

**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA-IPUB**  
**Centro de Ciências da Saúde - CCS**  
**Universidade Federal do Rio de Janeiro**

**TÍTULO**

Aspectos Conjugais de Pais de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

**PRISCILLA RODRIGUES GUILHERME**

**Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental - PROPSAM do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Mental.**

**Orientador:**

**PAULO EDUARDO LUIZ DE MATTOS**  
**Professor Associado da Faculdade de Medicina / Instituto de Psiquiatria - UFRJ**

**RIO DE JANEIRO**

**Outubro/2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA-IPUB  
Centro de Ciências da Saúde - CCS  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

**TÍTULO**

Aspectos Conjugais de Pais de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

PRISCILLA RODRIGUES GUILHERME

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental - PROPSAM do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Mental.

Aprovada por:

Paulo Eduardo Luiz de Mattos - Presidente  
Professor Associado da Faculdade de Medicina / Instituto de Psiquiatria - UFRJ

Carla Marques Portella  
Professor Permanente do Instituto de Psiquiatria - UFRJ

Bernard Pimentel Rangé  
Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da UFRJ

RIO DE JANEIRO  
Outubro/2009

Guilherme, Priscilla Rodrigues

(Aspectos Conjugais de Pais de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) /Priscilla Rodrigues Guilherme. Rio de Janeiro: UFRJ/Instituto de Psiquiatria, 2009.

(ix páginas em romanos), (36 páginas em arábicos)

Bibliografia da Introdução da Dissertação: p. 35 e 36

Orientador: Paulo Eduardo Luiz de Mattos

Dissertação Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB.

1. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Habilidades Sociais Conjugais, Aspectos Parentais.

I. Título: Aspectos Parentais de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

II. Dissertação Mestrado.

## DEDICATÓRIA

À minha família

Aos meus professores

Ao meu orientador

Aos meus queridos amigos

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Paulo Mattos, por seu conhecimento e capacidade, assim como pela paciência e dedicação ao longo deste trabalho.

À Maria Antônia, agradeço cada dica e colaboração, tão preciosa para conclusão desta tese.

A todos do Grupo de Estudos de Déficit de Atenção, pelo companheirismo, especialmente à Maria Angélica, parceira de trabalho e amiga de todas as horas.

Aos médicos do ambulatório de adolescentes do IPPMG, principalmente ao Dr. Ricardo.

Às psicólogas Miriam Villa e Zilda Del Prette pela parceria indispensável.

À minha família e marido, pelo carinho, torcida e compreensão.

Ao meu grande mestre, Bernard Rangé, por todos os ensinamentos, que me tornaram a profissional que sou hoje.

Aos meus grandes e verdadeiros amigos, por entender a ausência e a importância deste trabalho em minha vida.

## RESUMO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico e frequentemente crônico, que atinge cerca de 4 a 5% de crianças e adolescentes em idade escolar, e atualmente é a principal causa de busca por atendimento em ambulatórios infantis de saúde mental, devido ao prejuízo que causa no ambiente familiar, escolar e social do paciente. Alguns estudos que investigam o impacto do transtorno têm demonstrado influência não só na vida da criança, mas também em relação aos seus pais. Pesquisas apontam que pais de crianças com TDAH têm mais conflitos no relacionamento com seus cônjuges do que controles. Sendo assim, este estudo teve como objetivo fazer uma investigação de aspectos conjugais de pais de crianças com TDAH, o que incluiu um artigo científico de revisão da literatura existente sobre o tema, e um estudo piloto de habilidades sociais conjugais em mães de adolescentes com o transtorno. Concluiu-se que grande parte da literatura existente aponta que pais de crianças portadoras de TDAH apresentam problemas conjugais, principalmente relacionadas a outras variáveis na prole, tais como a presença de comorbidades. Contudo, esta hipótese não tem se mostrado consistente em todas as pesquisas. Neste estudo, embora as mães investigadas não apresentassem mais problemas nas suas habilidades sociais conjugais do que mães do grupo controle, o grau destas dificuldades e sua relação com a satisfação conjugal permanecem incertos, o que indica a necessidade de mais pesquisas na área.

**ABSTRACT**

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurobiological and chronic disorder that affects about 4 to 5% of children and young in school age, and currently is the principal cause of searching for child care in outpatient mental health, due to the impairment caused in the family environment, school and social patient. Some studies that investigated the impact of the disorder have shown not only influence on the child's life, but also in relation to their parents. Researches indicate that parents of children with ADHD have more conflicts in the relationship with their spouses than controls. Therefore, this study aimed to investigate the aspects of marital relation of parents of children with ADHD, which included a scientific review of existing literature on the subject, and a pilot study of marital social skills in mothers of adolescents with the disorder. The conclusion was that much of the literature indicates that parents of children with ADHD have marital problems, mainly related to others variables in the offspring, like comorbidity. However, this hypothesis has not been shown consistently in all researches. In this study, in spite of mothers didn't present more problems in their marital social skills than mothers in the control group, the degree of these difficulties and their relationship to marital satisfaction remains uncertain, which indicates the need for more research in the area.

## LISTA DE SIGLAS

DSM – IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

GEDA – Grupo de Estudos de Déficit de Atenção

TC – Transtorno de Conduta

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TDO – Transtorno Desafiador de Oposição

## SUMÁRIO

1. Introdução p. 01 a 8
2. Artigo 1 – Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. p. 9 a 29
3. Artigo 2 – Estudo piloto de habilidades sociais conjugais em mães de adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade p. 31 a 47
4. Conclusão da dissertação de mestrado. p. 48 a 49
5. Referências bibliográficas da introdução da dissertação. p. 50 a 51

## 1- Introdução

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno crônico do desenvolvimento que afeta aproximadamente 4 a 6% das crianças em idade escolar (APA, 2000) e está associado ao impacto em uma variedade de aspectos da vida da criança, incluindo dificuldades acadêmicas, problemas sociais e conflitos nos relacionamentos familiares (Barkley, 2002).

O transtorno parece atingir não só a criança, mas também os seus pais, causando distúrbios no funcionamento familiar e marital (Harpin, 2005).

Embora os fatores familiares não sejam considerados como a causa original do transtorno, diversas pesquisas em âmbito internacional apontam para o papel fundamental do contexto familiar no curso do TDAH. A disfunção familiar também pode constituir um fator de risco que interage com a predisposição da criança, exacerbando a presença de sintomas e alterando o curso do transtorno. (Presentación, 2006; Miranda, García & Presentación, 2002).

Estilos disciplinares altamente diretivos e hostis ou excessivamente permissivos, presença de psicopatologia nos pais, como ansiedade e depressão, crenças dos responsáveis sobre a sua eficácia em lidar com a criança, nível sócio-econômico, presença de co-morbidades como problemas de conduta, tipo de TDAH e gênero são alguns dos fatores que são apontados como relacionados a problemas no funcionamento familiar destas crianças (Johnston & Mash, 2001).

Contudo, em comparação aos avanços no entendimento dos aspectos biológicos e cognitivos do TDAH, a teoria e as pesquisas dentro dos fatores sociais e interpessoais do transtorno parecem ser menos fortes, sistemáticas, e até mesmo estagnadas, o que faz com que muitas questões acerca da família destas crianças permaneçam sem explicação (Johnston & Mash, 2001).

No Brasil, não foram encontrados estudos que mensurassem o grau de dificuldade experimentado por pais de crianças com o transtorno no que diz respeito aos aspectos maritais, o que demonstra a relevância do estudo para a compreensão destas questões dentro da nossa população.

## 1 - TDAH: Definição

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH, é um transtorno neurobiológico, do desenvolvimento, caracterizado por três grupos de sintomas: a desatenção, a agitação (hiperatividade) e a impulsividade (Barkley, 2002; Rohde & Mattos e cols., 2003), havendo uma variação no grau, na gravidade e nos tipos de sintomas mais prevalentes (Rohde & Halpern, 2004). Os problemas com a desatenção podem ocorrer em diversas situações, como em atividades lúdicas, brincadeiras, mas são mais frequentes naquelas tarefas consideradas pela criança/adolescente como chatas, repetitivas e sem graça (Anastopoulos, 1999).

Além da dificuldade com a vigilância, as crianças com TDAH têm certa dificuldade em seguir regras, concordar com solicitações e uma excessiva variabilidade no desempenho, o que pode constituir déficits primários, na visão de alguns autores (Barkley, 2002; Anastopoulos, 1999).

Estima-se que o TDAH tenha uma prevalência em torno de 3,5% a 8% em diversos países do mundo, incluindo o Brasil. Isso significa que aproximadamente uma entre cada 20 a 30 crianças apresentará TDAH, o que torna o transtorno uma das doenças psiquiátricas mais prevalentes em crianças e adolescentes (Barkley, 2002).

A prevalência costuma ser mais alta em áreas urbanas do que no meio rural e aumenta de acordo com condições sócio-econômicas mais precárias (Possa, Spanemberg & Guardiola, 2005).

É o transtorno mais comum encontrado na infância e uma das principais causas de procura de ambulatórios de saúde mental de crianças e adolescentes (Rohde, Miguel Filho, Benetti e cols, 2004; Vasconcelos, Malheiros, Werner Jr e cols, 2005).

Barkley (2002) considera que a manifestação do transtorno nada mais é do que a extremidade de um traço normal observado na população geral.

A avaliação do prejuízo funcional associada aos sintomas na vida da criança é necessária para se estabelecer uma diferenciação entre o transtorno e a normalidade, uma vez que ausência de comprometimento pode indicar muito mais estilos de funcionamento ou temperamento do que propriamente um transtorno psiquiátrico (Rohde, Miguel Filho, Benetti e cols, 2004).

A realização do diagnóstico é eminentemente clínica e os critérios utilizados são baseados nos sistemas classificatórios CID-10 e DSM-IV. De acordo com o DSM-IV

(APA, 1995), o TDAH é definido como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que o observado em indivíduos que estejam em um nível comparável de desenvolvimento. Para que o diagnóstico seja realizado corretamente é necessário que estejam presentes seis ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade descritos abaixo:

Desatenção:

- (a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras.
- (b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
- (c) freqüentemente parece não escutar quando lhe dirigem a palavra.
- (d) freqüentemente não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres no trabalho (que não seja devido a comportamento opositivo ou dificuldade de entender as instruções).
- (e) com freqüência tem dificuldades em organizar tarefas e atividades.
- (f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (ex: tarefas escolares e deveres de casa).
- (g) freqüentemente perde coisas necessárias para as tarefas e atividades (tais como brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais).
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa.
- (i) com freqüência apresenta esquecimentos em atividades diárias.

Hiperatividade:

- (a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
- (b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.
- (c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação).
- (d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.
- (e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor".
- (f) freqüentemente fala em demasia.

Impulsividade:

(g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas.

(h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez.

(i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).

Além da presença dos sintomas é preciso que os comportamentos acima descritos tenham ocorrido por pelo menos seis meses com persistência, causando um grau de prejuízo significativo e que sejam observados em pelo menos dois ambientes da vida do paciente como, por exemplo, em casa e na escola.

Quando os sintomas ocorrem em apenas um ambiente, na escola ou em casa, é mais provável que seja decorrência de uma situação familiar desestruturada ou de um sistema de ensino inadequado, e, portanto, não indicam um quadro de TDAH. Períodos assintomáticos e flutuações dos sintomas também não são comuns neste transtorno (Rohde, Miguel Filho, Benetti e cols, 2004).

Outra exigência feita para o diagnóstico é que alguns dos sintomas estejam presentes antes dos sete anos de idade. Contudo, este critério é amplamente discutido atualmente, pois vários autores (Rohde & Halpern, 2004; Rohde, Miguel Filho, Benetti e cols, 2004) defendem a idéia de que apesar de ser um transtorno de base neurobiológica, a suscetibilidade está bastante relacionada a variáveis ambientais. Sendo assim, a criança pode vir a apresentar prejuízo somente após esta idade, quando a demanda ambiental passa a ser mais forte. Portanto, sugere-se que o clínico não descarte a possibilidade de diagnóstico em crianças que só começaram a apresentar os sintomas mais tardiamente.

Já na CID-10, publicada pela Organização Mundial de Saúde (1990), que é o sistema de classificação psiquiátrico adotado no Brasil, o TDAH é definido como um transtorno hiper-cinético, de início precoce (habitualmente antes dos cinco anos de idade) que se caracteriza por uma falta de perseverança em tarefas que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência em pular de uma atividade para outra sem concluir nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Além disso, a CID-10 descreve as crianças como freqüentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e com uma maior freqüência de

problemas disciplinares que ocorrem mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado, podendo apresentar dificuldades no relacionamento com as outras crianças, levando-as a um isolamento social. As relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reservas normais. Perda de auto-estima e comportamento dissocial são citados como complicações secundárias ao transtorno.

As descrições clínicas de pacientes com TDAH geralmente incluem queixas como “não escuta quando eu falo”, “está sempre sonhando acordado”, “não termina o trabalho determinado”, “incomoda-se e irrita-se com tudo”, “é incapaz de ficar sentada quieta”, “está sempre em movimento”, “fala pelos cotovelos”, e assim por diante. No entanto, o que torna estes comportamentos manifestações de hiperatividade é a sua natureza excessiva, a inadequação em relação ao nível de desenvolvimento e a irrelevância em relação à tarefa (Anapostoulos, 1999).

Devido à diferença de prevalência dos sintomas, o DSM-IV (APA, 1995) dividiu o transtorno em três subtipos: o tipo com predomínio de sintomas de desatenção, o tipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o tipo combinado.

No tipo predominantemente desatento observa-se um maior número de sintomas de desatenção. Seis ou mais sintomas de desatenção devem estar presentes e alguns dos sintomas de hiperatividade/impulsividade. Ocorre com mais freqüência em meninas.

Apesar de estar relacionado a um menor prejuízo funcional do que os outros, o tipo com predomínio de desatenção apresenta, assim como o tipo combinado, um maior nível de comprometimento acadêmico e parece apresentar também uma taxa maior de retraimento social do que os demais. Isto pode ocorrer devido a uma dificuldade em aprender habilidades sociais adequadas ou de uma relutância em se envolver em atividades de grupo (Andrade, 2003).

Já no tipo com predominância de hiperatividade/impulsividade seis ou mais sintomas de hiperatividade devem ser observados associados a alguns sintomas de desatenção. Ao contrário do anterior, ocorre com maior freqüência no sexo masculino.

De acordo com Rohde & Halpern (2004) crianças com predomínio de hiperatividade/impulsividade tendem a apresentar mais agressividade em comparação às outras, o que leva a uma maior taxa de impopularidade e rejeição pelos colegas.

No tipo combinado são encontrados seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade. Por estar relacionado a um elevado número de sintomas a criança que apresenta este tipo do transtorno provavelmente experimentará um maior comprometimento acadêmico, social e pessoal do que as outras (APA, 1995).

Quanto à diferença de prevalência entre os sexos, a literatura aponta uma proporção de meninos e meninas afetados que varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais até 9:1 em estudos clínicos (Golfeto & Barbosa, 2003; Rohde & Halpern, 2004). Esta diferença significativa de proporção entre meninos e meninas pode estar relacionada com o fato de que os meninos, por apresentarem mais sintomas de hiperatividade/impulsividade e mais sintomas de conduta como comorbidade, são mais encaminhados para tratamento do que as meninas, que tem um predomínio de desatenção e, portanto, menos prejuízo funcional, não causando tanto incômodo aos familiares e à escola (Rohde & Halpern, 2004).

É necessário ressaltar também que a diferença nas idades estudadas pode exercer uma influência importante no cálculo das taxas de prevalência. Segundo Golfeto & Barbosa (2003), a maioria das pesquisas epidemiológicas utilizam uma faixa etária entre 7 e 14 anos de idade, o que provavelmente se explica pela maior facilidade de se diagnosticar os sintomas de TDAH nessa idade em relação às demais. Outro ponto importante diz respeito à persistência do transtorno na vida adulta. Os estudos apontam para prevalência dos sintomas em torno de 50 a 65%, o que refuta a hipótese de que os sintomas desapareceriam com a chegada da adolescência (Barkley, 2002; Golfeto & Barbosa, 2003).

O papel dos fatores genéticos e ambientais já é amplamente aceito na literatura (Roman, Schmitz, Polanczyc & Hutz, 2003; Rohde & Halpern, 2004). Assim como ocorrem em diversos transtornos psiquiátricos, acredita-se que não exista um único gene que seja responsável pelo fenótipo da doença. Ao contrário, o mais provável é que vários genes de pequeno efeito atuem em conjunto fazendo com que o indivíduo apresente uma vulnerabilidade ao transtorno, que associados a diferentes agentes ambientais levam a ocorrência do TDAH (Roman, Schmitz, Polanczyc & Hutz, 2003).

Pesquisas demonstram que indivíduos portadores de TDAH têm alterações na região fronto-orbital e nas suas conexões com o restante do encéfalo. Os circuitos fronto-subcortico-cerebelares estão envolvidos na inibição do comportamento, na

manutenção da atenção, no emprego do autocontrole e no planejamento futuro (Barkley, 2002).

A presença de transtornos mentais nos pais e algumas adversidades psicossociais como, discórdia marital severa, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais e colocação em lar adotivo também são alguns dos fatores ambientais que poderiam estar relacionados com o surgimento do transtorno (Roman, Schmitz, Polanczyc & Hutz, 2003).

Em estudo realizado com 403 crianças de uma escola pública primária, Vasconcelos, Malheiros, Werner Jr e cols (2005) encontraram o fator de “brigas conjugais no passado” nos pais destas crianças, como maior fator psicossocial significativo de contribuição. Segundo estes autores, as crianças que foram expostas a este tipo de agente ambiental correm 11,6 vezes mais risco de ter o diagnóstico de TDAH. Outros fatores estatisticamente significativos foram: separação dos pais, depressão materna, violência entre os pais, etilismo materno, assassinato de um familiar e aglomeração domiciliar.

No entanto, outros estudos indicam muito cuidado ao se tratar os agentes ambientais como preponderantes no aparecimento da doença (Rohde & Halpern, 2004). Não se sabe ao certo se estes fatores são agentes causadores ou mero produto do problema. Uma criança com TDAH pode ser um fator bastante estressor dentro de uma família, o que pode levar ao desencadeamento de problemas familiares. Neste caso, os desentendimentos seriam a consequência e não o agente etiológico do transtorno.

De acordo com Rohde & Halpern (2004), uma das maiores dificuldades em reconhecer a etiologia do transtorno diz respeito ao fato de que, como já foi dito anteriormente, apesar dos sintomas principais serem a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, o quadro clínico pode ser bastante variado, o que indica que haja também uma heterogeneidade etiológica. Isso significa que diferentes fatores genéticos e ambientais possam estar atuando nas manifestações características que formam os diversos quadros clínicos do TDAH.

Um significativo complicador nos estudos com TDAH é a elevada presença de co-morbidade. De acordo com Barkley (2002) há uma estimativa de que até 45% das crianças com TDAH apresente pelo menos outro transtorno psiquiátrico.

O diagnóstico destas co-morbididades é essencial para um manejo eficiente dos portadores de TDAH, uma vez que a presença de outro transtorno irá implicar em tratamento específico para este. Além disso, nestes casos é importante salientar que há uma complicação ainda maior, pois a soma de sintomas de mais um transtorno irá acarretar não só dificuldades por si só como também um aumento no impacto em relação ao núcleo de sintomas do TDAH (Souza & Serra Pinheiro, 2003; Possa, Spanemberg & Guardiola, 2005).

**2- Artigo 1 (Revisão da literatura – publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria)****CONFLITOS CONJUGAIS E FAMILIARES E PRESENÇA DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) NA PROLE: REVISÃO SISTEMÁTICA.**

Marital and familial conflicts and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the offspring: systematic review.

Total de palavras: 3456

**Priscilla Rodrigues Guilherme**

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria (IPUB-UFRJ).

Pesquisadora do GEDA – Grupo de Estudos de Déficit de Atenção do IPUB / UFRJ.

**Paulo Mattos**

Professor Associado da UFRJ. Coordenador do GEDA.

**Maria Antonia Serra-Pinheiro**

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria (IPUB-UFRJ).

Pesquisadora do GEDA – Grupo de Estudos de Déficit de Atenção do IPUB / UFRJ.

**Maria Angélica Regalla**

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria (IPUB-UFRJ).

Pesquisadora do GEDA – Grupo de Estudos de Déficit de Atenção do IPUB / UFRJ.

Instituição: Instituto de psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). – Av. Vencesláu Brás, 71 Fundos. CEP 22290-140. Botafogo, Rio de Janeiro – RJ.

Endereço do autor – Priscilla Guilherme: Av. das Américas 500 bl 20 sala 213. CEP 22640-100. Barra da Tijuca, Rio de Janeiro – RJ. E-mail: [priscilla.psi@gmail.com](mailto:priscilla.psi@gmail.com)

## Resumo

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos neurobiológicos com maior prevalência na infância e pode implicar em dificuldades no funcionamento conjugal dos pais das crianças afetadas, bem como sofrer influência do mesmo. Os resultados de pesquisas referentes ao funcionamento conjugal de pais destas crianças são heterogêneos. **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática acerca dos aspectos conjugais em famílias de crianças com TDAH, relacionando-os com outras variáveis, como a presença de comorbidades, aspectos socioeconômicos e saúde mental dos pais. **Método:** Revisão sistemática de literatura através do PubMed entre os anos de 1996 e 2006 utilizando os termos “ADD”, “ADHD”, “Attention-Deficit Hyperactivity Disorder”, “Attention-Deficit”, “marital conflict” e “family”. **Resultados:** 16 estudos dentre 628 publicações iniciais e 55 artigos posteriormente incluídos através de referências bibliográficas foram avaliados. Embora o relacionamento conjugal seja destacado como fator relevante para a compreensão dos problemas de ajustamento e do desenvolvimento da criança com TDAH, o grau de dificuldade experimentado por pais de crianças com TDAH permanece incerto. **Conclusão:** Há necessidade de novas pesquisas, principalmente estudos longitudinais, que possam esclarecer o impacto do TDAH nos conflitos conjugais de pais de portadores, bem como a influência destes últimos na expressão clínica do transtorno.

Palavras-chave: TDAH, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, funcionamento conjugal, família.

**Abstract**

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurobiological disorders among children and might either influence or be influenced by problems in marital functioning of the parents of affected children. Studies aimed to investigate marital functioning in parents of this children have found controversial results. Objective: To perform a systematic review about the marital aspects of families with ADHD children and, to correlate those aspects with other variables, like the presence of comorbidities, socioeconomical aspects and parents' mental health. Methods: A systematic review of the literature was conducted in Pubmed between 1996 and 2006, using the following keywords: "ADD", "ADHD", "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder", "Attention-Deficit", "marital conflict", and "family". Results: 16 of the 628 initial articles and 55 additional papers included in a following phase, based on bibliographical references, were evaluated. Even though marital relationship has been emphasized as a relevant factor for the understanding of adjustment problems and development of ADHD children, the magnitude of the difficulties experienced by parents remain unclear. Conclusion: Futures longitudinal studies will be necessary to clarify the impact of ADHD in marital conflicts between parents of ADHD children, and also to determine the influence of the marital conflicts in the clinical expression of the disorder.

Key Words: ADHD, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, marital functioning, family

## Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do desenvolvimento, de forte influência neurobiológica, que atinge cerca de 4 a 6% das crianças em idade escolar (Rohde *et al.*, 2004; Vasconcelos *et al.*, 2005), sendo um dos distúrbios mais comuns na infância e uma das principais causas de procura de atendimento em ambulatórios de saúde mental. O TDAH é caracterizado por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade, que devem se manifestar em ao menos dois ambientes (casa e escola, por exemplo) (American Psychiatric Association, 2000). Alguns destes sintomas devem estar presentes desde antes dos sete anos de idade, além de estarem associados a comprometimento em uma variedade de contextos na vida da criança, podendo ainda levar a significativas dificuldades acadêmicas, sociais, profissionais e interpessoais em casos de persistência na vida adulta (Barkley, 2002).

Além do comprometimento nos diversos ambientes anteriormente mencionados, os prejuízos causados pelo TDAH podem também atingir o funcionamento familiar (Hechtman, 1997) e o relacionamento conjugal dos pais do portador (Harpin, 2005). Há estudos realizados em diversos países com pais de crianças portadoras do transtorno demonstrando uma maior prevalência de insatisfação e conflito conjugal, presença de sintomas psíquicos (como ansiedade e depressão) e alterações nas relações pai-filho como, por exemplo, estilos disciplinares altamente diretivos e hostis ou excessivamente permissivos (Johnston e Mash, 2001).

Ao longo dos últimos 10 anos, tem ocorrido um avanço significativo no que diz respeito à compreensão de fatores ligados à natureza biológica do TDAH (Faraone e Biederman, 1998; Berger e Posner, 2000). Entretanto, os estudos que investigaram as variáveis sociais e interpessoais parecem ser descritos de forma menos sistemática e sem atualização continuada (Johnston e Mash, 2001).

Embora fatores familiares não sejam apontados como causa do transtorno, diversas pesquisas apontam para a importância do contexto familiar no TDAH. A

disfunção familiar pode constituir fator de risco que, ao interagir com a predisposição neurobiológica da criança, exacerba a expressão dos sintomas e modifica o curso do transtorno. (Carlson, Jacobvitz e Sroufe, 1995; Hechtman, 1997; Miranda, García e Presentación, 2002; Presentación *et al.*, 2006).

Este artigo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura acerca do funcionamento familiar e relacionamento conjugal nos pais de crianças com TDAH, considerando os diversos fatores associados e potencialmente confundidores tais como nível sócio-econômico, tipo de TDAH e presença de comorbidades, como o Transtorno Desafiador de Oposição (TDO).

### **Metodologia**

Foram analisados todos os artigos em língua inglesa e portuguesa com os termos “ADD”, “ADHD”, “Attention-Deficit Hyperactivity Disorder”, “Attention-Deficit”, “marital conflict” e “family” na base de dados PubMed, de 1996 a 2006. Foram encontrados 628 resultados, dos quais 16 artigos foram incluídos. Foram excluídos todos os artigos que não versavam especificamente sobre o tema referido, como os que eram dirigidos ao uso de medicação e a outros transtornos que não o TDAH. Além dos artigos encontrados na busca, também foram incluídas outras 46 publicações, referenciadas nos artigos, que foram consideradas importantes para o entendimento do presente tema.

### **O funcionamento familiar e o desenvolvimento infantil**

O entendimento dos variados problemas de comportamento infantil requer consideração, não apenas sobre fatores individuais (sejam eles neurobiológicos ou psicológicos), mas também a compreensão do ambiente em que a criança se desenvolve e como este pode contribuir para a manutenção e/ou agravamento dos quadros clínicos, incluindo aí o estudo de aspectos familiares e parentais (Lindahl, 1998).

Nesta perspectiva, uma boa interação com o adulto parece ser elemento essencial, contribuindo para que a criança desenvolva uma melhor percepção das pessoas, objetos e símbolos, modulando seu comportamento e adquirindo os conhecimentos e habilidades necessárias ao desenvolvimento (Bronfenbrenner e Ceci, 1994). A família exerce uma influência importante na socialização da criança, que, por sua vez, se constitui como fator de relevância para o desenvolvimento cognitivo. O núcleo familiar realiza o papel de mediação entre a criança e a sociedade, sendo, portanto, o meio básico através do qual a criança começa a estabelecer suas relações com o mundo (Souza, 1997).

Diversos aspectos familiares possuem impacto significativo sobre o desenvolvimento cognitivo infantil, tais como a escolaridade materna (Bradley e Corwyn, 2002) e o nível sócio-econômico (Zamberlan e Biasoli-Alves *apud* Andrade *et al.*, 2005). Em estudo realizado em nosso meio, Andrade *et al.* (2005) demonstraram que, quanto melhor a qualidade da estimulação ambiental dentro do espaço familiar, melhor o desempenho cognitivo da criança. Cumpre ressaltar que a estimulação recebida pela criança associa-se positivamente ao nível de escolaridade materna, o que demonstra a importância dos papéis da dinâmica familiar e das condições materiais para o desenvolvimento cognitivo infantil. Braz, Dessen e Silva (2005) observaram uma maior proporção de casais de classe média satisfeitos com seus relacionamentos maritais em comparação aos de classe mais baixa, indo ao encontro de resultados previamente publicados (Fletcher *et al.*, 1999; Gottman, 1998).

Nos últimos anos, o relacionamento conjugal tem sido apontado como fator de grande importância para a qualidade de vida das famílias, principalmente no que diz respeito à qualidade do relacionamento que pais e mães estabelecem com seus filhos (Belsky, 1984; Gottman, 1998). Braz, Dessen e Silva (2005) demonstraram que o estabelecimento de bom relacionamento conjugal favorece a divisão das tarefas domésticas e das práticas de educação entre ambos os cônjuges, o que, por sua vez, promove desenvolvimento de sentimentos de segurança em seus filhos. A maioria dos

cônjuges deste estudo acreditava que o seu relacionamento tinha influência tanto direta, quanto indireta, nas relações mantidas com a criança, assim como também percebiam o filho, como interferindo no relacionamento marital, corroborando os achados de outros autores (Belsky, 1984; Deal *et al.*, 1999; Kreppner, 2000), sobre a influência do casal no filho.

Pesquisas têm documentado associações entre relacionamentos familiares – incluindo as relações maritais e entre pais e filhos – e problemas de ajustamento em crianças (Erel e Burman, 1995; Harold e Conger, 1997; Erath, Bierman e Conduct Problems Prevention Research Group, 2006). Alguns estudos demonstraram que o estabelecimento de uma relação conjugal insatisfatória pode ocasionar diversas conseqüências diretas e indiretas, tanto para os casais, quanto para seus filhos (Gottman, 1993). Dentre os diversos prejuízos que as relações conjugais ruins parecem exercer sobre as crianças, estão os problemas de saúde física, as dificuldades acadêmicas, a depressão, a diminuição de habilidades sociais e os distúrbios de comportamento (Gottman, 1998). Grych, Seid e Fincham (1992) sugeriram que a presença de conflitos hostis e agressivos estaria mais relacionada a problemas externalizantes (como o TDAH), enquanto que os problemas internalizantes (como a depressão e a ansiedade) resultariam das avaliações das crianças sobre os mesmos, ou seja, da maneira como as crianças interpretavam o conflito. O conflito marital pode ser entendido como um estressor que, quando combinado a outros aspectos da vida da criança, pode se associar a problemas de ajustamento (Fincham, Grych & Osborne, 1994). Belsky (1984) propôs ainda que relacionamentos conjugais e relação pais-filho seriam fatores interdependentes, e que os conflitos ocorridos no casamento não afetariam apenas a maneira como os pais tratam os seus filhos, mas também a forma como as crianças lidam com os seus pais.

Embora alguns estudos demonstrem uma associação significativa entre as dificuldades no relacionamento marital e o desenvolvimento das crianças em geral, o modo como estas variáveis se relacionam permanecem sem explicação satisfatória.

Interações conjugais conflituosas podem influenciar a criança tanto diretamente, através de um processo de modelação (aprendizagem de comportamentos através da observação de modelos), quanto indiretamente, através de práticas parentais inconsistentes e discordantes (Emery, 1992 *apud* Johnston e Mash, 2001; Fincham, Grych e Osborne, 1994).

Segundo Braz, Dessen e Silva (2005), casamentos com relações insatisfatórias se associam à maior insensibilidade dos genitores e a desenvolvimento infantil pouco ajustado. Erel e Burman (1995) também sugeriram que casais que mantinham um relacionamento insatisfatório e conflituoso se tornavam mais desequilibrados emocionalmente e irritáveis, influenciando seus comportamentos como cuidadores, tornando-os menos sensíveis e atenciosos com suas crianças.

Belsky (1984) propôs que o relacionamento marital funcionaria como um suporte primário para a paternidade. Desta forma, a discordância freqüente no casamento poderia levar a dificuldades no estabelecimento de práticas parentais efetivas. Em concordância com esta proposta, alguns autores (Fauber e Long, 1991) sugeriram que o conflito marital só afetaria o desenvolvimento das crianças devido a suas conseqüências diretas nas práticas parentais. De acordo com a proposta de Fincham, Grych e Osborne (1994), a tensão no relacionamento marital pode levar à inconsistência nos comportamentos disciplinares utilizados pelos pais. Estas diferenças, por sua vez, podem ser expressas abertamente e acarretar insatisfação entre o casal e uma insatisfação mais saliente com a criança. Em alguns casos, um dos cônjuges pode passar a defender a criança e se opor ao seu parceiro, resultando em um aumento do conflito marital. Este cônjuge pode se frustrar, e passar a usar táticas autoritárias (incluindo agressões físicas e/ou verbais), tornando-se cada vez menos envolvido na função parental.

Wolfe (1985) sugere ainda que quando os pais são agressivos um com o outro, há uma tendência maior que a agressão também se dirija para a criança. Apesar da existência de diferenças individuais nas respostas cognitivas e emocionais das

crianças a essas relações conjugais, certos tipos de conflitos entre o casal parecem eliciar modos parecidos de se comportar, tais como as agressões verbais, a hostilidade e as auto-acusações (Grych e Fincham, 1993).

Fincham, Grych e Osborne (1994) sugeriram que embora a exposição ao conflito marital fosse um fator estressor para a criança, este, isoladamente, não seria suficiente para explicar o seu efeito. Os autores sugeriram que a avaliação feita pela criança sobre o conflito e seu impacto poderia explicar melhor aquela relação. Assim, a percepção da criança seria um mediador dos efeitos do conflito, o que também explicaria o porquê de as crianças reagirem diferentemente quando expostas a interações maritais disfuncionais.

A exposição ao conflito marital não possui um efeito uniforme. Seu impacto parece depender da combinação de vários eventos e da interação existente dentro da própria família, o que pode explicar, ao menos em parte, o porquê de algumas crianças expostas ao conflito apresentarem sintomas depressivos, terem reações agressivas ou sentimento de rejeição por um dos pais, enquanto outras crianças – principalmente aquelas que possuem bom relacionamento com seus pais – atribuem os conflitos a causas externas e temporárias, não apresentando problemas no seu desenvolvimento e saúde (Fincham, Grych e Osborne, 1994).

### **Relacionamento marital em famílias com crianças com TDAH**

Nos últimos anos, alguns pesquisadores têm se dedicado a compreender fatores familiares potencialmente associados ao TDAH, modificando o prejuízo associado e/ou alterando o seu curso. Também tem sido alvo de investigação, o impacto do TDAH no relacionamento conjugal dos pais de crianças portadoras.

Muitos estudos com amostras clínicas e epidemiológicas (Biederman *et al.*, 1999; DuPaul *et al.*, 2001; Presentacion *et al.*, 2006; Scahill *et al.*, 1999) revelaram níveis mais altos de estresse e ambiente familiar mais conflituoso em famílias de crianças com TDAH quando comparadas a controles (Biederman *et al.*, 2006), embora

outros não tenham encontrado esta associação (Byrne, Dewolfe e Bawden, 1998; Cunningham, Benness e Siegel, 1988).

Em relação especificamente ao relacionamento conjugal dos pais destas crianças, os achados também se revelaram inconsistentes. Alguns estudos (Befera e Barkley, 1985; Presentacion *et al*, 2006, Shelton *et al.*, 1998) demonstraram que pais de crianças com TDAH, de diferentes idades e níveis de gravidade, relatavam uma menor satisfação marital e mais conflito do que pais de crianças sem TDAH. Na direção oposta, em estudo com amostra epidemiológica, Szatmari, Offord e Boyle (1989) demonstraram não haver mais relatos de problemas maritais entre pais de crianças portadores de TDAH quando comparados a pais de controles normais. Barkley, DuPaul e McMurray (1990) também não encontraram diferenças significativas entre famílias de portadores de TDAH e famílias de controles normais de acordo com o auto-relato das mães no que diz respeito à discórdia marital. Não foram encontrados índices aumentados de divórcios em pais de portadores de TDAH em diversos estudos (Barkley *et al*, 1991, Brown e Pacini, 1989 e Faraone *et al*, 1991). De modo similar, Camparo *et al.* (1994) não encontraram maiores níveis de conflito marital utilizando questionários e entrevistas numa amostra clínica de famílias de crianças com TDAH (idades entre 6 e 12 anos) quando comparadas a famílias-controle. No entanto, pais de portadores de TDAH censuravam mais seus filhos pelos problemas familiares.

Diminuição da satisfação conjugal pode, por sua vez, se relacionar com menor envolvimento parental em pais de crianças com o TDAH. Pais de crianças com TDAH tendem a se classificar como menos competentes na sua função como pais (Dewolfe, Byrne e Bawden, 2000) e a perceber sintomas de desatenção e comportamentos de desafio e oposição, menos controláveis e mais estáveis, tendendo a reagir mais negativamente a tais sintomas em comparação a grupos controles (Johnston e Freeman, 1997).

Em recente estudo com amostra epidemiológica, Presentación *et al.* (2006) investigaram, através da análise da percepção dos pais de crianças com idade entre

sete e dez anos e TDAH do subtipo combinado, uma série de aspectos da vida social, das dificuldades em lidar com a criança e do relacionamento marital. Os autores observaram uma diferença significativa em relação ao grupo controle, demonstrando uma importante deterioração no funcionamento familiar e relacionamento conjugal do grupo de pais das crianças com o transtorno do subtipo combinado, sendo o impacto ainda mais grave naquelas que também apresentavam transtorno de conduta. Este achado corrobora a idéia de que o tipo Combinado do TDAH estaria mais fortemente associado a funcionamento familiar negativo do que os tipos com Predomínio de Desatenção ou Predomínio de Hiperatividade-Impulsividade. Contudo, estes dados são discordantes de outros estudos como os de Barkley *et al* (1991) e Roselló *et al.* (2003). Nestas últimas pesquisas, que abrangeram uma amostra de pais de crianças com TDAH combinado, a percentagem de separação e divórcios não se revelou especialmente elevada, à semelhança do que foi observado em outros estudos (Barkley *et al.*, 1991; Brown e Pacini, 1989; Faraone *et al.*, 1991), e os problemas maritais encontrados foram mais relacionados com uma convivência difícil que afeta toda a família, e não apenas o casal. Os achados de estudo realizado por Counts *et al.* (2005) também sugeriram que famílias de crianças com o tipo combinado de TDAH apresentavam mais fatores de risco associados com adversidade familiar, como conflito marital, pais com histórico de transtornos psiquiátricos e eventos de vida estressantes, quando comparadas a famílias de crianças com o tipo predominantemente desatento e grupo controle. Este estudo demonstrou que os sintomas de TDAH não estão associados às percepções das crianças acerca do conflito marital.

Alguns estudos sugeriram que a inconsistência encontrada na relação entre funcionamento marital e prole com TDAH poderia ser explicada através da ocorrência da comorbidade com Transtorno de Desafio e Oposição e/ou Transtorno de Conduta (TC). A relação entre discórdia marital e problemas infantis de conduta tem se

mostrado consistente em numerosos estudos, especialmente no que se refere a amostras masculinas (Campbell, 1995; Dodge, Pettit e Bates, 1994).

Um estudo de Barkley *et al.* (1992) encontrou pior ajustamento marital em pais de adolescentes com TDAH co-mórbido com TDO do que nos grupos somente com TDAH e controles. Johnston e Behrenz (1993) demonstraram que casais com crianças portadoras de TDAH que também apresentavam agressividade eram mais negativos quando discutiam entre si do que pais de crianças com TDAH sem agressividade ou do grupo controle. Ainda nesta direção, Lindahl (1998) investigou, através de uma combinação de métodos de auto-relato e dados observacionais, múltiplos fatores familiares e parentais, incluindo o relacionamento marital. Para isto, avaliou 4 grupos de pais de crianças entre 7 e 11 anos: pais de crianças com TDAH; pais de crianças com TDO; pais de crianças com TDAH e TDO; pais de controles normais. Os resultados indicaram que pais das crianças com TDAH e TDO comórbido apresentavam maiores níveis de insatisfação marital do que o grupo apenas com TDAH. Cumpre ressaltar que os níveis de insatisfação marital de pais de portadores de TDO revelaram-se semelhantes aos encontrados em pais de crianças com os dois transtornos, sugerindo uma maior influência negativa do TDO no relacionamento marital.

Em contraste com estudos que relacionam a disfunção marital à presença da comorbidade, outras pesquisas não revelaram diferenças significativas no funcionamento marital em famílias de meninos com TDAH com ou sem comorbidade com problemas comportamentais (Barkley *et al.*, 1991; Biederman, Munir e Knee, 1987; Prinz *et al.*, 1983; Schacar e Wachsmuth, 1990).

Além da presença de comorbidades e da associação com o subtipo do transtorno, outros fatores devem ser considerados ao se tratar do relacionamento conjugal entre casais. Estudos têm evidenciado a importância de se considerar a saúde mental dos cônjuges. Conflito marital em homens e mulheres se associa a níveis mais altos de sintomas depressivos (O'leary, Christian e Mendall, 1994; Whiffen

e Gotlib, 1989). Estes, por sua vez, poderiam agir como estressor generalizado sobre a família, induzindo a afetos negativos nos membros e nas habilidades de enfrentamento da criança (Downey e Coyne, 1990; Gelfand e Teti, 1990).

Uma pesquisa epidemiológica de Cunningham e Boyle (2002) sobre aspectos do funcionamento familiar e parental em famílias de crianças pré-escolares com TDAH revelou que as mães destas crianças apresentavam escores de depressão mais altos que as mães de crianças sem o transtorno. Kilic e Sener (2005) encontraram elevadas taxas de depressão materna e alcoolismo paterno em pais de crianças com TDAH comórbido com TDO. Lesesne, Visser e White (2003) demonstraram que mães de crianças portadoras de TDAH apresentam maiores taxas de depressão e ansiedade, principalmente em mães solteiras e de baixo status socioeconômico (Whisman, 2001 *apud* Low e Stocker, 2005). Os achados de Low e Stocker (2005) sugerem que o humor depressivo em pais e a hostilidade marital em mães estão diretamente associados a problemas externalizantes nos filhos. Uma pesquisa realizada por Kashdan *et al.* (2004) teve como resultado uma associação negativa entre ansiedade nos pais e fatores como envolvimento parental, disciplina intrusiva e negativa e problemas sociais relacionados a sintomas opositivos e desafiadores nos filhos, no entanto não foi encontrada nenhuma relação específica com o TDAH.

Estudos epidemiológicos têm encontrado relatos de conflito marital em homens e mulheres em geral associados a níveis mais altos de sintomas depressivos (O'leary, Christian e Mendall, 1994; Whiffen e Gotlib, 1989). Estes, por sua vez, poderiam agir como estressor generalizado sobre a família, induzindo a afetos negativos nos membros e nas habilidades de enfrentamento da criança (Downey e Coyne, 1990; Gelfand e Teti, 1990). Aparentemente, o humor depressivo aparece freqüentemente associado à hostilidade marital e algumas pesquisas têm documentado uma ligação entre este tipo de conflito e problemas tanto externalizantes, incluindo o TDAH, quanto internalizantes em crianças (Cumming e Davies, 1994; Grych e Fincham, 1990).

A questão da comorbidade novamente se apresenta, em um estudo realizado no Japão, por Satake, Yamashita e Yoshida (2004), que demonstrou que a saúde mental de mães de crianças com TDAH comórbidos com TDO ou TC era pior quando comparada com os grupos de mães com filhos apenas com TDAH e controles.

## **Discussão**

Embora o relacionamento marital seja destacado na literatura como fator relevante para a compreensão dos problemas de ajustamento e do desenvolvimento infantil, o grau de dificuldade experimentado por pais de crianças portadoras de TDAH permanece incerto.

Apesar de diversos estudos documentarem uma associação significativa entre conflito marital e problemas de ajustamento infantil (Cumming e Davies, 2002), outras variáveis coexistentes e possíveis mediadores (tais como transtornos comórbidos) e características específicas de tais conflitos permanecem sendo importantes para a compreensão mais completa desta associação. Não parecem claramente estabelecidos os seguintes pontos: 1) Se os problemas conjugais podem ser considerados secundários à presença de TDAH na prole, 2) Se apenas casos de TDAH com comorbidade com Transtornos Disruptivos se associam a problemas conjugais, 3) Se conflitos conjugais pré-existent interferem na manifestação dos sintomas de TDAH que, por sua vez, retro-alimenta os conflitos conjugais, 4) Se presença de TDAH (transtorno com elevada participação genética) num dos cônjuges tem papel saliente no entendimento dos conflitos conjugais de modo independente da presença de TDAH na prole e 5) Se a presença de depressão ou ansiedade está relacionada ao impacto da presença de TDAH na prole.

## **Conclusão**

Observa-se grande discordância de resultados nos estudos que avaliam a associação entre as relações familiares, conflitos conjugais e crianças portadoras de

TDAH. Embora haja predomínio de resultados que sugerem a existência de dificuldades maiores nos relacionamentos familiares de crianças com TDAH, principalmente naquelas famílias em que as crianças também apresentam comorbidades com transtornos disruptivos, os estudos não apresentam concordância quanto a este aspecto.

O esclarecimento de questões importantes acerca dos mecanismos e processos de desenvolvimento que operam nesta relação é necessário, uma vez que fornecerá embasamento teórico para intervenções psicoterápicas. Estudos prospectivos seriam muito úteis para se determinar a direção da possível associação entre TDAH e discórdia marital. O impacto de tratamentos farmacológicos e/ou psicoterápicos do TDAH sobre os conflitos conjugais, bem como a influência da terapia dos conflitos conjugais sobre o TDAH merece ser estudada.

#### **Referências Bibliográficas:**

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRA, Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. Rev Saúde Pública 39(4): 606- 611, 2005.

Arnold EH, O'leary SG, Edwards GH. Father involvement and self-reported parenting of children with attention deficit-hyperactivity disorder. Journal of Consulting & Clinical Psychology 65(2): 337-42, 1997.

Barkley RA, Dupaul GJ, McMurray MB. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. Journal of Consulting and Clinical Psychology 58: 775-789, 1990.

Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. III. Mother child interactions, family

conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32: 233-255, 1991.

Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Mother adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology* 20: 263-288, 1992.

Barkley R. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2002.

Befera MS, Barkley RA. Hyperactive and normal girls and boys: mother child interaction, parent psychiatric status and child psycho pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26: 439-452, 1985.

Belsky J. The determinants of parenting: a process model. *Child Development* 17: 3-23, 1984.

Berger A, Posner MI. Pathologies of brain attentional networks. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24: 3-5, 2000.

Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TH, Weber W, Jetton J, Kraus I, Pert J, Zallen B. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38: 966-975, 1999.

Biederman J, Munir K, Knee D. Conduct nad oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: A controlled family study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26:724-727, 1987.

Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annual Review Psychology* 53:371-399, 2002.

Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Klein KL, Price JE, Faraone SV. Psychopathology in females with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: a controlled, five-year prospective study. *Biol Psychiatry* 60:1098-1105, 2006.

- Braz MP, Dessen MA, Silva NLP. Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. *Psicologia Reflexão e Crítica* 18 (2): 151-161, 2005.
- Bronfenbrenner U, Ceci SJ. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychol Rev* 101 (4): 568-586, 1994.
- Brown RT, Pacini JN. Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities* 22: 581-587, 1989.
- Byrne JM, De Wolfe NA, Bawden HN. Assessment of attention déficit hyperactivity disorder in preschoolers. *Child Neuropsychology* 4: 49-66, 1998.
- Camparo L, Christensen A, Buhrmester D, Hinshaw S. System functioning in families with ADHD and non-ADHD sons. *Personal Relationships* 1: 301-308, 1994.
- Campbell SB. Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36: 113-149, 1995.
- Carlson EA, Jacobvitz D, Sroufe LA. A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development* 66: 37-54, 1995.
- Counts CA, Nigg JT, Stawicki JA, Rappley MD, Von Eye A. Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 44(7):690-698, 2005.
- Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 35: 73-112, 1994.
- Cummings EM, Davies PT. Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 43: 31-63, 2002.
- Cunningham CE, Bennes BB, Siegel LS. Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology* 17: 169-177, 1988.

- Cunningham CE, Boyle MH. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30 (6): 555-569, 2002.
- Deal JE, Hagan MS, Bass B, Hetherington EM, Clingempeel G. Marital interaction in dyadic and triadic contexts: continuities and discontinuities. *Family Process* 38: 105-115, 1999.
- DeWolfe N, Byrne JM, Bawden HN. ADHD in preschool children: parent-rated psychosocial correlates. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 42(12): 825-830, 2000.
- Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development* 65: 649-665, 1994.
- Downey G, Coyne J. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin* 108: 50-76, 1990.
- DuPaul GJ, Mccgoey KE, Eckert TL, Vanbrakle J. Preschool children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : impairments in behavioral, social and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40: 508-515, 2001.
- Erath SA, Bierman KL, Conduct Problems Prevention Research Group. Aggressive marital conflict, maternal harsh punishment, and child aggressive-disruptive behavior: evidence for direct and mediated relations. *Journal of Family Psychology*. 20(2):217-26, 2006.
- Erel O, Burman B. Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 118: 108-132, 1995.
- Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 44: 951-958, 1998.

Faraone SV, Biederman J, Keenan K, Tsuang MT. Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: Evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychological Medicine* 21: 109-121, 1991.

Fauber R, Long N. Children in context: the role of the family in child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 813-820, 1991.

Fincham FD, Grych JH, Osborne LN. Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology* 8(2): 128-140, 1994.

Fletcher GJO, Simpson JA, Thomas G, Giles L. Ideals in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology* 76: 72-89, 1999.

Gelfand DM, Teti DM. The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review* 10: 329-353, 1990.

Gottman JM. The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction: a longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 6-15, 1993.

Gottman JM. Psychology and the study of marital processes. *Annual Review of Psychology* 49: 169-197, 1998.

Grych J, Fincham F. Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin* 108: 267-290, 1990.

Grych JH, Fincham FD. Children's appraisals of marital conflict: initial investigations of the cognitive-contextual framework. *Child Development* 64: 215-230, 1993.

Grych JH, Seid M, Fincham FD. Assessing marital conflict from the child's perspective: the children's perceptions of interparental conflict scale. *Child Development* 63: 558-572, 1992.

Harold GT, Conger RD. Marital conflict and adolescent distress: the role of adolescent awareness. *Child Development* 68: 243-260, 1997.

Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child* 90(1): 2-7, 2005.

Hechtman L. Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 41(6): 350-360, 1996.

Johnston C, Behrenz K. Childrearing discussions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of aggressive-defiant behavior. *Canadian Journal of School Psychology* 9: 53-65, 1993.

Johnston C, Freeman W. Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 65(4):636-645, 1997.

Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations. *Clinical Child and Family Psychology Review* 4(3): 183-207, 2001.

Kashdan TB, Jacob RG, Pelham WE, Lang AR, Hoza B, Blumenthal JD, Gnagy EM. Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 33(1): 169-81, 2004.

Kilic B, Sener S. Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Turk Psikiyatri Dergisi* 16(1): 21-28, 2005.

Kreppner K. The child and the family: interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 16: 11-22, 2000.

Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-deficit disorder in school-aged children: Association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics* 111(5): 1232-1237, 2003.

Lindahl KM. Family process variables and children's disruptive behavior problems. *Journal of Family Psychology* 12(3): 420-436, 1998.

Low SB, Stocker C. Family functioning and children's adjustment: Associations among parent's depressed mood, marital hostility, parent-child hostility and children's adjustment. *Journal of family psychology* 3: 394-403, 2005.

Miranda A, García R, Presentación MJ. Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial em niños com transtorno por déficit de atención com hiperctividad. *Revista de Neurologia* 34(1): 91-97, 2002.

O'leary KD, Christian JL, Mendall N. A closer look at the link between marital discord and depression. *Journal of Social and Clinical Psychology* 13: 33-41, 1994.

Presentacion MJ, García R, Miranda A, Siegenthaler R, Jara P. Familial impact of children with the combined subtype off attention deficit hyperactivity disorder: the effects of associated behavioural disorders. *Revista de Neurologia* 42 (3): 137-143, 2006.

Prinz RJ, Myers D, Holden EW, Tarnowski J, Roberts WA. Marital disturbance and child problems: A cautionary note regarding hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 11: 393-399, 1983.

Rohde LA et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica* 31(3): 124-131, 2004.

Roselló B, García R, Tárraga J, Mulas F. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños com trastorno por déficit de atención com hiperctividad. *Rev Neurol* 36: 79-84, 2003

Satake H, Yamashita H, Yoshida K. The family psychosocial characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder with or without oppositional or conduct problems in Japan. *Child Psychiatry & Human Development*. 34 (3): 219-235, 2004.

Schachar R, Wachsmuth R. Hyperactivity and parental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31: 381-392, 1990.

Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JR, Zhang H, Kasl S. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38: 976-984, 1999.

Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C, Moorehouse M, Flechter K, Barret S, Jenkins L, Metevia L. Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive impulsive inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 26: 475-494, 1998.

Souza RM. A criança na família em transformação: um pouco de reflexão e um convite à investigação. *Psic Rev* 5: 33-51, 1997.

Szatmari P, Boyle MH, Offord, DR. ADHD and conduct disorder: Degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 865-872, 1989.

Vasconcelos MM et al. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 63(1): 68-74, 2005.

Whiffen VE, Gotlib IH. Stress and coping in maritaly distressed and nondistressed couples. *Journal of Social and Personal Relationships* 6: 327-344, 1989.

Wolfe DA. Child abusive parents: an empirical review and analysis. *Psychological Bulletin* 97: 462-487, 1985.

**3- Artigo 2 (submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica)****Estudo Piloto de Habilidades Sociais Conjugais em Mães de Adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).**

Total de palavras: 3552

**Priscilla Rodrigues Guilherme**

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria (IPUB-UFRJ).

Pesquisadora do GEDA – Grupo de Estudos de Déficit de Atenção do IPUB / UFRJ.

**Paulo Mattos**

Professor Associado da UFRJ. Coordenador do GEDA.

**Maria Antonia Serra-Pinheiro**

Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental / IPUB-UFRJ.

Pesquisadora do GEDA – Grupo de Estudos de Déficit de Atenção do IPUB / UFRJ.

**Maria Angélica Regalla**

Mestre em Saúde Mental / IPUB-UFRJ.

Pesquisadora do GEDA – Grupo de Estudos de Déficit de Atenção do IPUB / UFRJ.

Instituição: Instituto de psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). – Av. Vencesláu Brás, 71 Fundos. CEP 22290-140. Botafogo, Rio de Janeiro – RJ.

Endereço do autor – Priscilla Guilherme: Rua Paulo Barreto, 91. Botafogo CEP 22280-010 Rio de Janeiro – RJ. E-mail: [priscilla.psi@gmail.com](mailto:priscilla.psi@gmail.com)

## **Resumo**

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico e frequentemente crônico, que atinge cerca de 4 a 5% de crianças e adolescentes. Algumas pesquisas encontraram que os pais de probandos com o transtorno apresentam mais conflitos no relacionamento marital do que controles, enquanto outras não acharam esta associação. **Objetivo:** Este estudo piloto teve como objetivo principal investigar as habilidades sociais conjugais de mães de adolescentes com TDAH de uma amostra clínica. **Métodos:** Empregou-se o Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC) em uma amostra de 12 mães de adolescentes com diagnóstico de TDAH segundo os critérios do sistema DSM-IV, comparando-se com grupo controle pareado por idade e escolaridade. Foram investigados sintomas ansiosos e depressivos, bem como nível socioeconômico e sintomas de TDAH nas mães. **Resultados:** Não foi observada diferença significativa nos resultados de mães de adolescentes com TDAH no que se refere às habilidades sociais conjugais. A presença aumentada de ansiedade e sintomas de TDAH nas mães não se associou a piores resultados no IHSC. **Conclusão:** Neste piloto com pequeno número de mães não se observou diferenças no que se refere às habilidades sociais conjugais, aspecto que necessita ser confirmado com amostras maiores e em estudos longitudinais.

**Palavras-chave:** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Habilidades Sociais Conjugais, família.

**Abstract**

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurobiological and chronic disorder that affects about 4 to 5% of children and young. Some studies found that parents of children with the disorder have more conflict in their marital relations than controls, while others studies found no such association. **Objective:** This pilot study had a principal aim to investigate the marital social skills of mothers of youngs with diagnoses of ADHD from a clinical sample. **Methods:** It was applied Marital Social Skills Inventory in a sample of twelve mothers of youngs diagnosed with ADHD according to DSM-IV, through of a comparison with a control group matched by age and schooling. **Results:** There was no significant difference in mother's results of ADHD youngs in relation to marital social skills. The increased presence of anxiety and ADHD symptoms in mothers was not associated with worse outcomes in IHSC. **Discussion:** In this pilot with a small number of mothers, there was no observed difference in relation to social skills marital, aspect that needs to be confirmed with larger samples and longitudinal studies

Pilot Study of Marital Social Skills in Mothers of Youngs with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, marital social skills, family.

## **Introdução**

A comunicação interpessoal vem sendo reconhecida como importante tópico de estudo em pesquisa na área da Psicologia, e também tem sua importância evidenciada na atividade clínica, através do treinamento em habilidades sociais, técnica utilizada no tratamento de diversos transtornos, como depressão, ansiedade, esquizofrenia e problemas conjugais (1). O impacto da habilidade de comunicação interpessoal se justifica pelo fato de vivermos grande parte de nossas vidas em alguma forma de interação social. Logo, estamos determinados, mesmo que parcialmente, pela qualidade de nossas habilidades sociais.

Caballo (2) define o conceito de habilidade social como um conjunto de comportamentos emitidos por uma pessoa em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou os direitos da mesma de forma adequada à situação, respeitando esses comportamentos nos outros, o que geralmente minimiza a possibilidade de problemas futuros, resolvendo os problemas imediatos da situação. Sendo assim, as habilidades sociais podem ser entendidas como o repertório comportamental apresentado por um indivíduo a fim de lidar com uma situação interpessoal de maneira adequada (3).

Nas últimas décadas, o casamento e o relacionamento conjugal tem sido tema de discussão e pesquisa, devido à importante influência na vida das pessoas e na sociedade. Dentre os fatores que influenciam a qualidade do relacionamento conjugal, vários autores destacam a importância do repertório de habilidades sociais conjugais dos cônjuges (4,5, 6).

O relacionamento conjugal, por sua vez, tem sido apontado como fator de grande importância para a qualidade de vida das famílias, principalmente no que diz respeito à qualidade do relacionamento que pais e mães estabelecem com seus filhos (7,8).

Pesquisas têm documentado associações entre relacionamentos familiares – incluindo as relações maritais e entre pais e filhos – e problemas de ajustamento em crianças (9, 10, 11). Alguns estudos demonstraram que o estabelecimento de uma relação conjugal insatisfatória pode ocasionar diversas conseqüências diretas e indiretas, tanto para os casais, quanto para seus filhos (12). Dentre os diversos prejuízos que as relações conjugais ruins parecem exercer sobre as crianças, estão os problemas de saúde física, as dificuldades acadêmicas, a depressão, a diminuição de habilidades sociais e os distúrbios de comportamento (8)

Em relação à associação com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, muitos estudos com amostras clínicas e epidemiológicas (13, 14, 15, 16) revelaram níveis mais altos de estresse e ambiente familiar mais conflituoso em famílias de crianças com TDAH quando comparadas a controles (17), embora outros não tenham encontrado esta associação (18, 19).

No que se refere aos aspectos conjugais dos pais destas crianças, uma revisão sistemática realizada recentemente por nosso grupo (20) revelou que os dados são inconsistentes e inconclusivos. Alguns estudos (21, 15, 22) demonstraram que pais de crianças com TDAH, de diferentes idades e níveis de gravidade, relatavam uma menor satisfação marital e mais conflito do que pais de crianças sem TDAH. Na direção oposta, em estudo com amostra epidemiológica, Szatmari, Offord e Boyle (23) demonstraram não haver mais relatos de problemas maritais entre pais de crianças portadores de TDAH quando comparados a pais de controles normais. Estudos epidemiológicos têm encontrado relatos de conflito marital em homens e mulheres em geral associados a níveis mais altos de sintomas depressivos (24, 25).

Nosso grupo anteriormente identificou a presença de sintomatologia ansiosa (do tipo traço) e depressiva em mães de portadores de TDAH numa amostra não-clínica

(26); aspecto que não foi observado em pais. Este estudo piloto teve como objetivo identificar se mães de adolescentes com diagnóstico de TDAH têm mais problemas com habilidades sociais conjugais, investigando ainda se existe alguma correlação com outras variáveis como presença de ansiedade e depressão, além de sintomas de TDAH.

## **MÉTODO**

### **Amostra**

A amostra deste estudo piloto foi composta por mães de dois grupos de adolescentes, um grupo com diagnóstico de TDAH e um controle, cada um com 12 sujeitos. O grupo experimental foi formado por mães de pacientes que procuraram consecutivamente atendimento no ambulatório do GEDA (Grupo de Estudos de Déficit de Atenção) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e que tiveram diagnóstico de TDAH de acordo com os critérios do sistema DMS-IV, enquanto o grupo controle foi selecionado por mães de adolescentes que frequentam o ambulatório de adolescentes do IPPMG, do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ.

O grupo com TDAH foi formado por 10 meninos e 2 meninas e o grupo controle com 5 meninos e 7 meninas.

Foram incluídas no estudo, crianças com idade entre 11 e 16 anos recebidas para atendimento, que atendessem a critérios para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade de acordo com o questionário padronizado SNAP-IV (Teacher and Parent Forms of the Swanson, Nolan, and Pelham, version IV) e a entrevista estruturada P-CHIPS (Children's Interview for Psychiatric Syndromes: Parent Version) e excluídas crianças com retardo mental, definido como quociente de inteligência igual ou menor que 70, TDAH com comorbidade com Transtorno Bipolar, histórico de epilepsia,

transtornos invasivos e abrangentes e pacientes e/ou responsáveis que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por se recusarem a participar do estudo.

### **Instrumentos**

*Inventário de Habilidades Sociais Conjugais.* (IHSC) Instrumento baseado no Inventário de Habilidades Sociais (24), com situações próprias ao relacionamento conjugal. Constitui-se de 31 itens a serem respondidos individualmente através de uma escala do tipo *Likert*, variando de “nunca ou raramente” (zero a 20% das vezes) a “sempre ou quase sempre” (81 a 100% das vezes), na qual a frequência de comportamentos habilidosos é o indicador da competência social conjugal.

*Inventário Beck de Depressão.* Trata-se de uma escala de auto-relato de 21 itens desenvolvido por Beck (28) para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos.

*Idate.* Traduzido e adaptado no Brasil por Biaggio (29) consiste em uma escala de auto-relato com 21 itens, e que mede dois componentes que compõem a ansiedade: traço e estado.

*ASRS.* Escala de avaliação de sintomas de TDAH em adultos composta por 18 itens, desenvolvido por nosso grupo (30), em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, baseada nos sistema classificatório DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) (31).

### **Procedimento de coleta de dados**

Os pacientes foram triados no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, tendo os responsáveis preenchido o questionário SNAP-IV, sendo posteriormente submetidos à entrevista semi-estruturada P-CHIPS, de acordo com as diretrizes da DSM-IV. Também eram preenchidos os questionários IDATE, BECK, ASRS e

questionário de avaliação sócio-econômica do IBGE. Os pacientes que atenderam aos critérios para TDAH foram então encaminhados para avaliação neuropsicológica, na qual foram aplicados pelas psicólogas os subtestes cubos e vocabulário do WISC-III (Escala de Inteligência Wechsler para Crianças).

Após a confirmação do diagnóstico e a explicação da pesquisa e os procedimentos éticos pertinentes, foram entregues às mães os questionários descritos anteriormente, os quais elas responderam individualmente e em separado.

### **Tratamento dos Dados**

Foi realizada inicialmente a tabulação dos dados obtidos nos instrumentos e a sua organização em planilhas com os valores dos escores de cada respondente. Com base nesses dados, procedeu-se à análise estatística da distribuição de sexo (através do teste de Fisher), idade, QI e IBGE, comorbidades, assim como análises relativas à Habilidade Conjugal (pelo teste Mann-Whitney) entre os grupos.

Em seguida foram feitas correlações entre a escala de Habilidade Conjugal, e a presença de ansiedade e depressão nas mães (através dos inventários BDI e idade), nos grupos TDAH e controle através de coeficientes de correlação de Spearman.

### **Resultados**

Como se vê na tabela 1, a média de idade dos dois grupos foi de 13 anos, variando de 11 a 16 anos. O QI médio do grupo com TDAH foi de 96, enquanto do grupo controle foi 89,2. De acordo com o nível sócio econômico, a maior parte do grupo com TDAH foi classificado na classe B, enquanto que o grupo controle teve a maior parte de sujeitos com classe social C. É importante ressaltar que nenhuma

comparação entre as variáveis teve significância estatística, o que pode ter a ver com o número reduzido da amostra. Em relação ao sexo, o grupo amostral foi composto de 10 meninos e 2 meninas, enquanto que o grupo controle teve uma distribuição mais homogênea, sendo 5 meninos e 7 meninas. Cabe destacar que a prevalência de TDAH no sexo masculino costuma ser maior, o que também foi observado neste estudo.

Conforme observado na tabela 2, em relação à comparação relativa à habilidade conjugal das mães dos adolescentes, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $p= 0,862$ ).

Também não foi encontrada correlação significativa entre a escala de Habilidade Conjugal e outras variáveis como idade, QI e IBGE.

De acordo com a tabela 3, observa-se que as mães dos adolescentes do grupo com TDAH obtiveram pontuações mais altas nas escalas de depressão e de sintomas de TDAH do que o grupo controle. Contudo, nenhuma dessas variáveis correlacionou-se positivamente com a habilidade social conjugal das mesmas (tabela 4).

## **Discussão**

De acordo com a literatura existente sobre o tema, há controvérsias em relação ao comprometimento dos aspectos maritais de pais de crianças com TDAH (20). No Brasil, ainda não houve investigações sobre o tema para comparações.

Neste estudo piloto, não foi possível identificar comprometimento relacionado a habilidades conjugais das mães de probandos com TDAH. Embora as mães destes adolescentes apresentassem índices maiores de depressão do que as mães do grupo controle, estes achados não podem ser associados com a diminuição das habilidades conjugais das mesmas.

Contudo, é importante ressaltar alguns aspectos que podem influenciar neste resultado. Em primeiro lugar, devemos levar em consideração o número de mães investigadas. Devido ao pequeno tamanho da amostra, estes resultados ainda não podem ser generalizados a toda população.

Além disso, embora alguns autores (4, 5) destaquem que o nível de habilidade social conjugal seja um bom preditor da qualidade do relacionamento, existe ainda a possibilidade de que, mesmo as mães tendo apresentado bons níveis de habilidades sociais conjugais, este dado pode não se correlacionar diretamente com a satisfação dentro do relacionamento com seus cônjuges.

Sendo assim, para maior esclarecimento sobre o assunto sugere-se a realização de estudos com amostras maiores e que incluam os dois membros do casal, assim como a aplicação de escalas que possam mensurar não só a habilidade dos cônjuges, mas verificar se esta se correlaciona com a satisfação no relacionamento marital. Além disso, é importante que sejam feitos estudos longitudinais a fim de se perceber se há uma relação causal ou não do comprometimento do relacionamento conjugal com o surgimento de sintomas de TDAH na prole.

## **Referências**

<sup>1</sup> Caballo, VE. Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais. Santos: Editora Santos; 2003.

<sup>2</sup> Caballo, VE. Evaluación de las habilidades sociales, In: R. Fernandez Ballesteros, JA Carrobbles, Evaluación conductual: metodología y aplicaciones. Madrid: Pirâmide; 1986.

<sup>3</sup> Del Prette A, Del Prette, ZAP. Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes; 2001.

<sup>4</sup>Bratfisch, M. Maximização das relações conjugais através de um treinamento de habilidades sociais para casais. Monografia de conclusão de curso, Curso de Graduação em Psicologia, Universidade Federal São Carlos, SP, 1997.

<sup>5</sup> Dela Coleta, MF. Locus de controle e satisfação conjugal. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 1992; 8 (2):243-252.

<sup>6</sup> Range B, Dattilio, FM. Casais. In: Range B (org) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*. p171-192. Campinas: Editorial Psy, 1995.

<sup>7</sup> Belsky J. The determinants of parenting: a process model. *Child Development*. 1984; 17: 3-23.

<sup>8</sup> Gottman JM. Psychology and the study of marital processes. *Annual Review of Psychology*. 1998; 49: 169-197.

<sup>9</sup> Erel O, Burman B. Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 1995;118: 108-132.

<sup>10</sup> Harold GT, Conger RD. Marital conflict and adolescent distress: the role of adolescent awareness. *Child Development*. 1997; 68: 243-260.

<sup>11</sup> Erath SA, Bierman KL, Conduct Problems Prevention Research Group. Aggressive marital conflict, maternal harsh punishment, and child aggressive-disruptive behavior: evidence for direct and mediated relations. *Journal of Family Psychology*. 2006; 20(2):217-26.

<sup>12</sup> Gottman JM. The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction: a longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993; 61: 6-15.

<sup>13</sup> Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TH, Weber W, Jetton J, Kraus I, Pert J, Zallen B. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38: 966-975.

<sup>14</sup> DuPaul GJ, Mccgoey KE, Eckert TL, Vanbrakle J. Preschool children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : impairments in behavioral, social and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40: 508-515.

<sup>15</sup> Presentacion MJ, García R, Miranda A, Siegenthaler R, Jara P. Familial impact of children with the combined subtype off attention deficit hyperactivity disorder: the effects of associated behavioural disorders. *Revista de Neurologia*. 2006; 42 (3): 137-143.

<sup>16</sup> Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JR, Zhang H, Kasl S. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; 38: 976-984.

<sup>17</sup> Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Klein KL, Price JE, Faraone SV. Psychopathology in females with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: a controlled, five-year prospective study. *Biol Psychiatry*. 2006; 60:1098-1105.

<sup>18</sup> Byrne JM, De Wolfe NA, Bawden HN. Assessment of attention déficit hyperactivity disorder in preschoolers. *Child Neuropsychology*. 1998; 4: 49-66.

<sup>19</sup> Cunningham CE, Benness BB, Siegel LS. Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1988; 17: 169-177.

<sup>20</sup> Guilherme PR, Regalla M A, Serra-Pinheiro M A, Mattos P . Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007; 56: 201-207.

<sup>21</sup> Befera MS, Barkley RA. Hyperactive and normal girls and boys: mother child interaction, parent psychiatric status and child psycho pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1985; 26: 439-452.

<sup>22</sup> Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C, Moorehouse M, Flecther K, Barret S, Jenkins L, Metevia L. Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive impulsive inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1998; 26: 475-494.

<sup>23</sup> Szatmari P, Boyle MH, Offord, DR. ADHD and conduct disorder: Degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1989; 28: 865-872.

<sup>24</sup> O'leary KD, Christian JL, Mendall N. A closer look at the link between marital discord and depression. *Journal of Social and Clinical Psychology* 13: 33-41, 1994.

<sup>25</sup> Whiffen VE, Gotlib IH. Stress and coping in maritaly distressed and nondistressed couples. *Journal of Social and Personal Relationships* 6: 327-344, 1989.

<sup>26</sup> Segenreich D, Fortes D, Coutinho G, Mattos, P. Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 42: 2-5, 2009.1

<sup>27</sup> Del Prette, ZAP, Del Prette A. Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

<sup>28</sup> Beck, AT, Steer, RA, Garbin, MG Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review* 8:77-100,1988.

<sup>29</sup> Biaggio, AMB, Natalício, I, Spielberger, CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) de Spielberger. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada* 29: 31-44, 1997.

<sup>30</sup> Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação Transcultural para o Português da Escala Adult Self-Report Scale (ASRS-18, versão 1.1) para avaliação de sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006; 33 (4).

<sup>31</sup> American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4.ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

## Figuras e Tabelas (artigo 2)

**Tabela 1**

**Estatísticas descritivas das variáveis Idade, QI e IBGE  
segundo os grupos**

Variáveis	Grupo	Estatísticas descritivas					P-valor do Teste Mann- Whitney
		Média	Desvio- padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	
Idade	TDAH	13,0	1,7	11,0	12,5	16,0	0,332
	Controle	13,5	1,3	11,0	13,5	16,0	
QI	TDAH	96,0	10,5	82,0	92,0	120,0	0,122
	Controle	89,2	6,8	80,0	89,5	100,0	

**Tabela 2**

**Estatísticas descritivas relativas à Habilidade Conjugal  
segundo o grupo**

Estatísticas da habilidade conjugal	Grupo		P- valor*
	TDAH (n=12)	Controle (n=12)	
Média	82,3	85,1	0,862
Desvio padrão	18,4	11,1	
Mínimo	48,0	66,0	
Mediana	84,0	86,0	
Máximo	106,0	106,0	

\*Teste de Mann-Whitney

Tabela 3

**Estatística descritiva das co-morbidades  
segundo os grupos**

Co-morbidades	Grupo	Estatísticas descritivas					P-valor do teste Mann- Whitney
		Média	Desvio- padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	
<b>BECK Mãe</b>	TDAH	17,1	11,2	0,0	17,0	33,0	0,052
	Controle	8,0	8,2	0,0	5,5	24,0	
<b>IDATE-Traço Mãe</b>	TDAH	47,6	7,2	37,0	47,5	62,0	0,713
	Controle	46,1	4,9	37,0	46,5	53,0	
<b>IDATE-Estado Mãe</b>	TDAH	41,3	4,0	35,0	41,5	47,0	0,443
	Controle	40,0	4,5	34,0	40,0	46,0	
<b>ASRS mãe D</b>	TDAH	18,6	9,0	7,0	19,5	31,0	0,020
	Controle	10,3	5,4	2,0	9,0	19,0	
<b>ASRS mãe HI</b>	TDAH	16,3	7,5	8,0	12,5	29,0	0,010
	Controle	9,3	4,7	5,0	7,5	19,0	
<b>ASRS mãe Total</b>	TDAH	34,9	16,1	17,0	32,5	59,0	0,017
	Controle	19,6	8,8	7,0	19,0	38,0	

Tabela 4

Variáveis		Hab. Conj.	Beck-mãe	Idate T mãe	Idate E mãe	ASRS-D	ASRS-HI	ASRS-Tot
<b>Habilidade Conjugal</b>	$r_s$	1	-0,473	-0,147	-0,137	0,049	-0,070	0,011
	p-valor		0,121	0,649	0,671	0,879	0,828	0,974
<b>Beck-mãe</b>	$r_s$	-0,257	1	0,718	0,572	0,601	0,653	0,586
	p-valor	0,419		0,009	0,052	0,039	0,021	0,045
<b>Idate Traço mãe</b>	$r_s$	-0,523	0,499	1	0,576	0,919	0,838	0,879
	p-valor	0,081	0,099		0,050	< 0,001	0,001	< 0,001
<b>Idate Estado mãe</b>	$r_s$	0,130	-0,030	0,275	1	0,460	0,517	0,456
	p-valor	0,688	0,926	0,386		0,132	0,085	0,136
<b>ASRS-D mãe</b>	$r_s$	-0,257	0,779	0,541	0,226	1	0,876	0,928
	p-valor	0,419	0,003	0,069	0,480		< 0,001	< 0,001
<b>ASRS-HI mãe</b>	$r_s$	-0,239	0,387	0,039	0,123	0,462	1	0,981
	p-valor	0,454	0,214	0,904	0,702	0,131		< 0,001
<b>ASRS-Tot mãe</b>	$r_s$	-0,243	0,794	0,327	0,121	0,859	0,782	1
	p-valor	0,447	0,002	0,299	0,708	< 0,001	0,003	.

A parte hachurada refere-se às variáveis das mães do grupo experimental e a parte em branco às mães do grupo controle.

#### 4- Conclusão da dissertação

Segundo a revisão de literatura realizada, embora alguns estudos internacionais apontem que pais de crianças e adolescentes portadores de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade apresentam maior comprometimento em sua conjugalidade do que pais de crianças sem o transtorno, outros não acharam esta associação.

Alguns dos estudos revisados sugerem que a relação entre comprometimento na conjugalidade deve-se mais à co-morbidade freqüente em crianças com TDAH com transtornos disruptivos, como o transtorno desafiador de oposição (TDO) e transtorno de conduta (TC). Esta idéia se reforça nas pesquisas que encontram essa associação em pais de crianças que apresentam apenas TDO ou TC, porém sem o diagnóstico de TDAH.

Também ainda não está clara a direção desta associação. Ainda se faz necessário esclarecer se pais de crianças ou adolescentes com o transtorno já apresentavam a dificuldade anteriormente, e se isso é um fator que potencializa a probabilidade do surgimento (em probandos que já tenham a predisposição biológica ao transtorno) ou aumento da gravidade de sintomas nos filhos, ou ainda se o comprometimento na relação marital surge somente após a convivência com o filho portador, como um prejuízo associado.

Também é importante esclarecer outros aspectos que potencialmente influenciam esta relação, como o fato dos próprios pais poderem ser portadores de TDAH, ou a relação com a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Sabemos que adultos com o transtorno têm mais problemas com uso de drogas e álcool, aspectos que necessitam mais esclarecimentos em pesquisas.

No presente estudo piloto realizado no GEDA, não foi encontrada diferença significativa nas habilidades sociais conjugais de mães de adolescentes portadores do transtorno quando comparados a um grupo controle. Embora as mães do grupo com TDAH apresentassem maiores níveis de sintomas depressivos e de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade do que as mães do grupo controle, estas variáveis não se relacionaram com o aumento do prejuízo nas habilidades sociais conjugais das mesmas. No Brasil ainda não foram realizadas outras pesquisas sobre o tema para comparação.

Logo, sugere-se a realização de estudos com amostras maiores e com desenhos longitudinais a fim de se esclarecer mais a relação entre conjugalidade dos pais e presença de TDAH na prole.

## Referências Bibliográficas da Introdução

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ANASTOPOULOS, A. D. Facilitando a compreensão e o manejo do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade por parte dos pais. IN: REINECKE, M. A., DATTILIO, F. M. & FREEMAN, A. **Terapia cognitiva com crianças e adolescentes - Manual para a prática clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

BARKLEY, R. **Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2002. 328 p.

GOLDSTEIN, S. & GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. Campinas: Papyrus, 1996

GOLFETO, J. H. & BARBOSA, G. A. Epidemiologia. IN: ROHDE, L. A. & MATTOS, P. **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003.

HARPIN, V.A. **The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and Community from preschool to adult life**. *Arch Dis Child*. 2005; 90 (1): 2-7.

JOHNSTON, C. & MASH, E. J. **Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations**. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2001; 4 (3): 183-207.

KNAPP, P., ROHDE, L. A., LYSZKOWKI, L. & JOHANNPETER, J. **Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MIRANDA, A.; GARCÍA, R. & PRESENTACIÓN, M. J. **Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial em niños com transtorno por déficit de atención com hiperctividad**. *Revista de Neurologia*. 2002; 34 (1): 91-97.

POSSA, M. de A., SPANEMBERG, L. & GUARDIOLA, A. **Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares.** *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. jun. 2005, vol. 63, no. 2b, p. 479-483.

PRESENTACIÓN, M. J. & cols. **Impacto familiar de los niños com transtorno por déficit de atención con hiperctividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados.** *Revista de Neurologia*. 2006; 42 (3): 137-143.

ROHDE, L. A. & HALPERN, R. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização.** *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*. [online]. abr. 2004, vol.80, no2, p.61-70.

ROHDE, L. A. & MATTOS, P. **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003.

ROHDE, L. A., MIGUEL FILHO, E. C., BENETTI, L. & cols. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas.** *Revista de Psiquiatria Clínica* [online]. 2004, vol.31, no.3, p.124-131.

ROMAN, T., SCHMITZ, M., POLANCZYK, G. V. & HUTZ, M. Etiologia. IN: ROHDE, L. A. & MATTOS, P. **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003.

SOUZA, I. & SERRA PINHEIRO, M. A. Co-morbidades. IN: ROHDE, L. A. & MATTOS, P. **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003.

VASCONCELOS, M.M., MALHEIROS, A.F.A., WERNER, JR, J. e cols. **Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* mar. 2005, vol.63, no1, p. 68-74.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)