estud. psicol. (Campinas). v.24, n.1, p. 3-11. 2007.

CIA, F.; PAMPLIN, R. C. O.; WILLIAMS, L. C. A. **O impacto do envolvimento parental no desempenho acadêmico de crianças escolares.** Psicol. estud. v.13, n.2, p. 351-360. 2008.

CUPERTINO, A. P. F. B. et al. **Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos.** Psicol. Reflex. Crit. v.19, n.3, p. 371-378. 2006.

COUTINHO, G. L; MATTOS, P.; ARAUJO, C.; **Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tarefas de atenção visual.** J. bras. psiquiatr. v.56, n.1, p. 13-16. 2007.

COUTINHO, G. et al. **Agreement rates between parents' and teachers' reports on ADHD symptomatology: findings from a Brazilian clinical sample.** Rev. psiquiatr. clín. vol.36, n.3, p. 97-100. 2009.

D'ABREU, L. C. F.; MARTURANO, E. M. **Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais.** Estud. psicol. v.15, n.1, p. 43-51. 2010.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia.** Porto Alegre, Artmed, 3ª edição, 2006.

DARBYSHIRE, L. V.; STENFERT KROESE, B. **Psychological Well-Being and Social Support for Parents With Intellectual Disabilities: Risk Factors and Interventions.** Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, p. 40–52. 2012.

DARLING, N; STEINBERG, L. **Parenting Style as Context: Na Integrative Model.** Psychological Bulletin, v. 113, n. 3, p. 487-496, 1993.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de habilidades sociais (IHS-Del Prette-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação.** São Paulo: Casa do Psicólogo. (2001a).

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática.** Petrópolis: Vozes. 2005.

DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. **Deficiência mental e família: uma análise da produção científica.** Paidéia (Ribeirão Preto), v.10, n.19, p. 12-23. 2000.

DESSEN, N. P. S. **Famílias de crianças com síndrome de Down: sentimentos, modos de vida e estresse parental.** Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2), 2007.

DESSEN, M. A.; CERQUEIRA - SILVA, S. **Desenvolvendo sistemas de categorias com dados de entrevistas.** In L. Weber; M. A.; Dessen (Orgs.), Pesquisando a família: Instrumentos para coleta e análise de dados. p. 43-56. Curitiba, PR: Juruá, 2009.

DEUTSCH S. I.; ROSSE R. B.; SCHWARTZ B. L. **Williams syndrome: a genetic deletion disorder presenting clues to the biology of sociability and clinical challenges of hypersociability.** CNS Spectr. p. 903–907. 2007.

DUTRA R. L.; PIERI P. C.; TEIXEIRA, A. C.; HONJO R. S.; BERTOLA D.R.; KIM, C. A. **Detection of deletion at 7q11.23 in Williams-Beuren syndrome by polymorphic markers.** Clinics. São Paulo, p. 959-964, 2011. Disponível em: [Cross Ref]. Acesso em 21 jun. 2012.

FAVERO, M. A.; SANTOS, M. A. **Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura.** Psicol. Reflex. Crit. v.18, n.3, p. 358-369. 2005.

FAVERO, M. A.; SANTOS, M. A. **Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico.** Psicol. Reflex. Crit. v.23, n.2, p. 208-221. 2010.

FERREIRA, M. C. T. MARTURANO, E. M. **Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar.** *Psicol. Reflex. Crit.* v.15, n.1, p. 35-44. 2002.

FLECK, M. P. A. et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”.** *Revista Saúde Publica*, v. 34, n. 2, p. 178-183. 2000.

FLECK, M. P. A et al. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100).** *Rev. Saúde Pública*, v.33, n.2, p. 198-205. 1999.

FORMIGA, N. S. **Estilo parental e condutas desviantes: testagem de um modelo causal em jovens paraibanos-Brasil.** *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, v. 31. 2011. Disponível em: internet:<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=94622764014>. Acesso em: 14 de novembro 2011.

FOR-WEY L.; BIH-CHIND S. **Developmental Aspects of Parental Mental Health and Child Development, Essential Notes in Psychiatry**, Dr. Victor Olisah (Ed.), ISBN: 978-953-51-0574-9. Disponível em: <http://www.intechopen.com/books/essential-notes-in-psychiatry/developmental-aspects-ofparental-mental-health-and-child-development>. Acesso em: 20 de jun. 2012.

GARCIA-SERPA; DEL PRETTE; DEL PRETTE. **Meninos pré-escolares empáticos e não – empáticos: empatia e procedimentos educativos do pais.** *Revista Interamericana de Psicologia*, v. 40, n. 1, p. 77-88. 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas.** São Paulo: Atlas, 2002.

GLAT, R. **O papel da família na integração do portador de deficiência.** *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 2 (4), p. 111-119. 1996.

GÓES, F. A. de B. **Um encontro inesperado: os pais e seu filho com deficiência mental.** *Psicol. cienc. prof.* v.26, n.3, p. 450-461. 2006.

GONCALVES, E. S.; MURTA, S. G. **Avaliação dos efeitos de uma modalidade de treinamento de habilidades sociais para crianças.** *Psicol. Reflex. Crit.* v. 21, n.3, p. 430-436. 2008.

GONÇALVES, O. F.; PEREZ, A.; HENRIQUES, M.; PRIETO, M.; LIMA, M.; FUSTER, J.; SOUSA, N. **Funcionamento Cognitivo e Produção Narrativa no Síndrome de Williams: Congruência ou Dissociação Neurocognitiva?** *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 4, n. 003, p. 623-638. 2004.

GONÇALVES, O. F.; PEREZ, A.; HENRIQUES, M.; PRIETO, M.; LIMA, M.; FUSTER, J.; SOUSA, N. **Cognitive Profile in Williams Syndrome: A Case Study.** *The British Journal of Developmental Disabilities*, v. 51, n. 101, p.143-153. 2005.

GOMIDE, P. I.C. **Efeito das práticas educativas no desenvolvimento do comportamento anti-social. Em:** M.L. Marinho e V. e. Caballo (orgs). *Psicologia Clínica e da Saúde.* Londrina: UEL. 2001.

GOMIDE, P. C.; SALVO, C. G.; PINHEIRO, D. P. N.; SABBAG, G.M. **Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais.** Psico-USF (Impr.) v.10, n.2, p. 169-178. 2005.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de Estilos Parentais – IEP: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação.** Petrópolis, RJ: Vozes. 2006.

GUILHERME, P. R.; MATTOS, P.; SERRA-PINHEIRO, M. A.; REGALLA, M. A. **Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática.** J. bras. psiquiatr. v.56, n.3, pp. 201-207. 2007.

HARPIN, V. A.; **The effect of ADHD on the life of na individual, their family, and community from preschool to adult life.** Asch Dis Child. v. 90, n. 1, p. 2-7. 2005.

HAYASHIUCHI, Ana Yaemi et al. **Competências escolares e sociais em crianças e adolescentes com Síndrome de Williams.** Rev. bras. educ. espec. vol.18, n.3, pp. 375-390. 2012.

HENN, C. G.; PICCININI, C. A.; GARCIAS, G. L. **A família no contexto da Síndrome de down: revisando a literatura.** Psicologia em Estudo, v. 13, n. 3, p. 485- 493. 2008.

JOHNSTON, C.; MASH, E. J. **Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research.** Clinical Child and Family Psychology Review, v. 4, p. 183-207. 2001.

JOHNSTON, C., HESSL, D., BLASEY, C., ELIEZ, S., ERBA, H., DYER- FRIEDMAN, J., et al. **Factors associated with parenting stress in mothers of children with Fragile X syndrome.** Developmental and Behavioral Pediatrics, v, 4, p. 267-275. 2003.

KESSLER R. C.; ADLER, L.; BARKLEY, R. et al. **The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication.** Am J Psychiatry, p.716–723. 2006.

KUNRATH, L. H.; WAGNER, A.; JOU, G. Y. de. **A educação dos filhos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o que fazer?.** Psicol. rev. (Belo Horizonte), v.12, n.20, p. 235-250. 2006.

LEYFER, O. T.; WOODRUFF-BORDEN, J.; KLEIN-TASMAN, B. P.; FRICKE, J. S.; MERVIS, C. B. Prevalence of Psychiatric Disorders in 4 to 16-year-olds with Williams Syndrome. **American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics**, v. 141B, n. 6, p. 615-622, 2006.

LOOS, H.; FERREIRA, S. P. A.; VASCONCELOS, F. C. **Julgamento moral: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e crianças de comunidade de baixa renda com relação à emergência do sentimento de culpa.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 12 , p.65-100. 1999.

- MACARINI, S. M.; MARTINS, G. D. F.; MINETTO, M. F. J.; VIEIRA, M. L. **Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira.** Arq. bras. psicol. v.62, n.1, p. 119-134. 2010.
- MACEDO, P. C. M.. **Deficiência física congênita e Saúde Mental.** Rev. SBPH, v.11, n.2, p. 127-139. 2008.
- MACHADO, V. B. **O professor e a inclusão do aluno com déficit de atenção e hiperatividade.** 2007. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo. p. 103, 2007.
- MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. **Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área.** Temas psicol. v.13, n.2, p. 91-103. 2005.
- MAJUMDAR, M; PREIRA, Y. S.; FERNANDES, J. **Stress and anxiety in parents of mentally retarded children.** Indian Journal of Psychiatry, v. 47, n. 3, p. 144-147, 2005.
- MARINI, A. M. et al. **Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil.** Revista Neurociências, v. 18, n. 3, p. 300-306. 2010.
- MARIN, A. H.; PICCININI, C. A.; GONCALVES, T. R.; TUDGE, J. R. H. **Parental child-rearing practices, behavior problems and pre-school children's social competence.** Estud. psicol. v.17, n.1, p. 05-13. 2012.
- MARTENS, M. A.; WILSON, S. J.; REUTENS, D. C.; **Research review: Williams syndrome: a critical review of the cognitive, behavioral and neuroanatomical phenotype.** Journal of Child Psychology and Psychiatric v. 49, n. 6, p. 576-608, 2008.
- MARTIN, M. A. F. et al. **Indicadores de Ansiedade e Depressão em Pais de Crianças e Adolescentes com Síndrome de Williams Beuren.** Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.11, n.1, p. 57-67, 2011.
- MARTIN, M. A. F. et al. **Estilos Parentais e Habilidades Sociais em Pais de Crianças e Adolescentes com Síndrome de Williams Beuren.** Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.12, n.1, p. 42-55, 2012.
- MARTÍNEZ- CASTILLA, P.; SOTILLO, M.; CAMPOS, R.; **Prosodic abilities of Spanish-speaking adolescents and adults with Williams syndrome.** A cross-linguistic study. Applied Psycholinguistics, p. 1-22. 2011.
- MATTOS, P. et al. **Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos.** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, v.28, n.1, p. 50-60. 2006.
- MATSUKURA, T. S. **Mães de crianças com necessidades especiais: stress e percepção de suporte social.** Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2001.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J.; BORASCHE, G. **Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais**. Rev. bras. educ. espec. v.13, n.3, p. 415-428. 2007.

MELO, M. H. H.; SILVARES, E. F. M. **Grupo cognitivo-comportamental com famílias de crianças com déficits em habilidades sociais e acadêmicas**. Temas em psicologia, v. 11, n. 2, p. 122-133. 2003.

MEYER- LINDERBERG, G. A.; MERVIS, C. B.; BERMAN, K. F.; Neural mechanisms in Williams Syndrome: a unique window to genetic influences on cognition and behavior. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 7, n. 5, p. 380-93, mai, 2006.

MIETTINEN, S. **Family Care of Adults With Intellectual Disabilities: Analysis of Finnish Policies and Practices**. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, P. 1-9. 2012.

MINETTO, M. F.; CREPALDI, M. A.; BIGRAS, M. MOREIRA, L. C. **Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico**. Educ. rev. n.43, p. 117-132. 2012.

MOMBELLI, M. A.; COSTA, J. B.; MARCON, S. S.; MOURA, C. B. **Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil**. Estud. psicol. (Campinas). 2011, v.28, n.3, p. 327-335. 2011.

MONTEIRO, C. F. S. et al. **Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem**. Rev. bras. enferm.v.61, n.3, p. 330-335. 2008.

MOREIRA, M. S. **Stress e Suporte Social em Pais de Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção**. 2010. p.1-71. Dissertação (Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde) – Universidade de Ciências Humanas e Sociais, Fernando Pessoa, Porto.

MURRAY, C.; JOHNSTON, C.; HINSHAW, S. P.; et al. **Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: Relations to maternal and child characteristics - attention-deficit hyperactivity disorder - Statistical Data Included**. Journal of Abnormal Child Psychology, v. 30, n. 1, February, p. 77-88. 2002.

MURTA, S. G. **Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional**. Psicol. Reflex. Crit. vol.18, n.2, p. 283-291. 2005.

MURTA, S. G. **Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa**. Psicol. Reflex. Crit. v.20, n.1, p. 01-08. 2007.

NOGUEIRA, R. J. N. et al. **Anthropometric and body-mass composition suggests an intrinsic feature in Williams-Beuren syndrome**. Rev. Assoc. Med. Bras. v.57, n.6, p. 681-685. 2011.

PASTURA, G. M. C.; MATTOS, P.; ARAUJO, A. P. Q. C. **Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. Rev. psiquiatr. clín. v.32, n.6, p. 324-329, 2005.

PAVARINE, M. G.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **O Desenvolvimento da Empatia como Prevenção da Agressividade na Infância.** PSICO, Porto alegre, PUCRS, v. 36n. 2, p. 127-134, Maringá. 2005.

PEDROSA, G. B. et al. **Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.31, n.9, p. 433-439. 2009.

PINHEIRO, M. I. S., HAASE, V. G., AMARANTE, C. L. DEL-PRETTE, A. D; DEL PRETTE, Z. A. P. D. **Treinamento de Habilidades Sociais e educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento.** Psicologia Reflexão e Crítica, p. 407-414. 2006.

PRESENTACION, M. J.; GARCIA R.; MIRANDA A.; SIEGENTHALER, R.; JARA, P. **Familial impact of children with the combined subtype off attention deficit hyperactivity disorder: the effects of associated behavioral disorders.** Revista de Neurologia 42 (3): p.137-143, 2006.

PRUST, L. W.; GOMIDE, P. I. C. **Relação entre comportamento moral dos pais e dos filhos adolescentes.** Estud. psicol. v.24, n.1, p. 53-60. 2007.

RAMALHO, J. **Percurso desenvolvimental dos portadores da perturbação de hiperatividade com déficit de atenção.** Rev. bras. Edu c. espec. v.16, n.2, p. 313-322. 2010.

RINHEL-SILVA, C. M.; CONSTANTINO, E. P.; RONDINI, C. A. **Família, adolescência e estilos parentais.** Estud. psicol. (Campinas). v.29, n.2, p. 221-230. 2012.

ROSIN-PINOLA, A. R.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Habilidades sociais e problemas de comportamento de alunos com deficiência mental, alto e baixo desempenho acadêmico.** Rev. bras. educ. espec. v.13, n.2, p. 239-256. 2007.

ROHDE, L. A. P.; BENCZIK, E. B. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o que é? Como ajudar?** - Porto Alegre: Artmed, 1999.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização.** J. Pediatr. vol. 80, p. 61-70, 2004.

RHODES, S. M.; RIBY, D. M.; MATTHEWS, K. COGHILL, D. R. **Attention deficit/hyperactivity disorder and Williams syndrome: shared behavioral and neuropsychological profiles.** Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, London, v. 33, n. 1, p.147-156, 2011.

ROSSI, N. F.; MORETTI-FERREIRA, D.; GIACHETI, C. M. **Genética e linguagem na síndrome de Williams-Beuren: uma condição neuro-cognitiva peculiar.** Pró-Fono R. Atual. Cient. v.18, n.3, pp. 331-338. 2006.

ROSSI, N. F.; MORETTI-FERREIRA, D.; GIACHETI, C. M. **Perfil comunicativo de indivíduos com a síndrome de Williams-Beuren.** Rev. soc. bras. fonoaudiol. v.12, n.1, p. 1-9. 2007.

ROSSI, N. F.; SOUZA, D. H.; MORETTI-FERREIRA, D.; GIACHETI, C. M. **Perfil da fluência da fala na síndrome de Williams-Beuren: estudo preliminar**. Pró-Fono R. Atual. Cient. v.21, n.2, p. 107-112. 2009

ROSSI, N. F.; **Caracterização do fenótipo comportamental e de linguagem na síndrome de Williams-Beuren**. Rev. soc. bras. fonoaudiol. v.15, n.3, p. 484-484. 2010.

SALVO, C. G.; SILVARES, E. M.; TONI, P. M. **Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social**. Estud. psicol. (Campinas), v.22, n.2, p. 187-195. 2005.

SAMPAIO, I. T. A.; VIEIRA, M. L. **A influência do gênero e ordem de nascimento sobre as práticas educativas parentais**. Psicol. Reflex. Crit.v.23, n.2, p. 198-207. 2010.

SAMPAIO, I. T. A.; GOMIDE, P. I. C. **Inventário de Estilos Parentais (IEP) – Gomide (2006) Percurso de Padronização e Normatização**. Psicol. Argum, v. 31, p. 15-26. 2007.

SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANCHEZ, F. I. A.; BAPTISTA, M. N.. **Avaliação familiar, sintomatologia depressiva e eventos estressantes em mães de crianças autistas e assintomáticas**. Contextos Clínic. v.2, n.1, p. 40-50. 2009.

SANTOS, L. F.; VASCONCELOS, L. A. **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: uma revisão interdisciplinar**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 26, n. 4, p. 717-724. 2010.

SEMENSATO, R. M.; SCHIMIDT, C.; BOSA C. A. **Grupo de familiares de pessoas com autismo: relatos de experiências parentais**. Aletheia, p. 183-194. 2010.

SERRA-PINHEIRO, M. A.; GUIMARAES, M. M.; SERRANO, M. E.. **The effectiveness of parent management training in a Brazilian sample of patients with oppositional-defiant disorder**. Rev. psiquiatr. clín. v.32, n.2, p. 68-72. 2005.

SIFUENTES, M.; BOSA, C. **Criando Pré- Escolares Com Autismo: Características e Desafios da Coparentalidade**. Psicologia em Estudo, v. 15, n. 3, p. 477-487. 2010.

SILVA, N. L. P. DESSEN, M. A. **Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança**. Psic.: Teor. e Pesq. v.17, n.2, p. 133-141. 2001.

SILVA, N. L. P. DESSEN, M. A. **Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família**. Interação em Psicologia, p. 167-176. 2002.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. **Crianças com síndrome de Down e suas interações familiares**. Psicol. Reflex. Crit. v.16, n.3, p. 503-514. 2003.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. **O que significa ter uma criança com deficiência mental na família?** Educar em Revista, 2004.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. **Padrões de interação genitores-crianças com e sem síndrome de Down.** *Psicol. Reflex. Crit.* v.19, n.2, p. 283-291. 2006.

SILVA, M. P.; MURTA, S. G. **Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: uma experiência no programa de atenção integral à família (PAIF).** *Psicol. Reflex. Crit.* v.22, n.1, p. 136-143. 2009.

SILVEIRA, L.; WAGNER, A. **A importância das relações parentais frente aos problemas de comportamento na infância: convergências teóricas.** *Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)*, 2012.

SIQUEIRA, H. H.; LOVISI, G. M. **Crítérios diagnósticos usados para avaliar prevalência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em crianças adolescentes.** *Cadernos brasileiros de medicina*, v. XVII edição especial. 2004.

SIQUEIRA, M. M. M. **Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social.** *Psicol. estud.* v.13, n.2, p. 381-388. 2008.

SOARES, M. R. Z.; SOUZA, S. R.; MARINHO, M. L. **Envolvimento dos pais: incentivo à habilidade de estudo em crianças.** *Estud. psicol. (Campinas)*, v.21, n.3, p. 253-260. 2004.

SORIANO FRASSETTO, S.; SCHNEIDER BAKOS, D. D. G. **Estilos parentais e práticas educativas de pais de crianças com TDAH: um estudo piloto.** *Aletheia*, 2010. Disponível em: [Internet: http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=115021494002](http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=115021494002). Acesso em: 05 agost. 2011.

SOUSA, L. C. B. **Correção cirúrgica da estenose aórtica supravalvar com modificação da técnica de Sousa.** *Rev. Bras Cir Cardiovasc.* v.25, n.2, p. 253-256. 2010.

SOUZA, L. G. A.; BOEMER, M. R. **O ser-com o filho com deficiência mental: alguns desvelamentos.** *Paidéia (Ribeirão Preto)*. v.13, n.26, p. 209-219, 2003.

SOUZA, I. G. S.; SERRA-PINHEIRO, M. A.; FORTES, D.; PINNA, C. **Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças.** *J. bras. psiquiatr.* v.56, p. 14-18. 2007.

SUGAYAMA, S. M. M. e cols. **Síndrome de Williams-Beuren. Anomalias cardiovasculares em 20 pacientes diagnosticados pela hibridação in situ fluorescência.** *Arq. Bras. Cardiol.* v. 81, n. 5, p. 462- 7. 2003.

SUGAYAMA, S. M. M. et al. **Williams Syndrome: development of a new scoring system for clinical diagnosis.** *Clinics.* v.62, n.2, p. 159-166. 2007.

SCHMIDT, C.; BOSA, C. A. **A investigação do impacto do autismo na família: Revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo.** *Interação em Psicologia*, p. 111-120. 2003.

SCHMIDT, C.; BOSA, C. A. **Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção.** *Psicol. Reflex. Crit.* v.20, n.1, p. 124-131, 2007.

SCHMIDT, C.; BOSA, C. **Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo**. Arq. bras. psicol. v.59, n.2, p. 179-191. 2007.

SMEHA, L. N.; CEZAR, P. K. **A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo**. Psicol. estud. v.16, n.1, p. 43-50. 2011.

TAYLOR, A., WILSON, C., SLATER, A.; MOHR, P. **Self-esteem and body dissatisfaction in young children: Associations with weight and perceived parenting style**. Clinical Psychologist, v.16, p. 25–35. 2012.

TEIXEIRA, M. C. T, V. et al. **Fenótipo comportamental e cognitivo de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams Beuren**. Pró- Fono Revista de Atualização Científica, v. 22, n. 3, p. 215-220, 2010.

TELFORD, C.; SAWREY, J. M. **O indivíduo excepcional**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

TRENAS, R. A.; CABRERA, J. H.; OSUNA, M. J. P. **El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad**. Psicothema, vol. 20, p. 691- 696, 2008.

VASCONCELOS, M. M. et al. **Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Arq. Neuropsiquiatr. v. 63, p. 68-74. 2005.

WEBER, L. N. D.; BRANDENBURG, O. J.; VIEZZER, A. P. **A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança**. Psico-USF (Impr.). v.8, n.1, p. 71-79. 2003.

WEBER, L. N. D.; PRADO, P. M.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. **Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos**. Psicologia: Reflexão e Crítica, p. 323-331. 2004.

WEBER, L. N. D.; SELIG, G. A.; BERNARDI, M. G.; SALVADOR, A. P. V. **Continuidade dos estilos parentais através das gerações: transmissão intergeracional de estilos parentais**. Paidéia (Ribeirão Preto), v.16, n.35, p. 407-414. 2006.

WILLIAMS J. C. P.; BARRATT-BOYES, B.G.; LOWE J. B. **Supravalvular aortic stenosis**. Circulation. 24: 1311-1318. 1961.

ANEXO

CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMOCA

Para a classificação socioeconômica dos entrevistados, estamos utilizando o critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) 2008.

Assinalar com um X nos itens que você tem em casa

Posse de Itens	Não tem	Quantidade de Itens			
	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão em cores Rádio Banheiro Automóvel Empregada Mensalista Máquina de Lavar Videocassete e/ou DVD Geladeira Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					
					Total Parcial A

Grau de instrução do chefe de família		
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/até 3ª série fundamental	0
Primário completo/Ginásial incompleto	Até a 4ª série fundamental	1
Ginásial completo/colegial incompleto	Fundamental Completo	2
Colegial completo/ superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	5
		Total Parcial B

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

CLASSE	PONTOS	TOTAL BRASIL
		%
A1	42 - 45	0,9 %
A2	35 - 42	4,1 %
B1	29 - 34	8,9 %
B2	23 - 28	15,7 %
C1	18 - 22	20,7 %
C2	14 - 17	21,8 %
D	6 - 13	25,4 %
E	0 - 7	2,6 %
		Total final A+B
		Classe: