

**VÂNIA LÚCIA DE MORAIS RIBEIRO**

**A família e a criança/adolescente com TDAH:  
relacionamento social e intrafamiliar**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
BELO HORIZONTE**

**2008**

**VÂNIA LÚCIA DE MORAIS RIBEIRO**

**A família e a criança/adolescente com TDAH:  
relacionamento social e intrafamiliar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração:  
Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora:  
Profa. Dra. Janete Ricas.

Co-Orientador:  
Prof. Dr. José Carlos Cavalcheiro

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
BELO HORIZONTE**

**2008**

R484f Ribeiro, Vânia Lúcia de Moraes.  
A família e a criança/adolescente com TDAH [manuscrito]:  
Relacionamento social e intrafamiliar. /Vânia Lúcia de Moraes Ribeiro.  
Belo Horizonte: 2008.  
174 f.

Orientadora: Janete Ricas.

Co-orientador: José Carlos Cavalheiro da Silveira.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Medicina.

1. Transtorno da Falta de Atenção com Hiperatividade. 2. Relações Familiares. 3. Violência. 4. Educação. 5. Ciência Cognitiva. 6. Criança. 7. Adolescente. 8. Dissertações acadêmicas. I. Ricas, Janete. II. Silveira, José Carlos Cavalheiro da. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WS 350.8

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente**

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Profa. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: João Lúcio dos Santos Jr.

Chefe do Departamento de Pediatria: Profa. Cleonice de Carvalho Coelho Mota

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de  
Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Medicina - Área de  
Concentração em Pediatria: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente**

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Profa. Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Francisco José Penna

Profa. Ivani Novato Silva

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Profa. Regina Lunardi Rocha

Ludmila Teixeira Fazito (Repr. Disc. Titular)

Dorotêa Starling Malheiros (Repr. Disc. Suplente)

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

Dissertação intitulada A família e a criança/adolescente com TDHA: relacionamento social e intrafamiliar, de autoria da mestranda Vânia Lúcia de Moraes Ribeiro, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella

---

Profa. Dra. Juliana Gurgel Gianetti

---

Prof. Dr. Eduardo Carlos Tavares

---

Prof. Dra Janete Ricas

---

Prof. Dr. José Carlos Cavalheiro da Silveira

Belo Horizonte, 30 de maio de 2008.

---

Prof. Dr. Joel Lamounier  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
da Faculdade de Medicina da UFMG

*Ao Fernando, ao Ivo e ao Rafael,  
que alimentam com sua doçura o meu desejo  
de contribuir para a construção de um mundo melhor.*

*Às crianças, aos adolescentes e aos adultos  
que convivem com o TDAH e com os desafios  
de crescer e viver no nosso tempo.*

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Janete Ricas, por ter acolhido e guiado com segurança e sabedoria os meus primeiros passos no mundo da ciência. Mais do que orientar, ela participou ativamente do processo de aprendizagem e de produção, que gerou este trabalho, fazendo deste um caminho compartilhado e construído na interação. Obrigada Janete, pela confiança, por partilhar seu conhecimento com abertura, curiosidade, reflexão e empenho. Estas características, somadas à sua inteligência e sua disponibilidade afetiva, a tornam, além de uma cientista exemplar, uma pessoa adorável. A você dedico a minha admiração e o meu carinho.

Ao professor José Carlos Cavalheiro, pelo apoio e pelo incentivo, que me trouxeram de volta à Universidade depois de quase vinte anos de dedicação à clínica. As idéias que semeou como coordenador do curso de especialização em terapia cognitiva acordaram em mim o desejo e a possibilidade de, não apenas executar a arte do processo terapêutico, mas também contribuir para a geração de idéias e a produção de conhecimento.

À Corinna Schabbel, por muitas razões. Através dela conheci a Terapia Cognitiva e o Construtivismo e, da sorte de ser sua aluna, nasceu o privilégio de ser sua amiga. Generosamente ela despendeu seu tempo na leitura dos meus textos e em longas conversas, me estimulando a conhecer e a pensar sob o enfoque construtivista. Além de ser uma amiga muito querida, a combinação de firmeza e suavidade, conhecimento e simplicidade, honestidade e gentileza fazem dela uma referência como terapeuta e professora.

À equipe do AMBDA, que apoiou o meu projeto de pesquisa e aos pacientes que dele participaram.

Aos colegas e professores da Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, pela partilha de momentos de crescimento pessoal e intelectual.

A todos os meus pacientes, que me ensinam a cada dia um novo modo de ver a vida, de construí-la e de reconstruí-la, enfrentando o mau tempo e aprendendo a compor com palavras novas histórias, novas chances, novos caminhos por onde pode passar a vida com seus inumeráveis sentidos e direções.

À Júnia, minha irmã querida, que não poupou esforços para cuidar de todas as tarefas e tomar todas as providências que estavam ao seu alcance para que eu pudesse me dedicar aos livros e à pesquisa. Sem sua ajuda carinhosa eu não teria conseguido fazer este trabalho.

Aos meus amigos que, ao manifestar suas saudades, alimentam meu ensejo de desfrutar o bom da vida. Agradeço especialmente à Carla, que me mostrou a importância da pós-graduação, ao Paulo, pela interlocução sempre inteligente, e à Gabriela por sua disponibilidade carinhosa para ouvir e ajudar.

Aos meus pais, por seu apoio amoroso e incondicional em todos os momentos da minha vida.

*“Continua,  
apesar de todos esperarem que abandones.  
Não deixes que se enferruje o ferro que há em ti”.  
Madre Teresa de Calcutá*

## RESUMO

O quadro sintomático do indivíduo com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é resultado de múltiplos fatores biológicos e ambientais que interagem e se influenciam mutuamente, levando a um padrão único de funcionamento. A dinâmica entre as variáveis familiares e o TDAH da criança sofre a influência das características genéticas compartilhadas entre pais e filhos e a disfunção familiar tem sido um fator evidenciado nas pesquisas com estas famílias. Realizou-se um estudo descritivo no qual utilizou-se a metodologia qualitativa a fim de analisar o discurso das famílias de crianças e adolescentes portadores de TDAH, com o objetivo de identificar as crenças e as atitudes dos pais para com seus filhos, visando compreender melhor a maneira como este transtorno é percebido pela família e como isso interfere em suas atitudes para com as crianças/adolescentes. A amostra constituiu-se de 18 pais/mães de crianças e adolescentes com TDAH em atendimento no Ambulatório de Déficit de Atenção (AMBDA) no Hospital das Clínicas da UFMG e a coleta dos dados foi realizada através de grupos focais e entrevistas semi-estruturadas, entre junho e agosto de 2007. Para a análise dos dados foram utilizados recursos da Análise do Discurso e a interpretação dos dados foi realizada sob o enfoque construtivista. Como resultado, encontramos que as muitas dificuldades enfrentadas no cotidiano destas famílias geram em seus membros distorções e crenças disfuncionais que têm grande impacto em sua saúde psíquica, assim como em suas relações afetivas e sociais, agravando os sintomas do transtorno. Identificamos também a ocorrência de maus tratos físicos, abuso emocional e negligência contra as crianças dentro e fora da família. Entre os fatores que contribuem para o agravamento da problemática familiar destacam-se o despreparo dos sistemas de saúde e educação para dar atendimento adequado a esta população. Como medidas de atendimento e de prevenção à violência contra estas crianças recomendamos orientação e tratamento para os pais, treinamento das equipes de saúde que lidam com esta população, especialmente os pediatras, e intervenção junto às escolas visando informar e preparar os profissionais de educação para lidar com o TDAH.

**Palavras-chave:** : 1. Transtorno da Falta de Atenção com Hiperatividade (TDAH). 2. Relações Familiares. 3. Violência. 4. Educação. 5. Ciência Cognitiva. 6. Criança. 7. Adolescente.

## **ABSTRACT**

The symptomatic view of an individual with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a result of multiple biological and environmental factors that interact and influence themselves mutually, resulting on a unique function standard. The dynamic between family variables and the child's ADHD is under the influence of genetic characteristics shared among parents and their infants — and the familiar dysfunction has become evident on the research conducted with the families. This is a descriptive study that used the qualitative methodology in order to analyze the speech of families who have either children or teenagers with ADHD. The proposal is to identify parent's beliefs and attitudes regarding their children as a mean to understand better how the ADHD disorder is perceived by the families and how this interfere in their attitudes with the children and/or teenager. The sample includes 18 fathers/mothers of children with ADHD that were attended in the Clinics Hospital's Deficit Attention Ambulatory (AMBDA) from UFMG. The data was collected using focal groups techniques as well as semi-structured interview process, between June and August 2007. In order to analyze all the data collected during the research this paper will focus on the Speech Analysis techniques and the interpretation of the data was done under the Constructivist approach. As a result, this study came to the conclusion that many difficulties undertaken by the families related to ADHD in the day life generate great distortions and dysfunctional beliefs that have an impact in their physical and mental health, as well as in their social and emotional relations. Therefore, the families studied in this paper showed that they tend to worsen the symptoms of the disease. During the research it was evident that ADHD children were emotionally harassed, physically abused and also neglected in and outside of the families' boundaries. After observing the reality of the families with ADHD, we can say that an important factor that contribute to aggravate the ADHD familiar problematic is the disarrangement of the health and also the education system, which are not prepared to deal with this specific population/demand. As an intervention measure and a way of prevent violence against children with ADHD we recommend that the parents start to get orientation about the disorder as well as special care/treatment. On the other hand, it is also necessary to invest on instruction to prepare the healthy team to do the right diagnose and to offer the proper treatment to the population with ADHD. We would like to stress that the pediatrics are the ones that should be better trained. Another

recommendation is related to the education system. We suggest an intervention in the schools in order to prepare and inform both parents and teachers how to deal with ADHD. Finally, we propose school mediation as a strategy to develop abilities to deal with conflicts through dialog and consensus, in a way that we can achieve a positive environment for the children's development, preventing violence and promoting cooperation and peace.

Key words: 1. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). 2. Family relationship. 3. Violence. 4. Education. 5. Cognitiv science. 6. Children. 7. Adolescent.

## SUMÁRIO

|    |                                                                                                                         |           |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                 | <b>16</b> |
| 2. | <b>O TDAH.....</b>                                                                                                      | <b>27</b> |
|    | 2.1 DEFINIÇÃO .....                                                                                                     | 27        |
|    | 2.2 ETIOLOGIA .....                                                                                                     | 27        |
|    | 2.3 DIAGNÓSTICO .....                                                                                                   | 29        |
|    | 2.4 CO-MORBIDADES.....                                                                                                  | 31        |
|    | 2.5 TRATAMENTO.....                                                                                                     | 32        |
| 3. | <b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                                                                         | <b>35</b> |
|    | 3.1 O CONSTRUTIVISMO .....                                                                                              | 38        |
|    | 3.2 AS INTERAÇÕES SOCIAIS E FAMILIARES SOB O ENFOQUE<br>CONSTRUTIVISTA .....                                            | 39        |
|    | 3.3 A ANÁLISE DO DISCURSO .....                                                                                         | 44        |
| 4. | <b>OBJETIVOS.....</b>                                                                                                   | <b>47</b> |
| 5. | <b>METODOLOGIA .....</b>                                                                                                | <b>48</b> |
|    | 5.1 DESENHO DO ESTUDO .....                                                                                             | 48        |
|    | 5.2 COLETA DOS DADOS.....                                                                                               | 50        |
|    | 5.3 GRUPO FOCAL .....                                                                                                   | 54        |
|    | 5.4 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA .....                                                                                   | 57        |
| 6. | <b>RESULTADOS.....</b>                                                                                                  | <b>60</b> |
|    | 6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....                                                                                      | 61        |
|    | 6.2 DETERMINAÇÃO DOS SENTIDOS DAS FALAS.....                                                                            | 61        |
|    | 6.2.1 A influência das condições materiais do setting dos grupos focais<br>e das entrevistas .....                      | 62        |
|    | 6.2.2 As restrições impostas pelo contrato e gênero do discurso e pelo<br>quadro das instituições em que se produz..... | 64        |
|    | 6.2.3 As representações imaginárias que os interactantes fazem de<br>suas próprias identidades e do outro .....         | 68        |
|    | 6.2.4 As visadas: as intenções dos interlocutores .....                                                                 | 69        |
|    | 6.2.5 Os determinantes sociais, econômicos e históricos dos discursos .....                                             | 69        |
|    | 6.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....                                                                                        | 73        |

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| TEMAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....                                       | 74  |
| TEMA A. DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS FAMÍLIAS.....                         | 75  |
| A.1 No tratamento .....                                                      | 75  |
| A.2 Nas relações com a criança.....                                          | 78  |
| A2.1 Dificuldades em colocar limites e estabelecer disciplina.....           | 78  |
| A2.2 Dificuldades de relacionamento afetivo .....                            | 82  |
| A.3 Nas relações com a escola.....                                           | 84  |
| A3.1 Cobranças e abusos dos professores .....                                | 84  |
| A3.2 Discriminação pela escola .....                                         | 86  |
| TEMA B. IMPACTO DO TDAH SOBRE A FAMÍLIA E SOBRE AS RELAÇÕES FAMILIARES ..... | 89  |
| B.1 Sobre as relações intrafamiliares .....                                  | 89  |
| B.2 Sobre as relações sociais da família .....                               | 94  |
| B.3 Sobre a saúde emocional dos pais/ cuidadores .....                       | 97  |
| TEMA C. DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS CRIANÇAS .....                        | 100 |
| C.1 Relativas à escola e à aprendizagem .....                                | 100 |
| C1.1 Recriminação social e familiar da criança pelo fracasso .....           | 100 |
| C1.2 Rejeição pelos colegas.....                                             | 102 |
| C.2 Na interação com outras crianças .....                                   | 103 |
| C2.1 Dificuldade em participar de atividades conjuntas .....                 | 104 |
| C2.2 Rejeição.....                                                           | 104 |
| C.3 Nas interações intrafamiliares .....                                     | 106 |
| TEMA D. PERCEPÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS FILHOS PELOS PAIS .....            | 108 |
| D.1 Características positivas.....                                           | 108 |
| D.2 Características negativas .....                                          | 111 |
| D.3 Semelhanças com familiares.....                                          | 116 |
| D3.1 Justificam o comportamento do filho .....                               | 116 |
| D3.2 Ajudam na lida com os sintomas.....                                     | 117 |
| D3.3 Dificultam a vida familiar.....                                         | 119 |

|                                                    |         |
|----------------------------------------------------|---------|
| TEMA E. ATITUDES DOS PAIS PARA COM OS FILHOS ..... | 121     |
| E.1. Atitudes de suporte.....                      | 121     |
| E.2. Atitudes punitivas .....                      | 132     |
| E.3. Complacência, Desistência, negligência .....  | 144     |
| E.4. Atitudes antes e depois do diagnóstico .....  | 146     |
| <br>6.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....              | <br>150 |
| <br>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                      | <br>159 |
| <br>REFERÊNCIAS.....                               | <br>163 |

ANEXO I - Ficha de identificação do participante – AMBDA

ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO III - 14 princípios para criar uma criança com TDAH

APENDICE - Roteiro para entrevistas e grupos focais.

## INTRODUÇÃO

*Somos como somos em congruência com nosso meio  
e nosso meio é como é em congruência conosco.*

*Humberto Maturana*

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) tem sido alvo de muito interesse dos pesquisadores na última década, que investigam suas bases genéticas, bioquímicas, prevalência e persistência dos sintomas, comorbidades psiquiátricas, fatores de risco e outros tantos aspectos relacionados à síndrome. Tem sido, também, tema de muitas controvérsias, tanto no meio científico quanto entre leigos. Por um lado, há grupos organizados, formados principalmente por leigos, que negam e combatem a validade do diagnóstico defendendo que os sintomas atribuídos ao TDAH são parte de um extremo de um contínuum do desenvolvimento normal e alegam que existe uma conspiração da indústria farmacêutica para promover o diagnóstico de TDAH com a finalidade de aumentar o mercado de seu produto, o metilfenidato; além disso, divulgam dados e opiniões sobre os efeitos colaterais deste medicamento. Por outro lado, a comunidade científica defende a validade da classificação deste conjunto de manifestações comportamentais e cognitivas como um transtorno do desenvolvimento normal.

Descrito pela primeira vez em um jornal médico em 1902 por George Still, os comportamentos instáveis deste grupo de crianças foram associados aos sintomas de encefalite letárgica, conduzindo à designação do quadro inicialmente como “lesão cerebral mínima”. Em resposta à refutação da hipótese de lesão cerebral e à associação dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade (típicos da síndrome) a disfunções em vias nervosas, foi cunhado, na década de 1960, o termo “disfunção cerebral mínima” ((PLISZKA, 2004). Em 1968 o DSM-II trouxe o termo “reação hipercinética da infância”. Em 1990 o DSM-III trouxe grandes mudanças: inclui o diagnóstico de TDAH como “transtornos da infância”; passa a adotar critérios diagnósticos sintomáticos e omite termos associados à etiologia na definição; admite a possibilidade do

transtorno de déficit de atenção sem hiperatividade e a possibilidade de uma forma adulta (MATTOS et al., 2006)

Inúmeros estudos e publicações posteriores documentaram a ocorrência de TDAH sem a presença de hiperatividade e a presença do TDAH em adultos. Os sistemas classificatórios modernos utilizados em psiquiatria utilizam nomenclatura diferente, embora as diretrizes diagnósticas sejam similares. É classificado como “transtornos hipercinéticos” na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como “transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade” -TDAH- no DSM-IV, que é utilizado na maior parte dos estudos atuais.

É possível reconhecer os sinais da hiperatividade na criança, mediante a inquietude constante que a impele a escalar móveis, correr pela casa, quebrar objetos, falar sem parar, não se fixar em lugar algum nem se ater em nenhuma atividade. No adulto este sintoma costuma ser mais ameno, mas se mantêm no comportamento inquieto e nos pensamentos acelerados. A desatenção faz com que as pessoas com TDAH vivam no “mundo da lua”: são presas do esquecimento constante, perdem objetos, se perdem nos trajetos, distraem-se com qualquer estímulo, são desorganizados no tempo e no espaço. Tanto na criança quanto no adulto, a impulsividade se manifesta em comportamentos irrefletidos às vezes arriscados, na impaciência, na dificuldade em adiar a gratificação. Criam conflitos, discutem e rompem facilmente os vínculos afetivos que conseguem, com esforço, construir.

A prática clínica tem mostrado e a literatura na área tem confirmado que as limitações impostas por esta condição, hoje classificada como um transtorno neurobiológico, trazem muito sofrimento para o sujeito. Junto a isso, o reconhecimento do seu impacto sobre a família e sobre a escola não apenas tem tido o efeito de elevá-lo à categoria de problema de grande relevância, mas também tem ocupado estudiosos de diversas disciplinas.

Entretanto, pessoas com comportamentos e funcionamento cognitivo — hoje classificadas como portadoras de TDAH — provavelmente sempre existiram,

assim como tantas outras modalidades de diferentes configurações das funções cerebrais. Essas pessoas eram conhecidas na maioria das vezes como “elétricas”, “rebeldes”, “lerdas”, “irresponsáveis”, “impetuosas”, adjetivos que apontavam para características de personalidade ou, até mesmo, defeitos de caráter. Algo parece ter acontecido para que esse conjunto de características gradativamente venha se tornando foco de preocupação da ciência, tendo passado do status de variação das normas comportamentais e cognitivas para ser alçado ao status de doença. Os pais estão confusos, as escolas não sabem o que fazer com as crianças, e os profissionais se sentem despreparados para lidar com o problema.

Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar o aumento de interesse, a mudança de visão e o enfoque social e acadêmico sobre essa antiga questão:

- O avanço científico na área da saúde — sobretudo na área do diagnóstico biomolecular e por imagens, na área da genética e na área da terapêutica farmacológica — tem levado à classificação de antigos problemas como enfermidades, na expectativa da solução fácil e eficaz não encontrada em outras áreas acadêmicas nem no conhecimento acumulado do senso comum.
- As mudanças no olhar social, acadêmico e jurídico sobre a criança e o adolescente, que levaram ao reconhecimento de seus direitos, têm inibido soluções antes usadas pelas escolas e pelas famílias para o controle e o enquadramento dos desviantes (internatos, castigos severos, disciplinas muito rígidas, expulsão da escola e da família, etc.). A família e a escola tinham, na maioria das vezes, recursos aceitos e permitidos pelas normas e valores da época para dar limites a essas crianças e colocá-las “nos trilhos”. Entretanto, as posturas e os conceitos sociais sobre a criança têm mudado no sentido da proteção e da cidadania levando os pais a não se sentir legitimados para o uso dos recursos que eram (e ainda são em grande medida) considerados educativos. Diante da condenação e interdição das antigas soluções, instauram-se o caos e a busca de novas formas de abordagem do problema.

- Este conjunto de manifestações apresentadas pelos portadores de TDHA não constitui em si mesmo um problema, mas torna-se problema diante das novas organizações sociais, que implicam exigências que ultrapassam as possibilidades de adequação do sujeito. Crianças traquinas e desatentas sempre existiram, mas não causavam tantos problemas para si mesmas e suas famílias, nem para as escolas e outras instituições. A relação com tempo e com o espaço existente na organização urbana atual é diferente e exige das crianças muito esforço de adequação. Da mesma forma, as atribuições das crianças mudaram: hoje não há mais espaço nas agendas das crianças para brincadeiras, sobretudo para aquelas que possibilitam atividade física livre, como correr, pular, gritar, cair, subir. Especialmente as crianças criadas nos grandes centros urbanos passam seus dias ocupados com aulas, cursos e atividades programadas por seus pais e são obrigadas a se submeter desde muito cedo à corrida por “um lugar ao sol”. São exigidas e estressadas pelas intermináveis demandas que chegam através dos pais, da escola, da TV, das outras crianças e são punidas, por não atendê-las, com a exclusão e pesadas ameaças de um futuro de fracasso. Se antes ser desatento era um defeito a ser corrigido, hoje é uma sentença. Ao lado da aceleração de todos os processos relacionados à informação, da crescente pressão pelo bom desempenho, da diminuição das oportunidades do mercado de trabalho e do conseqüente aumento da competitividade, há a promessa de um futuro nada promissor, que acena como conseqüência de uma *performance* mediana. Nesse contexto, alguém que tenha tendência ao pensamento desorganizado, dado a devaneios e sem habilidades de planejamento em direção a metas, passa a ser uma pessoa discriminada e não-competitiva no mercado cuja mercadoria somos todos nós que vivemos sonhando estar nas prateleiras junto aos mais eficazes, os mais cobiçados profissionais do mercado de trabalho. A hipótese de que o TDAH possa representar uma conseqüência das condições de vida atuais tem encontrado respaldo em pesquisas acadêmicas. Em um estudo com 450 crianças e jovens entre 5 e 18 anos de idade, Kuo e Faber (2004) e sua equipe de pesquisadores do Laboratório de Paisagem e Saúde Humana da Universidade de Illinois (EUA), constataram uma redução significativa dos

sintomas em crianças com TDAH, quando expostas a ambientes naturais. Segundo Kuo, viver na cidade, massacrados por barulhos, trânsito, conflitos e exigências, nos torna irritados e impulsivos. Portadores de TDAH eram antes crianças comuns, que se tornavam adultos não raro incomuns, criativos, quando havia espaço e tempo no mundo para isso. Hoje estamos confinados em espaços cada vez menores e não mais temos tempo, ao contrário, somos reféns dele.

- Somos todos diferentes em nossas habilidades e padrões de funcionamento cerebral. Isso só se torna um problema quando a diferença dificulta ou impede de seguir as normas estabelecidas. Aquele que se adéqua às normas é normal; o que não consegue é anormal, por isso precisa ser normalizado. Na nossa época a ciência contribui para essa normalização. A Medicina e a Psicologia são chamadas e, por meio da rotulação dos anormais em patológicos, fazem intervenções para restaurar-lhes a saúde, que assim se torna sinônimo de normalidade. Esta “tirania do normal”, segundo Leslie Fiedler (1996), pode levar a conseqüências extremas como foi o caso dos campos de extermínio na Alemanha de Hitler e é sustentada pela vergonha imputada àqueles que estão fora da norma e, a partir daí, buscam todos os recursos disponíveis para ficarem “iguais”. Ele cita os negros, que foram levados a buscar produtos que branqueassem sua pele e alisassem seus cabelos; as judias que quiseram diminuir o nariz, bem como o culto à magreza e à juventude, que leva hoje a absurdos excessos de *jogging*, dietas e anfetaminas populares ou à remoção, com a ajuda de cirurgias plásticas, daquelas marcas do tempo e da experiência antes consideradas dignas de reverência (FIEDLER, 1996).

O homem atento, controlado, focado em metas, capaz de lidar com o estresse e reter informações, produtivo e bem-sucedido é o modelo idealizado de homem do nosso tempo e para o futuro das nossas crianças.

Diante dessa hipótese, algumas questões se colocam com relação aos sintomas constituintes do TDAH: seria a desatenção razão de sofrimento para o desatento ou o que o molesta é a necessidade imposta de estar

atento mesmo àquilo que não o interessa? Seria um problema a impulsividade ou a imposição de viver conforme determinadas regras que ditam como e quando se pode dizer e fazer as coisas? Seria a hiperatividade motora e mental geradora de desconforto para quem a tem ou este seria decorrente da falta do espaço físico e de competência social para lidar com a inquietação onde a norma é adequar, homogeneizar, especializar?

É possível que haja uma relação de complementaridade entre as hipóteses levantadas, e não de contradição: um problema, um sofrimento individual e social causado ou acentuado pela organização e pelas demandas sociais atuais não mais encontra respostas em antigas técnicas disciplinares e educacionais, levando à busca de novos conhecimentos, entre eles, o conhecimento da Medicina e da Psicologia, o que implica em enquadrá-lo no rol das enfermidades. A grande questão que se coloca, entretanto, é que essa classificação e atribuição de causa indicam um caminho que aponta para a responsabilização e a intervenção no indivíduo, e não na organização social. Escolhemos tratar os indivíduos com TDAH para que se adequem ao nosso tempo.

De qualquer maneira, é fato que os sinais e sintomas do TDAH trazem hoje um sofrimento ao qual a sociedade não dá resposta na atualidade, a não ser por intermédio do conhecimento científico, que começa a responder, embora parcialmente e de forma ainda não-consensual, a algumas demandas das escolas, das famílias e dos próprios portadores do transtorno. Para o tratamento do TDAH, a ciência dispõe de alternativas psicológicas, pedagógicas e medicamentosas.

Quando tratamos e medicamos as crianças e os adolescentes, estamos atendendo as demandas das famílias, que estão incumbidas de educá-los e prepará-los para o futuro, bem como as das escolas, que precisam de recursos de controle das turmas cada vez maiores nas salas de aula. Os professores, sobrecarregados e pressionados pelas exigências dos pais e das escolas, sem as condições adequadas para uma atenção individualizada aos alunos, identificam os mais “difíceis” e os encaminham aos profissionais de saúde para ver o que há de “errado com essa criança”. No caso do adulto, a necessidade do tratamento

pode ser uma escolha do próprio indivíduo (o que tem suscitado discussões relativas à utilização do medicamento a fim de obter um incremento da *performance* cognitiva), mas no caso das crianças, os adultos é que escolhem por ela. As motivações dos pais podem ser o cansaço, sua expectativa de *performance* dos filhos e/ou o sofrimento das crianças como conseqüência de suas limitações.

Diante da impossibilidade de decisão e escolha da criança, uma questão ética importante se coloca para o profissional que recebe a demanda de tratamento e que deve decidir qual interesse atender: dos pais e da escola ou da criança. Por um lado essas crianças têm direito de não ser medicadas, sobretudo com uma droga com modo de ação ainda não desvendado, que pode causar dependência e provocar conseqüências desconhecidas (BREGGIN, 1999) e de não ser obrigadas a uma *performance* para a qual não estão biologicamente preparadas. Por outro lado, os pais têm o direito de buscar para seus filhos as oportunidades de desenvolvimento de habilidades ausentes e necessárias em sua época e de recorrer à ciência para lidar com a educação e a disciplina de crianças para as quais suas referências culturalmente construídas não mais se aplicam. Além disso, com seus comportamentos desadaptados, essas crianças trazem problemas para suas famílias, para a escola e, conseqüentemente, para si mesmas (JOHNSON; MASCH, 2001).

Dados de pesquisas apontam que os portadores de TDAH são punidos mais severamente e com maior freqüência que os não-portadores. Estudos sugerem que são abusados física e emocionalmente desde muito cedo, geralmente pelos pais (BLACHNO et al, 2006; ALIZADEH et al, 2007). Na escola também sofrem maus-tratos<sup>1</sup> através de comparações, humilhações, desqualificações por parte de professores e colegas. Deixar que estas crianças e adolescentes atravessem todos esses dramas sem intervir, em nome de seu direito de “ser quem são”, pode ter como conseqüência quadros depressivos, ansiosos, de déficit de auto-estima,

---

<sup>1</sup> GALEOTTI (2004, p. 11) define como “um comportamento em relação a uma outra pessoa, o qual (a) extrapola as normas de conduta e (b) acarreta risco substancial de causar danos físicos ou emocionais”. Pode consistir em ações ou omissões, tanto intencionais como involuntárias e classifica-se em (1) abuso físico, (2) abuso sexual, (3) negligência e (4) abuso emocional.

entre outros, desenvolvidos como consequência de uma extensa lista de perdas e frustrações colecionadas ao longo da vida.

Por outro lado, simplesmente “normalizar” sem levar em conta as formas ou os meios seria dar-lhes a chance de ser iguais, mas talvez roubar-lhes a chance de ser diferentes, de desenvolver suas próprias habilidades incomuns e trazer de dentro si o novo, que sempre encantou o mundo e empurrou o conhecimento em direções antes não imaginadas. Ana Beatriz Barbosa Silva (2003) aventa a possibilidade baseada na hipótese de hipofuncionamento do lobo frontal direito de que, diminuída a função moduladora dessa estrutura, os estímulos somatossensoriais, emocionais e cognitivos chegam em maior número e com maior intensidade a essa região do cérebro, gerando muitos pensamentos alternativos, que dão ao indivíduo com TDAH uma visão de mundo particular, à qual a autora atribui a capacidade imaginativa e a criatividade encontrada em algumas pessoas com TDAH. De acordo com a autora, a desorganização das informações no plano mental do indivíduo é uma condição na qual o novo está sempre prestes a surgir. Criar é juntar as mesmas peças de um jeito novo, e isso não seria nada difícil para quem vive às voltas com uma avalanche de informações desprovidas de ordem, hierarquias ou prioridades. No livro *Mentes inquietas*, Silva (2003) aponta algumas personalidades geniais que, segundo ela, teriam apresentado comportamentos indicativos de TDAH: Albert Einstein: Tinha hiperfoco, utilizava as fantasias e caminhos inesperados e assertivos que o conduziam a descobertas científicas; Fernando Pessoa: Era inquieto, desorganizado, hiperconcentrado, dado a devaneios, tinha humor instável e dificuldade de seguir regras; Leonardo da Vinci: Pintor, arquiteto, botânico, urbanista, cenógrafo, cozinheiro, inventor, geógrafo, físico, músico, era inquieto e instável; Wolfgang Amadeus Mozart: Inquieto, impulsivo, resistente às normas estabelecidas, desorganizado.

O custo de tentar assegurar o sucesso no futuro das nossas crianças por meio de drogas que possibilitem o controle do comportamento nos coloca diante de uma questão que diz respeito à liberdade das crianças e deixa uma tênue delimitação da fronteira entre o que é terapêutico e o que é controle parental e social. O bioeticista Kass, L. R.(2003), posiciona-se favoravelmente ao uso dos

medicamentos nos casos de real necessidade, mas alerta para o abuso dessas drogas para se alcançar mudanças no comportamento e na *performance*, independentemente de uma doença, apenas com o objetivo de “produzir crianças melhores”. O desejo de ter crianças comportadas, ajustadas, com alta *performance* e felizes é o desejo de qualquer pai e mãe adequados, mas a questão de pais e professores lançarem mão de drogas para intervir diretamente na neuroquímica das crianças, quando elas se comportam de maneira que desafia as normas de conduta, levanta importantes questões em relação à liberdade das crianças. Medicação para crianças vem se tornando uma necessidade social, e o perigo está no controle exercido pelos pais para moldá-las conforme seus próprios padrões. Segundo ele, reforçar a normalidade é diminuir as possibilidades da diversidade de temperamentos humanos.

A indústria farmacêutica fatura bilhões de dólares vendendo estimulantes. As escolas usam o sucesso das crianças para fazer seu marketing e obter lucros. As pessoas vão criando um ideal de homem referenciado na eficácia e no sucesso. A ciência e a tecnologia fornecem os meios para isso. E o mercado os comercializa. Assim, a tecnologia nos vai permitindo criar e recriar o homem de acordo com a conveniência de quem dita a norma, e a vida humana vai sendo dirigida e manipulada em função de interesses nem sempre claros e gerando novos dilemas éticos.

A discussão sobre os significados pessoais e sociais do TDAH e suas implicações em todos os âmbitos da vida das pessoas envolvidas é uma questão complexa, que envolve muitas e diferentes facetas. Tentamos aqui introduzir uma reflexão sobre o assunto, abordando alguns dos temas relevantes que atravessam esta problemática, expondo, assim, a importância de se pesquisar os aspectos psicossociais envolvidos, cuja compreensão se faz necessária para a tomada de posições benéficas e éticas relativas a essa população.

A família do portador de TDAH, como o primeiro núcleo responsável pela preparação desses indivíduos para a vida social, para o mundo e para o futuro, é o alvo da nossa atenção neste estudo. Para a sua realização, nossa principal motivação foi conhecer as percepções e as atitudes dos pais para com os filhos

portadores de TDAH a fim de compreendermos as razões que movem suas ações. O interesse em fazer esta investigação surgiu da observação da pesquisadora em situações de atendimento psicoterápico de crianças, adultos e famílias, de um intenso abuso físico e emocional nas interações familiares na presença do TDAH, dos pais para com os filhos e/ou dos cônjuges entre si.

Este é um tema de interesse crescente da comunidade científica, e alguns dados de pesquisas demonstram sua relevância:

- Algumas pesquisas encontraram níveis significativamente mais altos de abuso em crianças com TDAH (BLACHNO *et al.*, 2006, RUCKLIDGE, 2006; BRISCOE & HINSHAW, 2006). Elas são punidas mais freqüentemente e mais severamente pelos pais do que as crianças sem TDAH e sofrem rejeição por parte de pais, professores e colegas (BRISCOE & HINSHAW, 2006).
- Vasconcelos *et al.* (2005) constataram que as crianças que vivenciaram situações familiares de “brigas conjugais no passado” estão sob risco 11,66 vezes mais alto de manifestação do TDAH.
- A associação entre violência <sup>2</sup> doméstica e TDHA ainda não esclarece se a exposição à violência é um fator de risco para o TDAH ou se o TDHA é um fator de risco para a violência ou, ainda, se ambas as possibilidades ocorreriam. De acordo com Spencer & Biederman (2007), existem muitas razões teóricas para se examinar essa associação. O autor argumenta que a exposição à violência pode provocar mudanças permanentes no cérebro em desenvolvimento com base no impacto de sua exposição prolongada a hormônios esteróides.
- Outros pesquisadores chamam a atenção para a superposição entre os sintomas de TDAH e transtorno de estresse pós-traumático

---

<sup>2</sup> Neste trabalho utilizamos os termos “violência”, “maus-tratos” e “abuso” como sinônimos.

(TEPT). Para eles a sintomatologia de TDAH, em algum grau, talvez possa ser atribuída ao TEPT advindo de experiências de abuso (físico ou emocional) e lembram que as intervenções adequadas para o TDAH podem não ser adequadas para o tratamento de trauma (RUCKLIDGE *et al.*, 2006).

Entendemos que o quadro sintomático do indivíduo com TDAH resulta de múltiplos fatores biológicos e ambientais, que interagem e se influenciam mutuamente, levando a um padrão único de funcionamento para cada indivíduo. A dinâmica da família, inclusive a relação com a criança portadora, além de outros fatores sociais e psíquicos, sofre a influência das características genéticas, freqüentemente compartilhadas entre pais e filhos. Para Johnston & Mash (2001), é possível que a disfunção familiar seja um fator de risco, podendo sua interação com a predisposição genética exacerbar a apresentação e a continuidade dos sintomas. Por outro lado, o contexto psicossocial e as influências familiares não-genéticas são, de acordo com Harknett & Butler (2007), variáveis críticas, que têm sido pouco valorizadas nas pesquisas.

Conhecer melhor a experiência da vivência do TDHA sob o ponto de vista dos pais nos possibilita uma reflexão em maior profundidade sobre as formas de interação das famílias. Conhecer suas dificuldades no cotidiano, suas crenças, seus valores, suas atitudes e tendências, suas percepções e as atribuições de significados no relacionamento intrafamiliar pode nos ajudar a compreender melhor o fenômeno crescente do TDAH em nossa sociedade. Com base nas informações fornecidas pelas pessoas que convivem cotidianamente com esse problema, talvez possamos pensar sobre o significado do TDAH na nossa cultura e como essa nosologia vem sendo construída no âmbito individual, no familiar e no social. Buscando também compreender melhor a dinâmica familiar geradora de violência, esperamos produzir conhecimentos que possam subsidiar medidas para prevenção de abusos e de suas conseqüências contra essas crianças e esses adolescentes.

## **2. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)**

### **2.1 Definição**

O TDHA é definido como um transtorno do desenvolvimento infantil, cujos sintomas surgem na infância, persistem na vida adulta em mais da metade dos casos e resultam em dificuldades nos âmbitos da vida pessoal, acadêmica, familiar, social e profissional do indivíduo portador, além de provocar forte impacto na vida das pessoas com quem se relaciona cotidianamente (Rhode *et al.* 2003).

### **2.2 Etiologia**

Numerosos estudos vêm sendo realizados nas últimas décadas, a fim de investigar aspectos neurobiológicos, genéticos, clínicos e epidemiológicos do TDHA. Suas causas precisas ainda não são conhecidas, mas há fortes indícios e ampla aceitação na literatura de que seja relacionado a alterações neuroquímicas de origem provavelmente genética com contribuição de fatores ambientais ao seu desenvolvimento. É uma síndrome heterogênea e complexa, com conseqüente complexidade etiológica e fisiopatológica. Os achados de pesquisa indicam envolvimento das catecolaminas, em especial da dopamina e da noradrenalina (HARKNETT; BUTLER, 2007; PLISZKA, 2004 e RHODE; HALPERN, 2004).

A teoria anatomofuncional inicial sobre o funcionamento neurobiológico do TDAH, extensamente pesquisada em estudos neuropsicológicos de neuroimagem funcional e de neurotransmissores, descreve o TDAH como um fraco controle inibitório frontal sobre as estruturas límbicas (RHODE; HALPERN, 2004).

Estudos com tomografia computadorizada e ressonância magnética encontraram evidências de anormalidades estruturais nos cérebro de pacientes com TDAH, e os achados mais comuns são volumes menores do córtex pré-frontal, no cerebelo e nas estruturas subcorticais (CASTELLANOS, F. X. *et al.* 2005). Estudos de imagem também mostraram haver uma influência do cerebelo e do corpo caloso na patofisiologia do TDAH e incluem ao sistema atencional anterior, um segundo sistema atencional posterior noradrenérgico (RHODE; HALPERN, 2004).

As investigações dos fatores genéticos encontram dados consistentes que confirmam a participação da hereditariedade no TDAH: o risco para o TDAH é até oito vezes mais alto nos pais das crianças afetadas do que na população em geral (SPENCER & BIEDERMAN, 2007); o risco para irmãos é de 32% (PLISZKA, 2004); entre gêmeos a herdabilidade é alta e ultrapassa 0,70 (ROHDE; HALPERN, 2004). O risco biológico de TDAH entre parentes de primeiro grau é de 25 a 33% (BARKLEY, 2003), e a prevalência de TDAH entre pais biológicos é três vezes maior em comparação a pais adotivos (THAPAR et al., 1999).

Além das questões genéticas, fatores biológicos, como traumatismos neonatais e muito baixo peso ao nascer, tabagismo e etilismo da mãe na gravidez, são também correlacionados ao TDAH (SILVA, 2003). Fatores psicossociais têm sido recentemente pesquisados, e encontram-se correlações significativas entre o surgimento e a manutenção do TDAH e adversidades psicossociais como desentendimentos familiares, psicopatologia paterna ou materna, classe social baixa, colocação em lar adotivo (ROHDE; HALPERN, 2004). Alguns estudos têm demonstrado forte correlação do TDAH com os conflitos familiares crônicos, a falta de coesão familiar e a exposição à psicopatologia parental (JONHSON; MASCH, 2006, BRISCOE & HINSHAW, 2006). As práticas parentais não aparecem como causas do TDAH, mas podem exacerbar os sintomas, e algumas vezes os padrões de interação familiar são vistos como conseqüências do TDAH na família (BIEDERMAN, 2005; HARKNETT; BUTLER, 2007).

Diferenças de gênero também foram associadas ao transtorno. Embora muitos estudos encontrem prevalência significativamente maior em meninos (9%) do que em meninas (3%), alguns estudos vêm encontrando resultados divergentes. Alguns autores atribuem a menor proporção encontrada em meninas à menor frequência de sintomas de agressividade/impulsividade e baixas taxas de transtorno de conduta, sintomas que levam à maior procura de atendimento pelos meninos (HARKNETT; BUTLER, 2007).

## 2.3 Diagnóstico

Os sintomas típicos da síndrome são desatenção, hiperatividade e impulsividade, que devem ocorrer em frequência acima do comum, estar presentes desde a infância e em diferentes contextos, além de causar comprometimento funcional ou social (MATTOS et al. 2006).

São descritos na literatura três tipos de TDAH:

- TDAH com predomínio de desatenção, no qual podem existir alguns poucos sintomas de hiperatividade, mas o predomínio é do quadro de desatenção.
- TDAH com predomínio de hiperatividade no qual, ao contrário, podem existir alguns sintomas de desatenção, mas o predomínio do quadro é de hiperatividade e impulsividade.
- TDAH combinado de desatenção e hiperatividade.

O DSM-IV estima a sua prevalência entre 5 e 13% das crianças, e cifras semelhantes foram encontradas em culturas distintas, o que, segundo Rohde et al. (2003), atestaria que o TDAH não está relacionado à cultura nem à educação recebida.

Embora os exames de neuroimagem e testes neuropsicológicos sejam extensamente utilizados nas pesquisas e a avaliação neuropsicológica seja um recurso importante para se evitar a banalização do diagnóstico, estes não são ainda utilizados pela maioria dos clínicos. O diagnóstico é fundamentalmente clínico com base nos seguintes critérios estabelecidos pelo DSM-IV, como mostra o Quadro 1.

| Quadro 1 - Critérios diagnósticos do TDAH segundo o DSM-IV                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A.                                                                                                                                                                                                     | Ou B (1) ou (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| (1)                                                                                                                                                                                                    | Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                        | • 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)                                                                                                                                                                                                     | Com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| d)                                                                                                                                                                                                     | Com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções).                                                                                                                          |
| e)                                                                                                                                                                                                     | Com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| f)                                                                                                                                                                                                     | Com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa).                                                                                                                                                                               |
| g)                                                                                                                                                                                                     | Com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais).                                                                                                                                                                                |
| h)                                                                                                                                                                                                     | É facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| i)                                                                                                                                                                                                     | Com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| (2)                                                                                                                                                                                                    | Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                        | • Hiperatividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| a)                                                                                                                                                                                                     | Freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| b)                                                                                                                                                                                                     | Freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.                                                                                                                                                                                                                 |
| c)                                                                                                                                                                                                     | Freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso 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 exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras).                                                                                                                                                                                                               |
| B.                                                                                                                                                                                                     | Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.                                                                                                                                                                                                   |
| C.                                                                                                                                                                                                     | Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa).                                                                                                                                                                                                    |
| D.                                                                                                                                                                                                     | Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.                                                                                                                                                                                                             |
| E.                                                                                                                                                                                                     | Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade). |
| Codificar com base no tipo:                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| • 314.01 - Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: Se tanto o critério A1 quanto o critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| • 314.01 - Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o critério A1 é satisfeito, mas o critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| • 314.01 - Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## 2.4 Co-morbidades

Estima-se que 65% das crianças com TDAH têm uma ou mais condições co-mórbidas. As associações mais comumente relatadas são os transtornos anti-sociais, especialmente o transtorno de conduta e o transtorno opositivo desafiador (TOD) e também, de acordo com Harknett & Butler (2007), os problemas de aprendizagem e do desenvolvimento, os transtornos de humor, os transtornos de ansiedade, os transtornos de personalidade, o transtorno obsessivo compulsivo (TOC). O TDAH também tem sido relacionado com prejuízo de habilidades sociais, distúrbios do sono, enurese, baixa escolaridade, tiques, abuso de drogas ((SPENCER & BIEDERMAN, 2007).

Rohde et al. (2003) indica uma prevalência de 35 a 65% de ocorrência do TOD ao lado do TDAH, variando de acordo com o sexo, e a co-morbidade é significativamente maior nos meninos do que nas meninas. A co-morbidade com o TOD varia também de acordo com o tipo de TDAH e está mais fortemente associada ao tipo hiperativo (100%), seguido pelo combinado (85%) e, por último, pelo desatento (33%) segundo estudo realizado em 1998 por Lalonde *et al.* A combinação de TDAH e TOD intensifica os comportamentos de desobediência ativa ou passiva a autoridades, o que resulta em respostas de raiva, punições e críticas por parte do adulto e acessos de raiva por parte do portador. Esse padrão gera danos à auto-estima, ao rendimento escolar, mais agressividade e impulsividade e está associado a um mau prognóstico na vida adulta. O tratamento para o TDAH tende a melhorar os sintomas de TOD (ROHDE et al., 2003).

A co-morbidade com transtorno de conduta (TC) é de 20 a 50% dos casos. A possibilidade de a desadaptação crônica causada pelo TDAH ter forte influência para o surgimento de TC nesses pacientes é sugerida por Faraone *et al.* (1991).

O abuso de drogas também ocorre com freqüente simultaneidade com o TDAH, especialmente naqueles que apresentam transtorno de conduta. Hallowell *et al.* (1999) sugere que as drogas são utilizadas pelos portadores de TDAH como uma tentativa de controle dos sintomas e defende que o tratamento precoce do TDAH

pode evitar o abuso de drogas na adolescência e vida adulta para esse fim. A tendência de se envolver em situações arriscadas coloca os indivíduos com TDAH e não-tratados em risco 3 a 4 vezes maior de abuso de drogas em comparação aos tratados. Os pacientes medicados com estimulantes apresentam risco similar aos do grupo de controle nas pesquisas, o que evidencia que o tratamento é altamente recomendado (HARPIN, 2005).

A depressão é encontrada em 15 a 75%, e o transtornos de ansiedade em 30 a 40% dos pacientes portadores de TDAH. A depressão e a ansiedade podem ser resultantes das dificuldades, dos desafios, das frustrações e da desmoralização decorrente dos sintomas de TDAH (ROHDE et al. 2003).

O transtorno de humor bipolar está presente em 10% dos pacientes portadores de TDAH, e os transtornos de tiques, embora menos pesquisados, também são comuns. Rohde et al. (2003) aponta também co-morbidade significativa do TDAH com transtornos de aprendizagem (com taxas que variam de 10 a 95%) e com transtornos de linguagem (transtornos de leitura, transtornos de escrita e de competência comunicativa).

## **2.5 Tratamento**

Devido à complexidade e à heterogeneidade de suas manifestações, o tratamento do TDAH deve ser multimodal, ou seja, deve combinar farmacoterapia, psicoterapia e orientação pedagógica. Os medicamentos de primeira escolha são os estimulantes, amplamente estudados e com sua eficácia demonstrada em dezenas de estudos controlados e bem conduzidos. Apesar disso, os cientistas discutem os indicadores que sugerem que os estimulantes afetam o crescimento da criança, embora isso aconteça apenas durante o tratamento e não haja comprometimento do crescimento final. Os antidepressivos tricíclicos e a bupropiona são também eficazes e utilizados no tratamento do TDAH na presença de co-morbidades ou na ausência de resposta aos estimulantes. No Brasil, o metilfenidato é o único estimulante disponível no mercado (ROHDE; HALPERN, 2004). Mudanças nos sistemas noradrenérgico e dopaminérgico

parecem necessárias para a eficácia do tratamento do TDAH. Drogas serotoninérgicas têm um efeito leve nos sintomas centrais do transtorno (BIEDERMAN, 2005).

As conseqüências do TDAH não-tratado se estendem dos danos à vida pessoal do portador até a vida familiar e chegam à sociedade na forma de comportamentos anti-sociais. Entre os portadores de TDAH, é mais elevado o número de acidentes e estes estão mais propensos a ter danos severos. O custo médio anual de saúde de jovens com TDAH é o dobro do de jovens sem TDAH (LEIBSON *et al.* 2001).

Além disso, o TDAH representa um risco para abuso de substâncias e foi constatada maior utilização dos serviços de saúde pelos familiares, especialmente devido aos altos índices de problemas de saúde mental decorrentes do estresse na família desses pacientes. O transtorno também foi relacionado ao risco aumentado para depressão e problemas com álcool entre os familiares (HARPIN, 2005).

O papel do tratamento é de vital importância para a melhoria da qualidade de vida, assim como na prevenção dos riscos para todos aqueles envolvidos com o TDAH. Estudos mostram que, quando as crianças são submetidas ao tratamento com estimulantes, suas interações com pais, professores e colegas se tornam mais positivas e menos estressantes (BARKLEY, 2002). Também está demonstrada para os níveis da população normal, uma queda no risco para o abuso de substâncias, nos indivíduos tratados.

O tratamento multidisciplinar é o mais indicado para o TDAH. A psicoterapia é útil para o desenvolvimento do autocontrole, a recuperação da auto-estima e o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas. As crianças que apresentam lacunas no aprendizado são beneficiadas com os recursos da Psicopedagogia; quando há problemas de linguagem deve-se lançar mão também da Fonoaudiologia. Para a eficácia do tratamento, é muito importante o envolvimento da família, da escola e da própria criança. Enfim, é fundamental informar o paciente e sua família sobre o transtorno, bem como dar-lhes

orientações sobre as estratégias de manejo dos sintomas (ROHDE; HALPERN, 2004).

Apesar das evidências científicas da validade da classificação desse quadro cognitivo-emocional como um quadro nosológico, algumas questões precisam ainda ser esclarecidas. Como importantes aspectos a ser esclarecidos em futuras pesquisas, Spencer & Biederman (2007) apontam: a definição de critérios diagnósticos apropriados em adolescentes e adultos, considerando as características próprias do desenvolvimento nessas faixas etárias; o impacto do sexo/gênero na expressão dos sintomas; e os fatores de proteção que possam ser úteis para prevenir ou amenizar o TDAH, bem como seus prejuízos funcionais.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

*Se vi mais longe  
foi por estar sobre os ombros de gigantes.  
Isaac Newton*

O conhecimento científico, de acordo com a teoria de Thomas Kuhn (1970), não cresce de forma cumulativa, como resultado de novas formulações e relações estabelecidas entre os velhos conceitos. Ao contrário, a teoria da ciência de Kuhn enfatiza o caráter “revolucionário” do progresso da ciência, segundo o qual o desenvolvimento científico se dá através de saltos qualitativos, que acontecem como resultado de crises dentro do paradigma vigente. Segundo Chalmers (1993, p.124), um paradigma é composto de “suposições teóricas gerais e de leis e técnicas para sua aplicação adotadas por uma comunidade científica”.

O paradigma orienta a observação e a interpretação dos fenômenos e dirige e coordena as investigações do cientista, que trabalha resistindo e tentando remover qualquer dificuldade que questione suas bases. Quando não é possível remover algum desses problemas, esse pode ser o início de uma crise do paradigma, que se aprofunda quando surge um paradigma novo, incompatível com o primeiro, que redefine os problemas e as incongruências, propondo soluções novas e convincentes. A adesão da maioria dos cientistas ao paradigma emergente vai transformá-lo, ao longo do tempo, no paradigma vigente, até que ocorra uma nova crise que desemboque em uma nova revolução. De acordo com a teoria de Kuhn (1970), isso representa um grande golpe na proclamada objetividade e neutralidade da ciência moderna. As razões pelas quais os cientistas aderem a um ou outro paradigma são explicadas melhor pela Sociologia e pela Psicologia do que pela Lógica, contendo aspectos subjetivos, irracionais e ligados ao momento histórico (CHALMERS, 1993; KUHN, 1970).

O paradigma científico vigente na modernidade esteve pautado na busca da verdade, na descoberta das leis universais que regem a natureza. Esse foi um ideal frutífero, dominante na ciência até recentemente e através do qual muitos avanços foram alcançados nas ciências naturais. Mas desde Kant, no final do

século XVIII, os pressupostos do modernismo foram questionados, por sua postulação da “mente como criadora de significados”. Gradativamente os conceitos de verdade e de conhecimento passaram por uma transformação na Filosofia, na Física, na Biologia, na Psicologia, na qual a ciência começou a se interessar por processos que envolviam a imprevisibilidade e as relações mais complexas do que a linearidade de causa e efeito. Essas transformações e esses questionamentos deram origem ao paradigma filosófico pós-moderno, que se contrapõe à idéia tradicional, da modernidade, da existência de uma realidade objetiva, que pode ser observada e descrita por uma mente individual (dualismo sujeito-objeto) em favor de uma concepção do mundo como uma construção da qual fazem parte tanto o observador quanto o objeto observado (GRANDESSO, 2000).

Conforme a teoria de Kuhn (1970), já que os vários paradigmas partem de premissas diversas, seus argumentos podem ser convincentes ou não de acordo com as premissas aceitas pelo cientista que o julga, não sendo possível demonstrar logicamente a superioridade de um paradigma em relação a outro. Isso faz com que paradigmas rivais convivam durante um “período de crise”, que costuma ser longo, até que um se sobreponha ao outro (CHALMERS, 1993).

Podemos observar que a perspectiva moderna, caracterizada pela busca por desvendar os mistérios da natureza e descobrir as verdades universais, predomina ainda hoje nas ciências naturais, apoiando-se nos parâmetros da realidade objetiva para validar o conhecimento. Por outro lado, a visão pós-moderna alastra crescentemente sua influência pelos diversos campos da ciência, trazendo a perspectiva do conhecimento como uma construção compartilhada, que se faz nas relações entre as pessoas através da linguagem. Nessa perspectiva o conhecimento não tem a pretensão de corresponder a uma verdade de existência independente do sujeito que a descreve/observa (SEXTON, 1997).

Na Psicologia podemos observar a trajetória dos pressupostos epistemológicos, partindo do comportamentalismo com sua busca pela objetividade, que entra em declínio por volta de 1970, quando fica claro que a relação de causa e efeito não era suficiente para explicar o comportamento. As idéias de Vygotsky e Luria de

que havia algo que fazia a mediação entre o estímulo e a resposta comportamental foram ganhando destaque e, assim, foi ficando claro que esse mediador era a interpretação que as pessoas faziam do estímulo. Não sendo possível observar os processos subjetivos, acessíveis apenas através da narração/interpretação da própria pessoa, os métodos científicos da modernidade, baseados sobretudo na medição e na observação visual, não eram aplicáveis. Por outro lado, a admissão da interferência do observador/pesquisador no fenômeno observado conduz as investigações antes focadas no objeto para as relações entre estes. O estudo da subjetividade, então, passa a ser aceitável e viável através do acesso, não à experiência em si, mas ao significado a ela atribuído pelas pessoas, exteriorizado através do discurso (ABREU *et al.*, 2003).

A introdução dos conceitos cognitivos — pensamentos e crenças — à terapia comportamental dá origem à terapia cognitivo-comportamental. Essa abordagem considera as explicações dadas pela pessoa e suas interpretações das experiências vividas como construções de significados que dão sentido e coerência às experiências, através de sua organização em um sistema de crenças, que serve de referência para a atribuição de sentidos, a tomada de decisões, a avaliação das experiências pessoais (HAWTON *et al.*, 1997).

Na década de 1960, Aaron Beck e Albert Ellis foram os primeiros a postular que a origem dos distúrbios emocionais está em processos cognitivos disfuncionais, lançando as bases da terapia cognitiva. Esses autores consideram que os pensamentos, ou seja, a maneira como o sujeito organiza sua experiência, determinam a emoção e o comportamento, tendo as crenças um papel central na geração dos pensamentos. Com base nessas premissas, a terapia cognitiva tem por objetivo levar o paciente a compreender suas crenças (seus pressupostos básicos) como construções, para então promover a modificação daquelas que causam sofrimento e a construção de um sistema de crenças mais adaptativo (BECK, A. *et al.*, 1997). As pesquisas têm apontado a terapia cognitivo-comportamental como a abordagem de maior eficácia no tratamento dos sintomas do TDAH, pois suas técnicas possibilitam colocar em xeque várias construções limitadas de significados (crenças disfuncionais) realizadas pelos indivíduos portadores com base nas dificuldades impostas pelo transtorno (KNAPP *et al.*,

2002).

### **3.1 O Construtivismo**

Entre os avanços culturais e científicos impulsionados pelo movimento pós-moderno no final do século XX, o construtivismo, com sua ênfase no caráter criativo da cognição humana, encontrou um terreno fértil para seu desenvolvimento. O pensamento construtivista comporta diferentes abordagens, que podem ser percebidas como colocadas ao longo de um continuum de orientações que vão desde as que consideram o conhecimento e a realidade como construções individuais e limitadas pela natureza do organismo, intituladas construtivistas radicais, até as construcionistas sociais, que colocam o foco no processo interpessoal como base da construção do conhecimento (SEXTON, 1997). Essas abordagens convergem no entendimento de que os seres humanos conhecem e mudam o conhecimento de forma ativa e contínua no curso da existência, estão sempre em processo de criar novas e alternativas realidades, considerando-se que existência e conhecimento são inseparáveis. Sob esse enfoque, o fenômeno psicológico é caracterizado pelo processo de construção ativa do significado, e a compreensão do comportamento humano depende da compreensão do sistema interpretativo usado pelo indivíduo para construir e expandir os significados de suas experiências (SEXTON; GRIFFIN, 1997).

Segundo Guidano (1994), é a linguagem que transforma a experiência imediata da vida, em uma circularidade incessante entre a experiência e a explicação que damos a ela. O significado é a forma pela qual o existir se torna compreensível para cada um de nós. No enfoque construtivista, o mundo que experienciamos depende de nossa estrutura biológica e das nossas interações, que abarcam linguagem, conhecimento, raciocínio, emoção. As narrativas são sistemas de significação intencionais que operam em um contexto dialógico e são localizadas no espaço interindividual (Maturana; Varella, 2001). As narrativas também estão presentes no discurso interno, onde têm a função de organizar e estruturar a experiência e de estabelecer a continuidade do significado das experiências do indivíduo (NEIMEYER; MAHONEY, 1997).

Em contraste com a concepção modernista de um *self* individual como um elemento central da experiência humana — uma essência final e estável da identidade —, os construtivistas o definem como um processo em contínuo movimento. Esse processo se produz através da experiência (que entrelaça uma realidade externa com uma visão de mundo particular), da explicação (distinções auto-referidas na própria atividade interna) e da compreensão (reestruturação da percepção imediata, em um processo circular, mediante o exercício da linguagem) (GUIDANO, 1994). Os significados, nessa concepção, não estão no estímulo nem são fruto da razão ou do pensamento, mas gerados a partir da percepção corporal produzida pelo estímulo, que se traduz em emoções, a partir das quais será atribuído um significado à realidade externa (processamento vivencial).

Sob essa perspectiva, as emoções não são racionais nem irracionais, mas adaptativas. Elas nos advertem dos perigos e sinalizam a maneira como nos sentimos em determinados contextos. De acordo com esse enfoque, ao se fazer a síntese da experiência vivida (o sentimento) com a interpretação daquele evento (o pensamento), se houver inconsistência ou incongruência entre os dois processos, haverá desequilíbrio e sofrimento. Os sintomas psicopatológicos são entendidos como tentativas possíveis de garantir — para aquele indivíduo e naquele momento — a integridade emocional diante de uma dificuldade de organizar a experiência em uma narrativa coerente. As condutas inadequadas, ao invés de serem vistas como patológicas, são entendidas como uma condição de estagnação ou impasse imposta por um descompasso no processo de elaboração da experiência (ABREU *et al.*, 2003). As abordagens terapêuticas construtivistas, portanto, estão menos interessadas em investigar se as crenças são verdadeiras ou representam uma distorção da realidade, colocando seu foco, em vez disso, nas consequências de se ter esta ou aquela crença, no nível tanto pessoal quanto social (NEIMEYER; MAHONEY, 1997; NEIMEYER; RASKIN, 2006).

### **3.2 As interações sociais e familiares sob o enfoque construtivista**

Um pressuposto fundamental do construtivismo é que somos seres sociais e dependemos dos outros indivíduos e das comunidades das quais participamos

para o nosso desenvolvimento e nosso bem-estar (GUIDANO, 1997). Conforme Maturana (1997), os sistemas sociais são formados por indivíduos que interagem de forma coordenada e recorrente, e cada sistema social é organizado de uma forma particular na qual existe um tipo de configuração entre seus componentes, que define a identidade daquele sistema. A família é um sistema social e, como tal, será definida pela forma de interação legitimada entre seus membros, cujas características e propriedades não são intrínsecas, mas sim, emergem da composição do sistema.

Maturana (1997) compara o sistema social a um jogo de futebol: é definido por regras, que determinam o papel que cada jogador deve cumprir. Qualquer mudança no comportamento de um dos jogadores desconfigura o jogo e, se essa mudança persiste, então, o jogo deixa de ser futebol. Ser membro de uma sociedade (ou de uma família), portanto, significa ter uma conduta dentro das normas que a definem. A mudança social acontece quando o comportamento individual dos integrantes provoca uma transformação na configuração das ações no sistema, e a mudança define uma nova identidade para esse sistema (MATURANA, 1997).

Os indivíduos desenvolvem, no convívio familiar, uma visão de mundo que contém tanto elementos oriundos das famílias de origem dos progenitores quanto aspectos moldados a partir do convívio familiar. Esses conjuntos de regras e crenças, ou seja, os esquemas familiares, comportam crenças sobre o que é uma família saudável e as atribuições de cada membro, comportam idéias sobre como deve ser um relacionamento conjugal, os custos e os benefícios do casamento, comportam idéias sobre quais devem ser as conseqüências pelo fracasso em se adequar aos papéis ou cumprir responsabilidades, comportam crenças sobre si, sobre o mundo, sobre o futuro e sobre a família (DATTILIO; FREEMAN, 1995). As crenças centrais sobre relacionamentos são moldadas a partir da família de origem. Muitos indivíduos mantêm o padrão de interação que aprenderam ao se relacionar em família ou observando as interações dos pais. Essas crenças são muitas vezes disfuncionais para sua vida atual, no seu tempo, na sua cultura e na relação com um parceiro, sendo necessário um processo terapêutico para que sejam revistas e reestruturadas. (DATTILIO; PADESKY, 1998).

A perspectiva construtivista do desenvolvimento entende que os indivíduos e as famílias se relacionam dialeticamente, co-construindo uma visão de mundo que agirá como um filtro, que seleciona suas percepções e orienta a atribuição de significados e a avaliação de suas experiências. (SEXTON; GRIFFIN, 1997). Os relacionamentos, as percepções, os comportamentos dos membros de uma família influenciam-se mutuamente, e a dialética indivíduo-ambiente é vista como fator fundamental no desenvolvimento e na adaptação do indivíduo (DATTILIO; FREEMAN, 1995).

A linguagem é o mecanismo fundamental de interação dos sistemas sociais humanos, possibilitando a reflexão, a autoconsciência e a consciência do outro (MATURANA; VARELLA, 2001). A linguagem, mais do que um sistema semântico, é uma ação que aproxima ou afasta as pessoas e a aprendizagem de uma língua é a inserção em um mundo de práticas compartilhadas (SCHABBEL, 2002).

O convívio familiar e o tipo de relações sociais que aí se estabelece são muito importantes na construção da identidade. A criança vai estruturar seu mundo a partir dos diálogos estabelecidos na família, na escola e na comunidade. Interações que portam julgamentos, desqualificações, ordens, lições de moral, geram insegurança, criam barreiras à comunicação e ao desenvolvimento. Ameaças são formas de comunicação que fazem prevalecer o ponto de vista de um dos interlocutores impedindo a construção de novos significados e rebaixam a auto-estima, geram ressentimento e inibem a habilidade de resolução de problemas, podendo resultar em conformismo (SCHABBEL, 2002).

A vida é significada pelo indivíduo através de um processo contínuo de experienciar e explicar a experiência, que ordena constantemente o próprio conhecimento em uma narrativa dando-lhe consistência (MAHONEY, 1997; MATURANA; VARELLA, 2001). O desenvolvimento da identidade é um processo de reordenamento contínuo, que resulta em padrões cada vez mais estruturados e integrados de complexidade interna. A consciência do si mesmo, dada pela explicação que se faz da experiência em curso, tende a amplificar os aspectos consistentes e inibir os discrepantes da auto-imagem estruturada pelo indivíduo até o momento (GUIDANO, 1997). A autoconsciência emerge de um auto-

reconhecimento, que é possibilitado pela percepção que a criança tem de como é vista por seus cuidadores. Por meio da linguagem, que possibilita a experiência da intersubjetividade, podemos fazer distinções do *si mesmo* como sujeito que experiencia (o eu) e como objeto, aquele que avalia a experiência (o mim) (GUIDANO, 1994).

Um desenvolvimento adaptativo relaciona-se com estruturas flexíveis e variadas (múltiplas perspectivas para entender e operar no mundo) em contraste com as estruturas rígidas que orientam o indivíduo a partir de uma mesma perspectiva, válida para diferentes circunstâncias (DATTILIO; FREEMAN, 1995).

Conforme a teoria de Maturana (1997), a estrutura biológica de um indivíduo é o resultado de todas as mudanças estruturais processadas ao longo de sua história de vida em consequência de sua dinâmica interna e de suas interações com o meio. A congruência da estrutura do indivíduo com a de seu meio é o que determina sua adaptação e mantém sua organização nesse meio, portanto sua sobrevivência. Quando a estrutura do indivíduo muda, conseqüentemente mudam suas características e suas propriedades; logo, pode haver uma incongruência que inviabilize a vida desse indivíduo naquele meio ou pode acontecer do sistema social também mudar. Mas os membros de um sistema dependem dele e tentam manter seu ambiente a fim de ter suas necessidades satisfeitas e, para esse fim, operam selecionando com sua conduta a mudança estrutural de seus componentes, portanto suas características. Isso acontece em qualquer sociedade humana.

Para Maturana (1997, p. 205), “não existe humano fora do social”. A contradição entre o individual e o social na nossa sociedade é fruto de uma construção social, que defende a competição pela sobrevivência e a exclusão daqueles que não satisfazem as condições impostas pela sociedade para o pertencimento. A competição nega o outro e, sob seu ponto de vista, é uma conduta anti-social e contrária à cooperação e ao amor,<sup>3</sup> que estão na base do desenvolvimento da

---

<sup>3</sup> Maturana (1997, p. 301) define o amor como um “fenômeno biológico, emoção que especifica o domínio de ações no qual os sistemas vivos coordenam suas ações de uma forma tal que acarreta

linguagem, da inteligência e da constituição dos sistemas sociais humanos.

Embora as perspectivas objetivistas ainda predominem na Psicologia Cognitiva contemporânea, as abordagens construtivistas aprofundaram suas reflexões teóricas e ganharam a adesão de muitos terapeutas cognitivos, que construíram pontes entre essas abordagens (NEIMEYER; RASKIN, 2006). Hoje o escopo da terapia cognitiva comporta correntes objetivistas, como a terapia cognitivo-comportamental (que mantém o pressuposto filosófico da existência de uma realidade externa objetiva, que pode ser percebida de forma ou precisa, ou distorcida), nas quais a ênfase do tratamento está na avaliação dos conteúdos dos pensamentos para a modificação daqueles pressupostos distorcidos e desadaptativos. Comporta também aquelas mais alinhadas com o movimento pós-moderno, como a abordagem cognitivo-construtivista, que enfatiza a validade e a coerência das formulações que o indivíduo faz sobre si e sobre o mundo, em detrimento do “valor de verdade” que essas formulações contenham. A abordagem cognitivo-construtivista está mais interessada no processo de produção de sentidos e de reparação construtiva das narrativas (DOBSON; DOZOIS, 2006).

Embora essa seja uma diferença teórica fundamental, considerada por vezes como um impedimento conceitual à integração dessas perspectivas, para este trabalho nosso interesse repousa nas similaridades entre essas abordagens, dadas pelo interesse no estabelecimento de um sistema cognitivo mais flexível e adaptativo e pelos pressupostos por elas compartilhados, ou seja, a mediação cognitiva entre o indivíduo e o ambiente, o entendimento de que a atividade cognitiva pode ser acessada e alterada e de que pode provocar mudanças do comportamento.

Como um processo interativo, do qual dependemos para atribuir significado aos nossos atos e dar sentido à nossa existência, a linguagem tem um papel central em qualquer uma dessas perspectivas (GRANDESSO, 2000). Os significados são construídos e comportam inúmeras vozes coletivas, que perpassam o discurso

individual, as variações de significados dentro de uma cultura e a ressignificação feita pelo indivíduo no processo de comunicação.

Em sua busca de compreender como se dá o processamento mental da linguagem, a Lingüística também traz suas contribuições para o avanço nos estudos da cognição humana e ao entendimento do papel da linguagem nas mudanças cognitivas (INGRAM; SIEGLE, 2006). Neste estudo optamos por utilizar alguns princípios da Análise do Discurso, uma das muitas abordagens dentro da Lingüística, como uma ferramenta para a abordagem dos dados.

### **3.3 A Análise do Discurso**

A expressão *Análise do Discurso* (AD) comporta uma variedade de enfoques, com diferentes embasamentos teóricos, e essas perspectivas têm em comum a visão do discurso como central na construção da vida social, enquanto rejeitam a noção de que a linguagem é simplesmente um veículo neutro de transportar o conhecimento, refletir ou descrever a realidade tal qual ela é. Diferentes abordagens dessa disciplina têm suas bases epistemológicas no construtivismo ou construcionismo, que compreendem o conhecimento como histórica, social e culturalmente construído (GILL, 2007).

Para a AD, o discurso é conceituado como atividade de linguagem de sujeitos inscritos em contextos determinados, portanto não deve ser confundido com a língua em abstrato, definida como sistema de valores virtuais (MAINGUENEAU, 1998). Além disso, os discursos são representações de valores que circulam em um dado grupo social.

A AD visa compreender o que é dito em um determinado texto (falado ou escrito), reflete sobre as condições em que o texto foi produzido e apreendido e leva em conta a interferência social na construção desse discurso. Os interlocutores são considerados como representantes de lugares sociais — lugar de pai, lugar de professor, lugar de pesquisador — que se relacionam segundo as representações imaginárias que fazem de si mesmo e de seu lugar, assim como de seu

interlocutor e do lugar que ocupa. Esse “jogo de imagens” entre os interlocutores, bem como os temas ali tratados, as modalidades de comunicação, as relações entre os discursos ali representados, são elementos das condições de produção do discurso (CARDOSO, 1999).

O sentido de um texto é dado pelo seu significado decorrente do texto mais uma intenção ou convenção de uso dada pelo contexto. Dessa forma, o sentido de um texto ou de uma palavra varia de acordo com o contexto, a época e o lugar de onde se fala. A nossa compreensão do discurso está condicionada à relação do que é dito com algum domínio da vida daquele que fala. Segundo a teoria dos atos de fala, toda forma de discurso serve a uma finalidade, que é uma ação, envolve aquele que fala (locutor), o destinatário da fala (alocutário) e a força envolvida na proposição, que mostra a maneira como o locutor age sobre o mundo ou sobre o alocutário (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004).

Uma condição necessária para que haja entendimento entre os interlocutores são os universos comuns de referências dos sujeitos e seus pressupostos culturais, ou seja, o interdiscurso. A dimensão psicocognitiva do discurso é a que expressa as escolhas e significações próprias de cada indivíduo, fazendo única sua prática discursiva, em um processo de re-significação do mesmo. Os indivíduos usam diferentes procedimentos para conseguir os efeitos de sentido desejados sem ter nunca a garantia que seu interlocutor perceberá suas intenções na comunicação (DIAS, 1998).

De acordo com Charaudeau (2001), o discurso é um jogo comunicativo, e os atos de linguagem são construídos de forma a produzir uma encenação que seja adequada a uma dada situação ou intenção comunicativa. O ato de fala comportaria, para o autor, quatro “sujeitos comunicacionais”, os quais fazem parte da troca languageira: o eu comunicante e o tu interpretante, que são os sujeitos situacionais externos; e o eu enunciador e o tu destinatário, que são os sujeitos discursivos. Ao se comunicar, o indivíduo real (eu comunicante) aciona um eu enunciador que se dirige a um interlocutor por ele imaginado/ ideal, sendo que a sua fala será interpretada por um indivíduo real, isto é, o tu interpretante. (MACHADO, 2001). A relação entre esses sujeitos deve ser levada em conta na

determinação dos sentidos das falas.

Apesar das diferenças aqui apontadas entre as abordagens que fazem parte do nosso referencial teórico, há um acordo quanto à construção pessoal e social dos significados e quanto à concepção da linguagem como um processo interativo que dá origem aos significados, em um processo que acontece entre as pessoas, e não dentro delas. Esses pontos de convergência nos interessam sobremaneira e conferem coerência e consistência ao uso desses referenciais, considerando que nossos objetivos não se referem à discussão nem à análise de todos os determinantes dos comportamentos e atitudes dos sujeitos envolvidos, mas à busca do seu sentido para o grupo e às determinações sociais das crenças que os determinam.

O enfoque construtivista guiou nosso olhar como pesquisadores, orientando as reflexões e a interpretação dos resultados deste estudo. Fizemos uso de recursos da AD para buscar o sentido das falas e, assim, aprofundar a compreensão do que está sendo comunicado, levando em conta as condições de produção do discurso. Utilizamos os referenciais da terapia cognitiva para abordar, compreender e explicar as questões relacionadas às percepções, aos sentimentos e às atitudes que os pais relatam em seus discursos sobre o TDAH e sua relação com a criança portadora. Além disso, buscamos na literatura outras pesquisas em questões similares e/ou pertinentes aos temas aqui tratados para comparação dos dados encontrados neste estudo.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

- Analisar o discurso dos pais sobre o TDAH e sua relação com o filho portador, a fim de não só identificar suas crenças e suas atitudes em relação a eles, mas também compreender a maneira como esse transtorno é percebido e como interfere nas relações familiares.

### **4.2 Específicos**

- Identificar os sistemas de crenças das famílias relacionados ao TDAH.
- Identificar os sistemas de crenças em relação à educação de filhos.
- Avaliar as atitudes educativas dos pais e suas relações com as crenças sobre o TDHA e a educação de crianças.
- Avaliar o impacto dos sintomas do TDHA e do seu diagnóstico sobre as relações intrafamiliares e sociais.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 O desenho do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Optamos por utilizar a metodologia da pesquisa qualitativa por entendermos que é mais adequada aos objetivos propostos por este estudo. Trata-se de um problema complexo e multifacetado, do qual queremos apreender os significados e suas nuances presentes nas relações interpessoais, através da análise do discurso das pessoas entrevistadas.

A metodologia qualitativa se interessa em investigar em profundidade as relações, os processos e os fenômenos; para isso, trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO; SANCHES, 1993) e busca não estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005). O objeto de análise primordial da abordagem qualitativa é a linguagem, a fala cotidiana, que expressa e objetiva o mundo dos símbolos, dos valores, das crenças, das aspirações, das atitudes, da intencionalidade e da subjetividade. O sujeito entrevistado revela em suas afirmações individuais uma rede de significados coletivos pertencentes ao universo de que faz parte e que deve ser analisado a fim de se apreender os significados ali latentes, seja através da mensagem manifesta, seja a partir de um quadro de referência teórica, (MINAYO; SANCHES, 1993).

Nas últimas décadas um número crescente de pesquisas no campo da saúde vem fazendo uso de metodologia qualitativa, que surgiu junto com as ciências humanas e teve como marco de sua inserção no mundo das ciências, as publicações do antropólogo polonês Bronislaw Kasper Malinowski, que descreveu sistematicamente sua coleta de dados no convívio de alguns anos com os nativos da Oceania (TURATO, 2005).

Através da metodologia qualitativa podemos conhecer as maneiras de pensar e de agir em relação à saúde e à doença, assim como os modelos explicativos predominantes em um determinado grupo. Isso facilita a comunicação, bem como o planejamento e a organização de programas terapêuticos de forma que sejam

aceitos, utilizados por essa população, portanto efetivos, pois o modo como as pessoas se relacionam com a doença é determinado pelas redes de significados através das quais os conceitos biomédicos e culturais são articulados (UCHOA; VIDAL, 1994).

O campo da saúde requer que o pesquisador integre conhecimentos distintos que dizem respeito a uma realidade complexa, o que exige uma abordagem dialética, que “compreende para transformar”, levando o pesquisador a repensar constantemente a teoria a partir de sua prática. Quando se trata de fenômenos sociais, o investigador participa do processo de conhecimento, interage com os sujeitos da pesquisa, participa da cultura e deixa sua marca na interpretação dos objetos e das pessoas (MINAYO, 1993). Ao contrário das pesquisas quantitativas, que buscam eliminar ao máximo a interferência do pesquisador — como uma variável interveniente — na pesquisa qualitativa a relação do pesquisador com o campo é considerada como parte da produção de conhecimento, tanto que suas observações, suas reflexões, suas impressões e seus sentimentos são também registrados como dados da pesquisa (FLICK, 2004).

Quanto à relação entre pesquisa qualitativa e quantitativa, de acordo com Minayo & Sanches (1993) entre essas abordagens não há contradição, mas uma diferença em sua natureza: enquanto a pesquisa quantitativa está interessada na realidade objetiva e perceptível aos sentidos, a pesquisa qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para ser aprofundadas qualitativamente, e vice-versa. Minayo (1993) afirma que nenhuma das duas abordagens é suficiente para o conhecimento da realidade e argumenta que ambas constituem instrumentos complementares para um levantamento de dados que possibilite a boa articulação entre teoria e realidade. Embora inicialmente a pesquisa qualitativa tenha tentado utilizar os mesmos critérios da pesquisa tradicional (validade interna e externa, fidedignidade) para atestar o rigor da investigação, esses critérios foram considerados inadequados para a pesquisa qualitativa e substituídos por outros, como (a) credibilidade: plausibilidade dos resultados para os sujeitos da pesquisa; (b) transferibilidade: possibilidade de transferir os resultados para outros contextos ou épocas; (c) consistência: a estabilidade dos resultados no tempo; (d)

confirmabilidade: possibilidade de confirmar os resultados (MAZZOTI; GEWANDSZZNAJDER, 1999).

Turato (2005) salienta as seguintes características dos métodos qualitativos: (a) interesse pelo significado das coisas; (b) observação no ambiente natural sem controle de variáveis; (c) pesquisador como o próprio instrumento da pesquisa; (d) maior força no rigor da validade dos dados coletados; (e) resulta em revisão dos pressupostos e dos conceitos iniciais e/ou em produção de conhecimentos originais.

A pesquisa qualitativa visa descobrir o que é novo e desenvolver teorias em uma base empírica, e não testar teorias preexistentes. Para tanto, o pesquisador trabalhará com textos resultantes da coleta de dados (transcrição de gravações ou de entrevistas), que são analisados, interpretados e transformados em um outro texto (científico) baseado na perspectiva teórica do pesquisador. A pesquisa, então, parte das idéias e das concepções construídas no cotidiano pelo sujeito para uma versão do mundo construída pelo cientista (FLICK, 2004).

## **5.2 Coleta dos dados**

O estudo foi realizado com pais e mães de crianças e adolescentes com TDAH, em atendimento no Ambulatório de Déficit de Atenção (AMBDA), que funciona no Hospital das Clínicas da UFMG. Aceitamos o diagnóstico de TDAH da criança ou adolescente realizado pela equipe de assistência do AMBDA.

O critério de inclusão foi que os participantes deveriam ser pais ou cuidadores de crianças ou adolescentes portadores de TDAH, e o critério de exclusão foi a não-concordância em participar da pesquisa.

A amostra constituiu-se de 18 informantes, sendo 3 pais, 14 mães e uma avó. O número final da amostra não foi pré-determinado, tendo sido utilizado o critério de saturação (FONTANELLA et al. 2008) para encerramento da coleta de dados.

A coleta de dados foi feita em três grupos focais e cinco entrevistas semi-estruturadas, sob roteiro (Apêndice), através dos quais registramos o discurso dos

pais sobre suas experiências com seus filhos e as conseqüências do TDAH na vida da criança e da família. Todos os participantes aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento (Anexo II).

O planejamento inicial era fazer a coleta dos dados através de grupos focais, a fim de se obter dados gerados na interação mais livre e espontânea entre os pais com menor interferência do pesquisador, possibilitando assim uma análise do discurso em maior profundidade. A realização dos grupos seria em horário diferente do atendimento ambulatorial, em sala reservada no prédio da Faculdade de Medicina. Os grupos deveriam ser constituídos conforme as variáveis de idade dos filhos e escolaridade dos pais, a fim de verificarmos se acarretavam diferenças nas percepções, nas atitudes e nas crenças dos familiares. Avaliado inicialmente como mais produtivo, agendamos os grupos por contato telefônico com os antigos pacientes que aguardavam, em lista de espera, a chamada para reinício do tratamento.

Entretanto, o comparecimento foi aquém do esperado e, apesar da classificação planejada, nos vimos obrigados a agrupar os que compareceram. Assim, os dois primeiros grupos focais foram realizados no local previsto, e o terceiro, com os pais que estavam no ambulatório para a consulta dos filhos, entre os quais havia um casal. Esta última teria sido uma boa estratégia para todos os grupos se um número suficiente de atendimentos estivesse acontecendo no ambulatório. Porém, o AMBDA havia interrompido os atendimentos em 2006 e estava retomando o trabalho com um número ainda pequeno de atendimentos. Para complementar os dados e diante da impossibilidade de realizar todos os grupos planejados, foram realizadas entrevistas, que foram conduzidas pela pesquisadora conforme as mesmas diretrizes temáticas utilizadas nos grupos focais. Uma delas foi realizada com um pai — o único convidado que compareceu a um dos grupos planejados; duas foram feitas com mães que estavam no ambulatório para a consulta do filho e mais duas com ex-pacientes de consultório da pesquisadora.

A coleta foi realizada nos meses de junho, julho e agosto de 2007. Dois grupos focais foram realizados à tarde e à noite em sala reservada da Faculdade de Medicina da UFMG e um terceiro aconteceu em uma sala do ambulatório AMBDA

e duraram duas horas. As entrevistas aconteceram no ambulatório AMBDA, no Hospital Bias Fortes e tiveram duração de uma hora. A coordenação dos grupos e das entrevistas foi feita pela pesquisadora, com a participação nos grupos de sua orientadora e com a presença de duas assistentes, que auxiliaram no manejo técnico da sala e do gravador.

Após a realização dos grupos, foi oferecido aos participantes um encontro com os pais que desejassem receber orientações, discutir suas dúvidas sobre o TDAH e sobre as estratégias educativas adequadas para estas crianças e adolescentes. Esse grupo foi realizado após o último grupo focal, com presença de 70% dos participantes. Ao final do grupo foi entregue aos pais uma lista de orientações sobre como lidar com a criança portadora de TDAH (ANEXO III).

As sessões foram gravadas com o consentimento de todos e integralmente transcritas posteriormente. A transcrição dos grupos focais e das entrevistas foi feita pela pesquisadora. O material transcrito foi analisado pela pesquisadora e por dois outros analistas.

A seguinte estratégia de trabalho foi organizada e seguida pela pesquisadora para a análise dos dados:

- **Leitura 1:** Objetivo: observar os aspectos das narrativas que chamassem a atenção do pesquisador por qualquer motivo. Nessa leitura alguns temas comuns ou aspectos relevantes começaram a ser identificados.
- **Leitura 2:** Objetivo: identificar os enunciados, ou seja, aquilo que é dito sem levar em conta o contexto, observando repetições do mesmo sujeito, repetição intersujeitos e omissões.
- **Leitura 3:** Objetivo: buscar o sentido específico da fala, a estratégia discursiva (intenção), ou seja, a interpretação feita pelo pesquisador das narrativas dos entrevistados.

- **Leitura 4:** Objetivo: identificar nos discursos os valores, as crenças, as concepções, e as atitudes dos sujeitos.
- **Leituras 5, 6, 7, 8, 9** A cada leitura se fez a identificação dos trechos referentes a um dos cinco temas principais, que nortearam os grupos focais e que se basearam nos objetivos do estudo: (a) problemas enfrentados pelas famílias; (b) problemas enfrentados pelas crianças; (c) atitudes educativas; (d) o que os pais pensam sobre os filhos; e (e) impacto do diagnóstico.

Em seguida foi realizada uma comparação por tema entre todos os grupos e entrevistas. Os dados de cada grupo ou entrevista foram identificados por uma cor. Com base nessa síntese, selecionamos os blocos de conteúdos mais relevantes, que formaram as categorias e as subcategorias. Como critério de relevância, usamos a repetição, além da intensidade emotiva e das consequências sociais, familiares e individuais das crenças, das narrativas e das atitudes.

A fim de se fazer a triangulação da análise, o material transcrito foi examinado por um sociólogo, doutorando em Educação na UFMG, que utilizou a análise de conteúdo temática; e uma psicóloga, PHD em Desenvolvimento Humano, que utilizou a metodologia da análise de narrativa. Cada analista, a partir dos cinco temas principais identificados pela pesquisadora, definiu os grupos de categorias e subcategorias encontradas no material coletado. As diferentes perspectivas foram discutidas entre os pesquisadores, permitindo um maior aprofundamento na análise dos dados. A comparação das diferentes análises resultou nas categorias e subcategorias dentro das quais foram organizados os dados da pesquisa para a exposição dos resultados. Utilizamos como critério a coincidência e a relevância dos tópicos sugeridos.

Após essa organização dos dados, selecionamos os trechos que melhor exprimissem ou exemplificassem as categorias e as subcategorias criadas para ilustrar as interpretações de sentido feitas pela pesquisadora.

Para a discussão dos resultados, retomamos a pesquisa na literatura, a fim de encontrar estudos que abordassem os temas e as categorias que criamos, para a comparação com nossos achados.

Para finalizar, fizemos uma reflexão sobre os resultados à luz dos referenciais teóricos que conduziram nosso olhar como pesquisadores — a teoria construtivista —, contextualizamos a pesquisa dentro da nossa realidade e sugerimos maneiras de lidar com os problemas apontados pela pesquisa, a fim de trazer alívio ao sofrimento das pessoas.

### **5.3 O grupo focal**

O grupo focal é um método de coleta de dados em pesquisa qualitativa, que fornece dados válidos e confiáveis em um tempo relativamente curto e com baixo custo. Proposto pelo cientista social Robert Merton na década de 1950 e, desde então, amplamente utilizado nas pesquisas de comunicação e marketing, apenas na década de 1980 começou a ser utilizado pelos pesquisadores em outras áreas do conhecimento, como as Ciências Sociais, a Ergonomia, as Ciências Médicas, a Ciência da Informação, entre outras.

Na área de saúde, é um recurso valioso para a coleta de dados qualitativos sobre os mais variados temas, como sexualidade, planejamento familiar, drogas, serviços de saúde, etc. (COTRIM, 1996). É também um método efetivo para examinar as atitudes e as necessidades de equipes (POPE; MAYS, 2005) e frequentemente utilizado para a formulação de questionários para pesquisas quantitativas.

O grupo focal pode ser utilizado como ferramenta de coleta de dados em situações distintas de pesquisa. É comum ser utilizado para a exploração de novos mercados, novas áreas do conhecimento ou de uma nova população, quando o pesquisador deseja conhecer mais profundamente o contexto ou o universo pesquisado. Nessa abordagem exploratória, o grupo focal é útil tanto no planejamento de pesquisas quantitativas quanto na elaboração de questionários.

Além disso, o grupo focal pode ser usado após uma pesquisa quantitativa, a fim de esclarecer pontos ou resultados ainda obscuros para o pesquisador. Pode ainda ser utilizado na geração de novas idéias, novos conceitos, serviços ou produtos.

Esse instrumento pode ser considerado uma entrevista em grupo através da qual o pesquisador colhe dados a partir da interação dos participantes em torno de um tema proposto pelo moderador (ou facilitador). Através de perguntas abertas, o moderador estimula a discussão do grupo em suas maneiras cotidianas de comunicação, o que revela elementos (concepções, valores culturais, normas), que provavelmente não emergiriam em entrevistas ou mediante métodos mais diretos de investigação (POPE; MAYS, 2005).

O objetivo central do grupo focal é identificar percepções, sentimentos, atitudes e idéias dos participantes a respeito de um determinado assunto. Com este intuito o moderador no grupo focal deve propiciar um ambiente que facilite a troca de experiências e a exposição de diferentes pontos de vista, permitindo um aprofundamento nos conteúdos, sem a intenção de gerar consenso ou resultados. Através das discussões, é possível captar importantes informações para o entendimento do modo como se formam diferentes percepções, e atitudes a respeito de um fato, produto ou serviço (COTRIM, 1996).

Em geral a interação do grupo facilita a expressão entre os participantes e amplia o espectro de respostas, pois os mais falantes abrem caminho e estimulam os mais inibidos, tornando mais provável que venham à tona tanto detalhes das experiências que não seriam mencionados individualmente quanto sentimentos comuns entre eles e comentários mais críticos, que talvez fossem omitidos em entrevistas individuais (POPE; MAYS, 2005). Gravadas e analisadas pelos pesquisadores, tais discussões constituem os dados da pesquisa.

A primeira etapa do grupo focal é o seu planejamento, quando deve ser definido o objetivo da pesquisa, isto é, o que se pretende e as metas específicas a ser alcançadas. Depois é selecionado um moderador e elaborada uma lista de questões para discussão, compondo um guia de entrevista.

O número de pessoas no grupo deve ser tal que estimule a participação e a interação de todos de forma relativamente ordenada. A maioria dos autores defende que o grupo seja composto entre 6 e 10 participantes, embora seja possível encontrar relatos de grupos de pesquisa formados com 4 até 25 participantes. A amostra é intencional, e os critérios de seleção dos membros (idade, sexo, classe social, etc.) vão variar de acordo com os objetivos da pesquisa. São formados vários grupos nos quais será conduzida a discussão dos temas propostos para identificar tendências e padrões na percepção do que se definiu como foco do estudo. (COTRIM, 1996).

Em geral observa-se que os participantes não pertençam a círculos de convivência a fim de evitar inibições da expressão de suas opiniões, mas também é possível se utilizar o grupo focal com grupos naturais como, por exemplo, com pessoas que trabalham juntas (POPE; MAYS, 2005).

A discussão no grupo focal deve ser conduzida progressivamente, partindo de tópicos mais gerais até chegar ao foco específico da pesquisa. O grupo focal visa à geração de idéias e opiniões espontâneas, por isso o moderador deve estar atento para motivar a participação de todos sem atitudes de coação. Diferentemente de outras técnicas de reunião, não se pretende alcançar o consenso e quanto mais idéias surgirem, melhor.

Para realizar um bom trabalho, o moderador deve conhecer muito bem os objetivos da pesquisa, manter neutralidade e evitar introduzir qualquer idéia preconcebida na discussão. Deve ter experiência em manejo e condução de grupos, uma boa escuta e capacidade de se adaptar ao estilo dos participantes, bem como aos objetivos e às necessidades do grupo. Deve também estimular o debate, encorajar os membros a discutir as divergências de maneira a elucidar seus pontos de vista e esclarecer os motivos pelos quais têm determinada opinião. Para tanto, o moderador pode fazer uso de materiais como figuras, objetos, textos, vídeos e exercícios que estimulem a interação e a explicação das diferentes perspectivas (RESSEL; GUALDA; GONZÁLES, 2002).

O moderador deve contar com a ajuda de um ou dois assistentes na condução do

grupo para tomar notas, fazer observações e eventuais intervenções, além de cuidar da aparelhagem audiovisual. As impressões, os sentimentos e as sensações do moderador e dos assistentes devem ser discutidas e registradas após o trabalho e podem servir de base para as próximas reuniões do grupo (se houver). O pesquisador pode ser o moderador ou o observador participante.

Vale observar que o local seja neutro, de fácil acesso e silencioso para que a gravação seja de boa qualidade. A organização do espaço deve ser feita de forma a permitir que todos se vejam, fomentando a interação e o sentimento de fazer parte do grupo. Para isso, é comum a disposição das cadeiras em círculo ou em torno de uma mesa redonda.

O número de grupos focais a ser realizados pode variar bastante, o que será definido a partir dos objetivos e do desenho do estudo. A duração das reuniões é geralmente de uma a duas horas, mas pode se estender por toda uma tarde ou uma série de encontros (POPE; MAYS, 2005).

#### **5.4 A entrevista semi-estruturada**

A entrevista semi-estruturada é um instrumento de pesquisa que permite aos sujeitos entrevistados a expressão mais ou menos livre, em comparação com o questionário com questões fechadas, que enseja a expressão não de um pensamento, mas de uma adesão a um pensamento preexistente explicitado nas questões colocadas. Além disso, já que ocorre num processo interativo entre o sujeito pesquisado e o sujeito pesquisador, ela possibilita que o entrevistador perceba o sentido da fala mediante a observação dos gestos, do seu fluir e dos sentimentos experimentados na interlocução.

Maria Cecília de Souza Minayo (2007) considera a entrevista semi-estruturada um instrumento para orientar uma “conversa com finalidade”. Nesse tipo de entrevista, o pesquisador aproxima-se empaticamente do pesquisado, pois, segundo a autora, em uma pesquisa qualitativa, o envolvimento entre o entrevistado e o entrevistador, em lugar de ser tomado como um risco comprometedor da

pesquisa, é tido como fator essencial para a investigação, por ser necessário o aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Nesse tipo de entrevista o pesquisador busca apreender a realidade do sujeito, de forma não totalmente livre como numa entrevista aberta, mas a partir dos seus pressupostos e da definição do seu objeto de estudo.

Esse instrumento é amplamente usado nas ciências sociais e, cada vez mais, nas pesquisas que abordam as questões psicossociais na área da saúde, porque propicia a expressão verbal de crenças, sentimentos, expectativas, demandas e atitudes dos pacientes, familiares, gestores, profissionais, etc., a partir das quais o pesquisador busca determinantes, associações, etc. Minayo (2007) considera que:

...o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Na entrevista semi-estruturada o pesquisador utiliza um roteiro com uma quantidade restrita de questões correspondentes aos objetivos do estudo, a fim de direcionar a conversa de acordo com eles, mas deixando-a livre dentro desses limites. Assim, conduz a entrevista a partir do roteiro que incita a fala dos entrevistados sobre o assunto estudado, sem definir nem delimitar completamente o discurso do outro.

No caso das pesquisas em saúde e Psicologia realizadas freqüentemente pelos profissionais de saúde com seus próprios pacientes, a postura “clínica”, proposta por Turato (2003), como parte do método clínico-qualitativo auxilia na comunicação pesquisador/pesquisado. O termo “clínico” na pesquisa clínico-qualitativa refere-se à atitude do pesquisador de voltar a escuta e o olhar ao sujeito em estudo. Como a atitude clínica é vivenciada pelo profissional de saúde em seu cotidiano — no interesse pelo sujeito, na atenção aos seus problemas — esta pode auxiliá-lo enquanto pesquisador no aumento da validade dos seus

dados. Mesmo quando não-intencionada, a atitude clínica acompanha o profissional ao menos parcialmente, quando ele assume o papel de pesquisador.

## 6. Resultados

*No próprio lar começa  
a destruição da paz do mundo.  
Madre Teresa*

Uma das preocupações éticas no desenvolvimento deste estudo foi a qualidade do seu impacto sobre os pais que participaram e, indiretamente, sobre seus filhos. Percebemos que parece ter havido um saldo positivo para os pais, que se mostraram agradecidos e expressaram sentimentos positivos ao final dos grupos e das entrevistas, em relação à experiência, aos pesquisadores e aos demais participantes. Como resultado do processo de interação ali estabelecido, os participantes mostraram-se dispostos e interessados em realizar outros encontros como aquele, manifestando sua necessidade de apoio e assistência para o enfrentamento de suas dificuldades. Em resposta a essa demanda, foi realizado um grupo de orientação ao qual compareceram cerca de 70% dos participantes dos grupos anteriores e entrevistados.

Uma das mães expressou da seguinte forma os seus sentimentos relativos à experiência:

“Obrigada ocês! Qualquer coisa pode ligar lá pra casa!” Elena.

Essa fala, além da explicitação de gratidão, parece mostrar uma autorização da mãe ao pesquisador para entrar na sua intimidade, demonstrando um vínculo positivo com relação de confiança e um sentimento de *empowerment*, ao mostrar implícita a crença de que sua experiência ajudou e poderia continuar ajudando o desenvolvimento do estudo.

Entre os sentimentos presentes na luta diária dos participantes contra os desafios impostos pelo convívio com as situações estressantes e conflitivas relacionadas ao TDAH, sobressaem, na percepção do pesquisador, a sensação de desorientação, a ambigüidade, o isolamento e o desamparo. Apesar de todas as determinações do discurso, discutidas a seguir, a pressão emocional desses sentimentos poderia explicar o efeito positivo do grupo: ele permitiu a troca de experiências com quem tem dificuldades semelhantes e os participantes foram ouvidos por pessoas que manifestavam interesse em compreender sua aflição.

## 6.1 Caracterização da amostra

O quadro seguinte mostra algumas das características sociais e demográficas dos participantes, para melhor compreensão do sentido e determinações de suas falas.

**Quadro 2 - Caracterização da amostra**

| <b>Indicadores</b>      | <b>Categorias</b>  | <b>Frequência</b> |
|-------------------------|--------------------|-------------------|
| Faixa etária dos pais   |                    |                   |
|                         | De 30 a 40 anos    | 7                 |
|                         | De 40 a 50 anos    | 6                 |
|                         | Acima de 50 anos   | 5                 |
| Escolaridade dos pais   |                    |                   |
|                         | Ensino fundamental | 9                 |
|                         | Ensino médio       | 4                 |
|                         | Ensino superior    | 5                 |
| Faixa etária dos filhos |                    |                   |
|                         | 7 a 12 anos        | 14                |
|                         | 12 a 16 anos       | 4                 |

## 6.2 Determinação dos sentidos das falas

Tendo como referência a Análise do Discurso (BRANDÃO, 1996), mostramos a seguir o resultado das condições de produção do discurso sobre a sua forma e sentido, exemplificando com algumas falas dos participantes.

### 6.2.1 A influência das condições materiais do *setting* dos grupos focais e das entrevistas

Os grupos e entrevistas foram realizados em salas da Faculdade de Medicina ou no Anexo Bias Fortes. Isso pode ter imposto restrições às falas em função do imaginário social sobre a Universidade (academia) e sobre a Medicina, como lugares sociais de normatização do saber e do normal, produtores e detentores de valores em função dos quais suas crenças, suas atitudes e seus sentimentos seriam avaliados, gerando falas argumentativas e com visada explicativa, como a seguinte:

“É uma chantagem, mais é uma chantagem limpa, não é de ameaçaaaar, num é vou te bater, vou te espancar, vou fazer isso e aquilo não, sabe? É uma chantagem limpa assim. – Então eu vou deixar você estudar sozinho, azar se a professora chegar lá e o dever num tiver feito. Mas eu num faço igual o pai dele não, igual o pai dele trata ele não!” Elena.

Por outro lado, é possível que alguns significados sejam compartilhados em nossa cultura em relação à Academia e à Medicina, sendo estas vistas como lugares de “solução de problemas” para os quais não há resposta no senso comum. Sobretudo a Medicina pode estar relacionada à privacidade, ao sigilo e até a uma certa obrigatoriedade de revelação de segredos, junto a uma expectativa de imparcialidade e compreensão. Esses aspectos podem ter contribuído para diminuir as restrições às falas e conformar os discursos na forma de queixas e demandas, bem explicitadas pelos pais em suas falas. De certa forma colocava os pais, em seu imaginário, no lugar de pacientes e contribuía para a explicitação do seu próprio sofrimento:

“Aah (suspira), eu não sei te falar, eu tô muito, eu tô muito nervosa! Sabe? Nervosa demais! Eu não tenho idade mais pra ter filho. Entendeu? Realmente, eu não queria ter a Maria Clara! Vou ser bem sincera!” Ana.

Os locais apresentavam boas condições de privacidade, o que facilitava a expressão de afetos; porém, a presença de auxiliares para o manejo da aparelhagem de gravação e uso de gravador pode ter dificultado essa expressão. Em um dos grupos houve muito ruído de trabalho de construção na sala ao lado; isso incomodou e desviou a atenção do grupo e pode também ter prejudicado a

expressão de afetos relacionados aos relatos, além de reduzir o tamanho das falas. Finalmente pode ter havido prejuízo na interação do grupo devido à dificuldade para a sustentação da atenção e, às vezes, para a compreensão.

Não houve recusa do uso do gravador, mas o comportamento de um dos participantes sugere que a presença do aparelho estava registrada e interferia, mesmo de forma não-consciente e/ou explicitada: diante de uma participante que relatava um episódio de agressão emocional contra o filho, um dos pais presentes se apropriou do gravador e o colocou mais próximo dessa mãe, demonstrando a sua vontade de assegurar o registro. Podemos supor diferentes razões para esta atitude, mas ela nos sinaliza que a presença do gravador tem algum significado para este pai. Esse significado provavelmente conformou os discursos dos participantes com relação à expressão de sentimentos considerados socialmente negativos, com relação às narrativas de experiências de abuso, à expressão de crenças e atitudes que no imaginário do falante seriam condenadas pelo pesquisador, sobretudo diante da visada, predominante nos discursos, de constituição de aliança com ele, como objetivo de atendimento da criança no AMBDA.

Os participantes dos dois primeiros grupos foram convidados por telefone pela pesquisadora e se deslocaram até a Universidade para isso, o que demonstra motivação para participar, que pode ter sido determinada pelas expectativas dessas pessoas quanto à retomada de atendimento pela equipe do ambulatório.

Os participantes do terceiro grupo não foram convidados com antecedência e provavelmente entenderam a realização do grupo como um procedimento normal do ambulatório, já que foram comunicados sobre as atividades de pesquisa realizadas pelo AMBDA nos procedimentos de acolhimento. Nesse sentido poderíamos esperar uma demanda mais enfática por parte dos que se deslocaram até a Universidade para participar do grupo, o que realmente aconteceu:

|                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| “Esse encontro aqui tem algum propósito de ajudar os nossos filhos? Vim, dá os medicamento, podê dá os remédio...?” Anete. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

As queixas quanto ao serviço de saúde e às interrupções no tratamento feitas pelos participantes convidados não surgiram nos grupos nem nas entrevistas realizadas com os pais que compareceram para a consulta.

Convidados em nome da Instituição, os pais podem ter se sentido valorizados por estar contribuindo para uma pesquisa ali realizada, o que poderia gerar uma disposição em falar abertamente sobre seus problemas e ao mesmo tempo realizar construções do discurso de predomínio narrativo e argumentativo:

“Por isso deu esse discreto déficit de atenção, né? Que a imaturidade talvez, que ele tinha... por isso que deu este resultado”.Cibele

Por outro lado, o fato de seu filho(a) estar em tratamento no ambulatório pode ter gerado nesses pais algum receio de que alguma crítica ou queixa que fizessem pudesse influenciar negativamente no atendimento. Assim, as queixas com relação ao atendimento apareceram de forma sutil, discreta, sem culpabilização direta do HC ou dos seus profissionais:

“Fiquei sabendo do Dr X através de uma assistente social no meu trabalho, que o filho dela tava com o ele, porém particular, sabe? Como eu não tenho condições de pagar, eu vim até aqui” Ana.

“Todos esses lugares, assim... público, começa a atender e de repente... termina! As criança ficam perdida, as mãe fica perdida” Anete.

### **6.2.2 As restrições impostas pelo contrato e gênero do discurso e pelo quadro das instituições em que se produz**

Gênero do discurso pode ser definido como “atividades (de linguagem) mais ou menos ritualizadas, que só podem desdobrar-se legitimamente e obter “sucesso” se estiverem conformes às regras que as constituem” (MAINGUENEAU, 1998).

O gênero entrevista enquadra o discurso, impondo-lhe determinadas restrições. Nesse caso não se trata de qualquer entrevista, mas de uma entrevista de pesquisa na área da saúde, em que o entrevistador é um pesquisador, profissional qualificado e representante da Instituição, assim se apresentando e assim reconhecido pelo entrevistado.

O contrato de fala prevê uma situação em que o entrevistado não está autorizado a falar sem ser perguntado nem está autorizado a dizer mais do que o que lhe é perguntado. Dessa forma, por mais aberta que seja, a pergunta define a resposta até certo ponto. O tempo é definido pelo entrevistador, influenciando certa organização da resposta. No caso deste estudo, há uma pressuposição de saber e poder do entrevistador, levando a uma relação altamente assimétrica entre os interlocutores. Pressupõe-se uma visada de solicitação (querer saber) por parte do entrevistador e de informação (saber fazer) por parte do entrevistado. Percebemos, no entanto que, em função da influência dos demais determinantes no discurso dos participantes, manteve-se a exacerbação da assimetria da relação, mas as visadas de solicitação (do entrevistador) e informação (dos entrevistados) mesclaram-se de forma importante com as de demonstração e solicitação por parte dos entrevistados:

“Mas... eu ajudo demais, sou uma mãe dedicada, todo mundo fala!” Elena

As visadas de demonstração relacionavam-se sobretudo à justificação e à legitimação de crenças, atitudes e emoções em relação ao filho e aos eventos a ele relacionados.

“Eu queria uma opinião. Porque no meu caso é... [...] Eu não sei como agir com o irmão dele, porque praticamente ele se aproveita da situação pra... humilhar, abusar do André por causa do problema que ele tem. Eu não sei como agir com ele, assim, não sei se eu ponho ele no psicólogo também, se... eu não sei. Eu não sei o que eu faço” Aline.

O grupo focal tem elementos em comum com a entrevista em grupo, com acréscimos e atenuações de restrições de uma entrevista típica. No grupo focal o

tempo de fala e a relação com cada interlocutor impõe certas restrições ao discurso, enquanto a identificação com os demais participantes que se reconhecem como compartilhando uma experiência e interesses comuns, pode reforçá-los na legitimidade das suas crenças e demandas e na justeza das suas atitudes e sentimentos, determinando transformações de forma e conteúdo.

O fato de compartilhar o mesmo lugar em relação ao principal interlocutor (o pesquisador) pode relativizar, diluir a percepção de sua autoridade levando a diminuir a assimetria na interlocução. Observamos nos grupos, por exemplo, que a interação e a identificação de dificuldades comuns entre os participantes facilitaram a expressão mais espontânea de atitudes e sentimentos negativos em relação a seus filhos, os quais nas entrevistas individuais não foram tão declaradamente expressos.

|                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>“Às vezes em num güento também, igual ela falô que o marido... coisa! A gente tem que entrar no meio e: — Oh! pô! Num é assim não! Calma! Ele tamém tem que pôr a inteligência! Mas pra isso de vez em quando... sai fora do ritmo!” Anete</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Essa fala exemplifica como a fala de outro participante (que relatava maus-tratos do marido em relação ao filho) estimulou e autorizou a expressão de sentimentos e de uma atitude motivada pela emoção (entrar no meio da briga do marido com o filho) que aparentemente têm um julgamento negativo da própria mãe que o expressou. Mesmo a expressão utilizada na discussão com o marido (“Oh! pô!”) demonstra uma informalidade e uma espontaneidade que podem ter sido possibilitadas pela aliança do grupo. A identificação com o grupo pode também ser exemplificada pelo uso da expressão “a gente” que, no contexto do grupo, referia-se a seus componentes, embora também refletisse uma crença mais geral da mãe.

Observamos também, com a participação de um casal no terceiro grupo, que os parceiros às vezes se uniam para contrapor uma opinião ou para responder a uma pergunta, às vezes discordaram e quase brigaram, mas se contiveram, obedecendo ao contrato estabelecido que impõe restrições ao tipo de diálogo que ali deveria ser estabelecido.

Os pais entrevistados individualmente, com exceção de dois que eram expacientes da entrevistadora, mostraram-se preocupados em sustentar uma imagem de bons cuidadores, defendendo atitudes educativas baseadas no diálogo e apenas deixando escapar, nas sutilezas do discurso, alguns de seus sentimentos negativos e atitudes punitivas. Já nos grupos, a maioria expressou sentimentos de tristeza, raiva, vergonha, medo, intolerância e atitudes punitivas em consequência dos comportamentos indesejáveis das crianças e dos adolescentes com TDAH.

“O filho é meu, e tem hora que cê tem que bater mesmo porque ele tem que obedecer! Tem que ter um limite! Pra mim tem que ser assim!” Vilma.

“...mas eu não conseguia nada, mas cê sabe o que é cê num conseguir nada? Eu não conseguia nada, a não ser assim, na base da... cê entendeu?” Carmem.

“Eu fico com vergonha, sabe, eu vejo os coleguinha dele, tudo bunitinho perto da mãe, e ele daquele jeito, ah... eu não aceito muito, não!” Carina.

Além disso, observamos que nas entrevistas os pais falaram mais das crianças do que de si mesmos, apesar da solicitação de falarem dos sentimentos e das vivências em relação à criança e ao TDAH. Nos grupos, talvez devido à identificação entre eles e porque a autoridade do pesquisador ficou diluída, eles falaram mais de si mesmos:

“Tenho ainda muita vergonha de ler... é... em público... muita mesmo! Ainda num passou esse trauma” Anete.

“Eu num güento mais, sabe? Eu tô assim, à flor da pele, eu tô nervosa demais com ela, porque tudo é ela, tudo é ... tudo é briga, sabe, tudo ela chora, tudo ela fica irritada, então assim, tá muito cansativo, sabe?” Ana.

### 6.2.3 As representações imaginárias que os interactantes fazem de suas próprias identidades e do outro

Na análise das falas considerou-se a imagem social do psicólogo mesclada, nesse caso, à imagem do médico na medida em que todo o estudo foi realizado na Faculdade de Medicina, e a pesquisadora se identificou como estudante, pesquisadora e trabalhadora daquela Instituição e do AMBDA:

- A imagem de um suposto saber sobre comportamentos, atitudes e emoções suscita fantasias de percepção e adivinhação de desejos, pensamentos e intenções íntimas à revelia do outro, podendo levar à comportamentos evitativos, como não atender ao convite para a pesquisa, omissões e silêncios aparentes no discurso dos participantes.
- A imagem do profissional como autoridade com poder para punição, retaliação, retirada de benefícios, estimulando a simulação e a omissão de sentimentos, crenças e fatos, e levando para um discurso demonstrativo e justificativo. Na fala a seguir um pai tenta mostrar sua disposição em ajudar a filha e o arrependimento por condutas anteriores relativas a ela:

“Já teve couro... teve coisas que ... não é por aí! Nós já vacilamos muito”.

- A imagem do profissional de autoridade, que prescreve normas de condutas e de relações, levando à autocensura, estimulando, por exemplo, a exacerbação no discurso das visadas de demonstração. Na fala seguinte, a mesma mãe que confessara não ter desejado a filha, tenta eximir-se da culpa, responsabilizando o pai da criança:

“... tudo que eu fazia, ele achava que... que eu num gostava dela, sabe? Num sei se ele colocou isso na minha cabeça, cê entendeu?” Ana.

“Meu marido também é nervoso, num tem paciência, e ele num me ajuda... assim... só que tem a desculpa que homem trabalha, num tem como ajudar a gente! É eu que fico, desde pequenininho, com ele nos braço, sempre sozinha, pra lá e pra cá! Direto!” Elena.

- A imagem do profissional que tem o poder de aliviar o sofrimento psíquico, resolver conflitos, compreender o sofrimento e as atitudes alheias, levando à emergência de sentimentos e lembranças conflitivas e exacerbando o aparecimento das visadas de solicitação.
- A imagem do profissional como aquele que porta a obrigação do sigilo, sobretudo na situação de pesquisa em que o sigilo é reafirmado pelo compromisso explicitado no termo de consentimento, propiciando maior abertura e espontaneidade, e um discurso com predominância de visada informativa.

#### **6.2.4 As visadas: as intenções dos interlocutores**

Como já dito acerca das restrições de gênero, as visadas de solicitação e informação foram mescladas com outras, sobretudo de demonstração e solicitação, influenciando na organização da forma e a “escolha” de conteúdo.

#### **6.2.5 Os determinantes sociais, econômicos e históricos dos discursos**

De acordo com a AD, não existe uma consciência individual fora de uma consciência coletiva. A consciência coletiva se expressa na consciência individual.

Tomando de empréstimo as palavras de Bakhtin (2004), concordamos que:

Realizando-se no processo da relação social, todo signo é ideológico, e, portanto, todo signo lingüístico vê se marcado pelo horizonte social de uma época e de um grupo social determinado [...] o indivíduo, enquanto detentor dos conteúdos de sua consciência, enquanto autor dos seus pensamentos, enquanto personalidade responsável por seus pensamentos e seus desejos, apresenta-se como um fenômeno puramente sócio-ideológico. Essa é a razão porque o conteúdo do psiquismo “individual” é, por natureza, tão social quanto a ideologia... (BAKTIN, 2004, p. 44 e 58).

Dessa forma, a determinação do sentido da fala não pode prescindir de sua contextualização no momento histórico-econômico-social nem das características culturais em que é produzida. Também não pode prescindir do conhecimento da origem e da inserção social de quem fala. Mostramos a seguir exemplos dessas determinações nas falas dos nossos entrevistados:

- **Inserção em estrato social**

“Ele tá na idade de dez ano e nada de aprender! Ele num conhece letra nenhuma, né, fico louca pra ele aprendê, parece que nada entra na cabeça dele!” Arlinda.

“O rendimento escolar dela está ruim, ela não conseguiu se sociabilizar com as crianças do horário, teve dificuldades com a professora...” Ernane.

Essas falas de dois pais de estratos sociais diferentes, além da diferença de forma, revelam crenças e expectativas diferentes quanto ao aprendizado das crianças.

- **Tradição familiar/cultural**

“Eu nunca falei um palavrão. Meus pais nunca precisô brigar comigo, e olha que eu dei trabalho no primeiro ano viu? Eu era cabeçuda! hehe Num aprendia de jeito nenhum! E eles nunca me encostô a mão pra me bater! Era bravo, com todos os meus irmão, mais... batê, espancá, isso não! Por isso que eu faço a mesma coisa com o meu filho”. Efigênia.

“Eu fui criada assim, pai pode bater no filho, filho é que não pode bater na mãe!” Vilma.

- **Ideologias/história**

Conceituando não apenas a ideologia como uma visão, uma concepção de mundo de uma determinada comunidade social numa determinada circunstância

histórica, mas também que todos os discursos são Ideológicos e historicamente determinados (BRANDÃO, 1996), todas as falas aqui apresentadas são históricas e ideológicas.

No entanto, apresentamos a seguir como exemplos de falas nas quais são mais aparentes a origem histórica e o fenômeno ideológico. As falas seguintes ilustram diferentes características ideológicas do nosso tempo e grupo social:

### **Ideologias relativas às práticas educacionais**

“E ele tem mudado muito, antigamente se uma pessoa falasse com ele assim: -Ah, cê tá errado, papapapapapapapa, ele ficava calado e não falava nada! Hoje em dia não, ele volta e briga pela opinião dele e pronto, pronto, pronto! Vai falando!” Efigênia.

Esta mãe valoriza o fato de o filho expor sua opinião e brigar por isso. Esta é uma postura recente na educação.

“Quer dizer, ele gosta! No fundo, aceita, sabe? Num arrevolta com isso não. Com o pai, não! Porque o pai dele é muito carinhoso com ele e tudo... num pode é assim, cê bater e ficar naquilo. Mas na hora ele viu que ele errou, ué, num tem como!” Vilma.

Esta mãe reage à crítica de outro participante do grupo pela agressão relatada do pai ao filho. Sua exclamação parece vir de uma forte crença de que a criança que erra tem que ser fisicamente castigada.

As falas seguintes ilustram, de forma contrastiva, crenças predominantes em época não muito remota em nossa cultura e crenças educacionais atuais, que começam a ter hegemonia. Ilustram também o fenômeno da heterogeneidade, no qual discursos diferentes às vezes contraditórios coexistem num mesmo grupo social.

## Ideologia relativa às relações entre gêneros

“Essas coisas que homi fala que cê num tem controle, de chamar os outro de burro [...] a pessoa discutir com homi também é pior, né?” Elena.

## Ideologia relativa à relação mãe-filho

“E todo mundo fica irritado! Ele tá perto docê assim, ele fala naquela altura! Ele é muito... estabanado! Mas ele é uma criança boa, assim, muito carinhoso comigo, me beija demais, sabe? E, assim, fala que me ama, fala assim, eu te amo! E... e filho a gente ama mesmo, né?” Carina.

## Ideologia relativa às relações familiares

“Mas quando eu preciso de ajuda, ninguém! Num acho ninguém pra ajudar a gente, nem família! A família é a primeira a sair fora! Deixa a gente... se virar sozinha! Sabe? E não tenho ajuda nenhuma!” Aline.

A indignação dessa mãe se assenta na sua expectativa, criada pelas suas crenças ideológicas sobre a família, de que esta não abandone os seus membros.

Decorrente da heterogeneidade do discurso em determinada época e grupo social, os discursos são polifônicos, e pode-se ler nas falas a incorporação de discursos provenientes de diferentes formações discursivas. As seguintes falas mostram, a título de exemplo, a incorporação, consciente ou não, dos discursos acadêmicos da Psicologia e da Medicina, freqüentemente já ressignificados pela interveniência da mídia e pela influência da incorporação de outros discursos, por exemplo, os associados a estratos sociais (primeira fala):

“Ele pediu até um exame, agora. Ele falou que ele tem disritmia.. eh...e que ele tem ...eh... isperatividade?” Elena.

“Eu tinha um neurologista muuuito bom, o Dr X, cês já ouviram falar? Ele me dava muita dica: de num dar satisfação, porque ele é um menino que você não pode dar satisfação, porque ele não te ouve! Então você tem que ser taxativa com ele: — Olha, você não pode fazer isso por causa disso. Não vai. Num vai e pronto! Ele me ensinava assim. Ele me ensinou muita coisa

que funciona, entendeu?” Carmem.

“Ela deve saber, sim! Porque ela sabendo, ela mesmo se ajuda! Explica pra ela o quê que é! Eu ganhei aqui uma cartilha, eu dei pra ele ler! Ela deve saber sim, porque não?” Aline.

“Eu não escondo nada! Eu num escondo nada, nada, nada, de assunto nenhum! De assunto nenhum! Nenhum mesmo. Seja sobre droga, seja sobre sexo, nem sobre nada, eu num escondo nada! Porque se a gente esconde dentro de casa, mas na rua eles ensinam e da forma pior! De quê que vai adiantar?” Aline.

De acordo com os sentidos das falas, determinados através da aplicação do método da Análise do Discurso, os dados foram organizados em temas, categorias e subcategorias, como mostra o Quadro 3.

### 6.3 Análise dos resultados

Os temas, as categorias e as subcategorias listados no Quadro 3 foram estabelecidos com o objetivo de expor detalhadamente as questões relativas às dificuldades enfrentadas no cotidiano pelas famílias participantes da pesquisa, assim como apreender a percepção dos pais a respeito de seus filhos e das consequências do TDAH para a criança, para a família, e em suas próprias vidas. Procuramos também mostrar seus relatos sobre sentimentos e atitudes para com as crianças e, por fim, suas necessidades, sua visão do tratamento e se houve mudanças para a criança/ adolescente e para a família provenientes do diagnóstico de TDAH. Os significados compartilhados e o universo de crenças aqui delineados são fruto de uma escuta ativa em busca de significados individual e socialmente construídos, que são, ao mesmo tempo, fruto e fonte das crenças, atitudes e suposições que permeiam o cotidiano dessas famílias.

---

**Quadro 3 - TEMAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS**

| <b>Temas</b>                                           | <b>Categorias</b>                                                                                                                             | <b>Subcategorias</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Dificuldades enfrentadas pelas famílias             | A1. No tratamento<br><br>A2. Nas relações com a criança<br><br>A3. Nas relações com a escola                                                  | A1.1 Custos<br>A1.2 Acesso e interrupções<br>A1.3 Desconhecimento dos profissionais<br>A2.1 Dificuldades em colocar limites e estabelecer disciplina<br>A2.2 Dificuldades de relacionamento afetivo<br>A3.1 Cobranças e abusos dos professores<br>A3.2 Discriminação pela escola |
| B. Impacto do TDAH sobre as relações familiares        | B1. Sobre as relações intrafamiliares<br>B2. Sobre as relações sociais da família<br><br>B3. Sobre a saúde emocional dos pais/ cuidadores     | B2.1 Exclusão social da família<br><br>B2.2 Abandono e dificuldades no trabalho<br>B2.3 Discriminação da criança                                                                                                                                                                 |
| C. Dificuldades Enfrentadas pelas crianças             | C1. Relativas à escola e à aprendizagem<br><br>C2. Na interação com outras crianças<br><br>C3. Nas interações intrafamiliares                 | C1.1 Recriminação social e familiar da criança pelo fracasso<br>C1.2 Rejeição pelos colegas<br>C2.1 Dificuldade em participar de atividades conjuntas<br>C2.2 Rejeição<br>C3.1 Conflitos familiares<br>C3.2 Abusos físicos e psicológicos<br>C3.3 Carência de afeto, rejeição.   |
| D. Percepção das características da criança pelos pais | D1. Características positivas<br>D2. Características negativas<br>D3. Semelhanças com familiares                                              | D3.1 Justificam o comportamento do filho<br>D3.2 Ajudam na lida com os sintomas<br>D3.3 Dificultam a vida familiar                                                                                                                                                               |
| E. Atitudes dos pais para com os filhos                | E1. Atitudes de suporte<br>E2. Atitudes punitivas<br>E3. Complacência, Desistência, negligência<br>E4. Atitudes antes e depois do diagnóstico |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## **A. DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS FAMÍLIAS**

As principais dificuldades relatadas foram associados aos temas do tratamento do filho e do relacionamento com a criança e com a escola.

### **A.1 Dificuldades quanto ao tratamento**

O tratamento do TDAH envolve uma abordagem multidisciplinar, que inclui intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. A psicoterapia assim como o acompanhamento psicopedagógico podem ser necessários e a família e a escola devem ser orientadas quanto ao manejo dos sintomas. O tratamento medicamentoso adequado é considerado fundamental no manejo do transtorno, sendo os estimulantes os medicamentos de primeira escolha (ROHDE; HALPERN, 2004).

Neste estudo, muitas das dificuldades que foram relatadas funcionam como empecilhos que se colocam entre o desejo dos pais de ver seus filhos em tratamento e a viabilidade deste. Os temas que se destacaram foram; (a) os custos relativos aos medicamentos e aos profissionais de saúde; (b) as interrupções, a ineficiência e a dificuldade de acesso ao atendimento nas instituições públicas; (c) o desconhecimento a respeito do TDAH por profissionais de saúde e de educação; e (d) a falta de orientação às famílias para a lida com o transtorno.

A questão do custo foi exposta várias vezes como impedimento, especialmente no que diz respeito a um tratamento continuado. Embora todas as crianças estivessem na lista de atendimento de um serviço público de referência na área, essa questão foi levantada, porque os pais se vêem na contingência de buscar atendimento privado, diante da dificuldade de acesso e da ineficácia do tratamento provocada pelas interrupções:

“Ele fez também poucas sessões aqui no Hospital das Clínicas. Foram só quatro. Tava tomando Ritalina, parou nas férias, e não consegui mais receita pra ele; não teve mais consulta. Eeeee infelizmente, sexta-feira eu tive que assinar uma ocorrência por causa de briga e no final ele bate nos colega” Aline.

“...aí eu gostaria de ter mais ajuda igual... a Ritalina... um outro médico pra poder acompanhá

direitinho e conversá... igual ela teve tamém no CRIA. Eu consegui lá, numa psicóloga lá, mas ficou pouco tempo tamém. Todos esses lugares, assim... público... começa a atender e de repente... termina. As criança ficam perdida, as mãe fica perdida...” Anete.

A ênfase da demanda é o acesso à receita e ao remédio, o que passa a ser o objetivo dos pais. Diante das interrupções do tratamento, os pais sentem-se “perdidos” e, sem expectativas de um acompanhamento médico e/ou psicoterápico continuado. O médico aparece como aquele que fornece a receita:

“E ele num tá tomano nada que tinha que tomá por causa desses pobrema aí... da médica, né? Num dá certo da gente pegá a receita com ela mais... e eu até fiquei chateada porque ele ficou pior!... Ficou mais nervoso, nervoso demais mesmo, né, quando parou de tomar a Ritalina” Arlinda.

Os psicólogos aparecem como profissionais de difícil acesso:

“Eles ficavam muito numa ONG que faz atividades de circo. Só que era muito longe lá de casa, a passagem num é barata, eles tinham que ir a pé. E... e eu coloquei eles lá mais por causa de psicólogo, que lá tinha, e ele ficou lá 3 anos e eu não consegui!” Aline.

“Ele começou a fazer tratamento no psicólogo, antes de começar aqui, na escola. Tiraram o psicólogo da escola de uma hora pra outra!” Carina.

A falta de acompanhamento e de orientação deixa os pais inseguros, o que pode levá-los à suspensão do tratamento:

“Eu não sei se ele não acertou a dose ou o que aconteceu, que ele ficou uma criança mais concentrada, evoluiu nesse ponto, mas só que ele perdeu um pouco da identidade dele. Na sala de aula a professora relatava que ele ficava um pouco acuado. Dentro de casa ele também era uma criança parada, apática, e a gente até assustou porque ele era um menino que, na hora que ele chegava, ele enchia a casa! Passou a ser uma criança assim... quieta, deixou de ser ele! A verdade é que deixou de ser ele! Aí eu decidi abrir mão do medicamento e resolvi... a gente resolveu tentar fazer sozinho” Vicente.

Os pais apontam ainda o desconhecimento dos profissionais de saúde a respeito do TDAH, o que surge como um problema, pois geraria dificuldades tanto para o diagnóstico quanto para a manutenção do tratamento, pois freqüentemente os médicos discordam entre si e retiram a medicação.

“...aí, tomano os remedinhos, passou. Foi um incentivo pra ela, ela ter passado de ano [...] Aí no segundo ano, ela tava lá tomano remédio. Agora, no segundo e terceiro ano, eu num consegui mais a receita, aí que eu fui e parei. Dei um tempo. Aí eu levei num neurologista, aí o neurologista falou assim que não tinha necessidade da menina tomar não e tirou o remédio. É isso que eu tô te falano! Neurologista que não entende o quê que é déficit de atenção, talvez num entende o quê que esse remédio fazia! [...] Ela teve decaída no terceiro ano. Aí eu conversei com a fono, ela falou assim: — Anete, vão voltá pra Ritalina? Cê vai procurar um

neurologista e vai pedir a receita! E ela vai voltar a começar a tomar. Ela tá indo bem, graças a Deus, com o remédio” Anete.

Por outro lado, alguns relatos mostram entusiasmo dos pais e especialmente das crianças, com o avanço na escola obtido com o uso do medicamento, e essa é a principal razão da preocupação e do empenho dos pais para que seus filhos sejam medicados com metilfenidato.

“... é tanto que, é parar de tomar e o rendimento cair na escola! Na escola, faz falta o remédio! Se ela tivesse tomado desde que ela começou, igual... ela conseguiu passar!” Anete.

“Ele tá sem remédio tem 15 dias, aí foi que eu pedi ele pra ver se ele podia receitar! Uma coisa inédita neste primeiro bimestre foi ele pegar média em inglês; ele tirou um notão em inglês. Cê precisava ver; ele soltou foguete aqui!” Efigênia.

No entanto, a expectativa sobre o medicamento, que os pais consideram como a última saída, pode ser também uma fonte de frustração para eles:

“Mas o rendimento dela neste primeiro semestre, assim, não foi bom, mesmo no período que ela estava usando a Ritalina, né? Com a falta de interesse dela de estudar, né? De prestar atenção, de se envolver com a escola, né?” Ernane.

“Ele tem nove, vai fazer nove em agosto, cê entendeu? Não é alfabetizado, porque ele não conseguiu. Não consegue concentrar! E a medicação não dá certo, cê entendeu? Já mudou de uma série... e não dá certo” Carmem.

“Tá mais me preocupano, mais ainda, é os estudos. Ele tava usando a Ritalina; a Ritalina tá ficando fraca, num tá dando rendimento nenhum!” Carina.

A orientação à família é fator fundamental no tratamento. Informações muito claras sobre o transtorno são imprescindíveis para que os familiares colaborem e sustentem o tratamento. Eles devem ser informados sobre o que é o TDAH, quais são os sintomas, as melhores estratégias para manejá-los, os efeitos dos medicamentos e as necessidades das crianças. Para a efetividade de um tratamento, também é vital a consideração de como a desordem afeta a vida diária da criança, do adolescente e de sua família, considerando os horários dentro e fora da escola e levando em conta o funcionamento e o bem-estar da família inteira (HARPIN, 2005).

## A.2 Dificuldades nas relações com a criança

### A.2.1 Dificuldades em colocar limites e estabelecer disciplina

Um dos fatores apontados pelos pais como uma grande dificuldade na relação com as crianças é a colocação de limites:

“...regra pra ele é uma coisa que não existe. Tudo que ele quer fazê... burla. E pra manter ele dentro de algumas coisas é na base da briga, tem que ser debaixo de muita briga mesmo! [...] e não foi um menino que aprendeu a ter tudo né, nunca!! Nunca fiz todas as vontades! Mas lida muito mal com qualquer negativa pra ele. Sabe? Ele não aceita com facilidade. De jeito maneira!” Conceição.

“Gabriel, vai estudar! Gabriel, você não fez o trabalho! Gabriel, num tá na hora disso! Gabriel, tá na hora de tomar banho! Gabriel, vai escovar dente! Então... Nossa! Gabriel, você tá sendo irresponsável! Direto assim!” Estela.

O estabelecimento de limites é, de fato, o ponto nevrálgico no convívio com crianças, adolescentes e adultos com TDAH e o desenvolvimento da noção de limite é fator fundamental para o convívio social saudável e satisfatório. Como em nossa cultura é papel da família cuidar que as crianças aprendam as normas que regem as relações entre as pessoas, delimitar o que é permitido e aceitável e que não o é, essa função, segundo os pais, é motivo permanente e intenso de tensão e conflito.

Para agir dentro dos limites, é necessário ser capaz de sacrificar satisfações imediatas em prol de objetivos a longo prazo (BRAGA, 1968), tarefa dificultada pelas condições neurobiológicas do TDAH. Os padrões de comportamento disruptivo dessas crianças geralmente entram em conflito com as demandas dos pais (BARKLEY, 2002), que se desentendem, se exaltam, se enfurecem, se descontrolam em suas tentativas de dar limites aos filhos:

“Normalmente eu grito e falo com ele: — Me escuta! Né? Dou aquele grito. Às vezes eu falo com ele gritado, aí ele assusta assim e fica me olhando. Aí normalmente, eu sou assim, eu despenco a chorar!” Efigênia

“...quando eu vejo já tô batendo! E bater num adianta!” Ana.

Nos relatos do convívio diário com os filhos, os pais ressaltam as dificuldades decorrentes da ineficácia de suas atitudes educativas:

“Não conseguia fazer ela fazer nada do que eu queria. Ela não fazia nada que eu queria! Pra escovar dente... trocentas horas, pra poder deitar pra dormir... trocentas horas, era só meia-noite, pra conseguir!” Eneida.

“Ele mente pra ele se desculpar daquilo que ele fez e, quando ele erra ele sabe que ele erra! Ele fala: — Mãe, eu não vou fazer isso mais não. Você me desculpa? Pede desculpa. — Então, tá bom, mas num faz isso de novo não, tá? — Tá! Antes de você virar as costas, ele já fazendo tudo de novo!” Efigênia.

Depois de tentar e fracassar em diversas estratégias disciplinadoras, os pais relatam sensações de desânimo, fracasso e atitude de desistência, como exemplifica o diálogo seguinte, ocorrido num dos grupos focais, em que o assunto mobilizou fortemente os participantes:

Ana: — Eu ficava nervosa junto com ela, quando eu vejo já tô batendo! E bater num adianta; colocar de castigo num adianta; proibir as coisa num adianta; não ligar a televisão não adianta; falar que não vai ao shopping não adianta, falar... a coisa que ela mais adora, não adianta!!!

Carina: — É... num adianta....

Arlinda: — Acho que eles não acreditam, eles não acreditam, não é certo, não tem solução! Eles não têm limite... exatamente!

Ana: — Num tem jeito, esses menino fazem tudo a mesma coisa!

Aline: — Mas... fazer, conversar.. eu não converso mais porque não adianta [...] Num adianta nada, ele chora, chora, chora: — Oh Aline, num vô fazer isso mais não! Passa duas, três semanas ele faz a mesma coisa! Eu num agüento mais! O médico acha que eu tenho que conversar quando eu tô menos cansada, aí eu vou e converso, mas... não dá!

A expressão “nada adianta” talvez tenha sido a expressão mais repetida pelos pais e mães neste estudo.

Esse estado de fracasso na condução de seus filhos é descrito por Barkley (2002, p. 126) como “impotência aprendida”. A partir daí pode-se estabelecer um tipo de relação entre pais e filhos, em que os pais desistem de educar seus filhos, alternando entre ignorar ou punir severamente os comportamentos dos filhos de acordo com seu estado de humor. Esse tipo de oscilação pode ser observado nos relatos da mãe, que mostram atitudes contraditórias em diferentes momentos:

“Por mais que nós queira fazer o máximo pelo nosso filho, nós num vamo poder! Num adianta você sofrer tanto porque sua vida é a sua, e a dele é dele. Nós temos que ensinar o caminho que nós vamos dar, mas viver por ele nós num vamo poder! Então, eu sei disso; então, quando ele faz alguma coisa que vai me agravar muito, sabe que que eu faço? Eu vou pro

quarto!" Vilma.

"...aí quando foi um dia desses, ele fez umas coisinhas lá que eu falei assim: — Põe sua mão aqui!. O pai dele segurou, né, eu peguei o tamanco e tá! (faz o gesto como se desse um soco na mesa). — Ai, ai, mamãe! — A outra! Aí nunca mais ele fez essas coisas que eu falei! Dei três em cada uma!" Vilma.

Os pais costumam recorrer à violência depois de terem tentado, sem obter resultados, os recursos de que dispunham para controlar o comportamento dos filhos. Restaria, então, tentar vencer no embate com o comportamento opositivo de seus filhos através da demonstração de força:

"Tem hora que parece que ela tá me dominando; aí eu tenho que bater nela, pra ela ver que ela num me domina!" Ana.

As dificuldades educativas com a criança são atribuídas por alguns pais à sua própria história, incluindo dificuldades com os próprios limites:

"...no meu caso, eu tive um lar muito desestruturado, sabe, eu num tinha muito limite também! Então eu não consegui colocar um limite nela.[...] mas eu era muito assim... eu acho que isso vem de casa, de casa, de família, né? Não consegui!" Valter.

Outras vezes a dificuldade é atribuída à desinformação sobre o TDAH:

"Eu num conseguia! Definitivamente eu num conseguia nada! Então, eu tive que desenvolver isso lendo. Leno, leno, leno muito! Eu tenho uma vasta biografia lá em casa de hiperatividade e distúrbio de comportamento... tudo eu vou aprendendo! Se a pessoa me fala de um trem que aprendeu, que achou legal, então eu vou copiar, vou fazer igual... então você consegue, boba!" Carmem.

Uma das grandes preocupações relatadas pelas famílias é com a escolaridade e a profissionalização das crianças:

"A nossa dificuldade maior com a Valéria é em relação a colocar... a colocar na cabeça dela que ela precisa fazer essas coisas, que ela precisa estudar, que ela precisa, sabe, aprender, que ela precisa... porque... ela tem dificuldade na escola, nossa dificuldade maior é essa, colocar na cabeça dela isso." Ernane.

"Na aula ela tava indo muito mal, mas... meu marido tá... fazendo hora extra pra pagar uma aula particular pra ela, sabe? Então, a professora dela tava muito satisfeita que ela tá aprendendo e tudo, mas até hoje ela perdeu média em tudo" Ana.

A preocupação com a aprendizagem, que se reflete em altos níveis de estresse

para a criança e para os pais, está provavelmente calcada no significado atribuído à escola e à formação escolar em nossa cultura e no mercado de trabalho.

“Mas é porque eu cobro... igual eu falei com ele: — Eu num sei como é que vai ser, mas você pelo menos tem que ter um mínimo, uma base! Porque o mundo da nossa geração, por exemplo, cobrava-se o 2º grau. Pra frente fica muito mais difícil pra ele se ele não tiver o mínimo, se ele não tiver o 2º grau... eu não sei a que ponto, né? Mas essa cobrança que o mundo vai fazer nele que é difícil, né? E conseguir levar ele até esse ponto, estimular ele a buscar este ponto...” Vicente.

Uma das dificuldades mais marcantes na rotina das famílias, no que se relaciona à escolaridade dos filhos, é a execução do dever de casa:

“O Cézar, para fazer o para-casa, ele leva 5 horas! Assim, porque ele faz a questão, aí viaja meio na maionese, aí tudo que tá na mesa vira brinquedo, [...] então tudo ali serve... a borracha vira carrinho, o lápis vira carrinho! Se ele ficasse ligado eram 2 horas no máximo! E ele desliga, eu tenho essa sensação dele, que ele desliga, sabe?” Cibeles.

Como mostram a literatura e a prática profissional, o dever de casa é uma tarefa que traz grandes desafios para as crianças com TDAH e seus pais. A carga de atividades escolares, somada à inquietação e à oscilação da atenção da criança, tornam o cumprimento dessa obrigação um sacrifício para a criança e um tormento para a família. Além do tempo aumentado e da indisposição da criança para a realização das tarefas, em geral elas precisam de supervisão contínua para sua execução, sobrecarregando também os pais.

“Porque você tem que ter disciplina de estudar naquele horário, de fazer o para-casa, de fazer a lição, e ela não consegue fazer isso. Não consegue fazer isso! Não consegue ter uma ordenação, uma disciplina, e sentar ali e fazer o para-casa sem que alguém esteja do lado dela e ela possa pedir ajuda o tempo todo, num é? Ela não consegue desenvolver sozinha” Ernane.

“Eu ajudano ele, cê precisa de vê, parece outra pessoa! Mais se eu num ajudá ele... ele, ele parece pior de que uma criança de um ano! Sabe nada! Parece que esquece tudo!” Elena.

Os pais ainda se vêm às voltas com o comportamento de oposição, que no momento da execução do dever de casa se torna mais relevante devido à necessidade de disciplina e de seguimento de orientações pela criança. As crianças discutem e se rebelam com as orientações dos pais, deixando-os geralmente muito irritados e no mínimo indispostos a fazer a atividade com elas:

“Até ela entrar no ritmo de estudar já deu 6 horas da tarde, entendeu? Então, menina, é uma briga! Esses dias eu quebrei uma régua no braço dela! Num tem santo que agüenta não! Ela

fala assim comigo: — Cê num sabe, cê não sabe, cê num estudô! A minha professora falou que é assim, eu não vou fazer igual cê falou! A minha professora falou que é assim, é assim que eu vou fazer! É...e parece que ela, assim, gosta de me irritar! sabe?” Ana.

A maioria dos estudos encontra simultaneidade de TDAH com transtornos disruptivos do comportamento (transtorno opositivo desafiante e transtorno de conduta) que varia de 30 a 50% dos casos (ROHDE; HALPERN, 2004), o que agravará significativamente a problemática familiar.

“...tem hora que eu choro porque tá cansativo! É uma luta o tempo inteiro! Éééé uma batalha o teeempo inteiro!” Efigênia.

### A.2.2 Dificuldades de relacionamento afetivo

Os pais relatam uma série de comprometimentos e desajustes nas relações de afeto com a criança. O relacionamento afetivo aparece no discurso dos pais permeado principalmente pelos sentimentos de tristeza, raiva, preocupação, medo, vergonha, desamparo, impotência, frustração:

“Eu me sinto é... além de triste, impotente! Isso deve ser um sentimento mais ou menos geral de todo pai, né?” Ernane.

“Aí eu fico pensando: gente será que vai ser assim mesmo? Será que eu num vô nunca poder respirar?” Ana.

“... eu tinha um emprego e não pude continuar no meu emprego por causa dele” Carmem.

Pudemos observar a confusão de sentimentos e as dificuldades com as quais convivem algumas mães que participaram do estudo. A partir da fala desta mãe, por exemplo, podemos supor que estão presentes sentimentos de frustração, raiva por não receber retorno do investimento no filho, medo, rejeição, desespero:

“Eu sinto assim... muito contrariada demais porque ele não gosta de obedecer, aprender tamém ele num tá aprendeno nada! Faço tudo por ele! É... pra Deus ajudá que eu num posso comprar os remédio dele! Comé que eu vô...ficar com uma criança dessa?” Arlinda.

Outra mãe relata que o comportamento de oposição da filha dificulta sua aproximação e apoio. É provável que o comportamento da mãe seja também

gerador de dificuldades para a filha (“você me bloqueia”), potencializando a tendência opositiva:

“É muita tarefa, muita atividade e pra mim é difícil, porque ela não quer que eu a ensine. Quando tem um trabalho pra fazer, por exemplo, eu quero ajudar ela a fazer, ela não quer. Ela quer que outra pessoa vá ajudá-la, ela fala: — Eu não quero que você me ajude! Você me bloqueia, você faz isso, faz aquilo, você não faz igual a minha professora falou que tem que fazer! Ela não quer que eu ajude! E acaba que fica tudo pra última hora” Vanessa.

A rejeição pelo filho ou pela condição dele aparece nas opiniões e nas queixas dos pais a respeito das crianças.

“Eu tô muito, eu tô muito nervosa! Sabe? Nervosa demais! [...] Realmente eu não queria ter a Ana Luíza! Vou ser bem sincera! [...] eu num aceito! O quê que eu tenho que fazer pra aceitar? Qual que tem que ser a minha atitude? O quê que é, gente, aceitar?” Ana.

“O outro não era desobediente, e o outro que foi lá pra lagoa e morreu lá na lagoa! E o Valmir sempre que foi desobediente.... é... o Valmir ficou com o pai dele! Olha pra você ver! [...] Parece que Deus deixou ele mesmo para mim ter trabalho meesmo com ele! Porque com esse aí é dobrado!” Vilma.

A ambigüidade apareceu também com frequência:

“...eu tinha um emprego e não pude continuar no meu emprego por causa dele. Porque tinha que levar pro neurologista, pro psiquiatra. [...] Minha vida desestruturou porque... eu morava com o meu marido, e ele fez algumas coisa errada e foi embora. Com ele ir embora, eu tive que desfazer minha casa, ele teve que sair da escola que ele tava, então por isso que eu falei que desestruturei, entendeu? Não por causa do menino, jamais! Minha vida ele só acrescenta. Ele é tudo... é tudo que eu sonhei mais alguma coisa! Haha” Carmem.

“Eu fico com vergonha, sabe, eu vejo os coleguinha dele, tudo bunitinho perto da mãe, e ele daquele jeito! Ah... eu não aceito muito não! [...] Mas ele é uma criança boa, assim, muito carinhoso comigo, me beija demais, sabe? E, assim, fala que me ama, fala assim, eu te amo! E... e filho a gente ama mesmo, né? Carina.

De acordo com Alizadeh (2007), pais de crianças com TDAH são significativamente menos autoconfiantes, menos calorosos e menos envolvidos com suas crianças e usam significativamente mais punição corporal do que pais de crianças que não têm TDAH. Estudos sugerem fortemente que comportamentos desviantes da criança podem causar distúrbios na interação entre pais e filhos, o que não significa que seja essa a causa original dos problemas nas interações entre pais e filhos em famílias com TDAH (JOHNSTON; MASH, 2001).

### A.3 Dificuldades nas relações com a escola

#### A.3.1 Cobranças e abusos dos professores

A relação com a escola é um problema constante na vida dos pais de crianças com TDAH. No sistema educacional brasileiro encontramos vários fatores que têm implicações prejudiciais ao rendimento escolar das crianças com TDAH, entre os quais estão o estabelecimento de objetivos iguais para todos (referenciados no aluno-padrão), com desconsideração pelas diferenças individuais, o despreparo dos professores e as turmas superlotadas. Essas crianças têm, de acordo com estudos, duas a três vezes mais chances de fracasso escolar do que as outras crianças com inteligência equivalente não-portadoras do transtorno (ROHDE et al., 2003).

“...e num aprende! Parece que nada entra na cabeça dele. Ele chora pra não ir na escola; ele chora porque não quer ir na aula.... Eu faço tudo pra ele ir na aula porque não posso aceitar ele... num quer, né? Eu num posso aceitar! Mas pra ir na aula ele fica muito nervoso!” Arlinda.

“...igual, essa inclusão é muito mentirosa! Os professores vão caminhano, e aquele ali vai ficano, vai ficano, vai ficano, vai ficano, vai ficano, vai ficano, vai ficano! Igual muita gente que eu conheço! E tem muitos que não aceita, a maioria não aceita!” Carmem

As crianças com TDAH representam um grande desafio para os professores que são obrigados a lidar com os comportamentos disruptivos que dificultam muito sua tarefa de manter a ordem na turma e de promover a aprendizagem dos alunos. Elas não param sentadas em suas carteiras, conversam e distraem os colegas, lideram bagunças e não fazem suas tarefas escolares.

“Porque num adiantava, ele acabava as atividades dele, cabô! A sala num tinha sossego! Ele começava a chutar os meninos, a jogar papelzinho, a puxar cabelo de menina, a num sei o quê. Aquela confusão. E foi crescendo assim, nunca parou isso, sempre foi uma constante” Conceição.

Provavelmente por não terem informação sobre o TDAH nem orientação quanto ao manejo dos sintomas na sala de aula, os professores apresentam, muitas vezes, atitudes inadequadas, tratando esses alunos com descaso ou mesmo com punições que ferem a auto-estima da criança e dificultam ainda mais sua adaptação na escola:

“Teve consequência psicológica lá porque ele virou pra professora e falou assim: — Professora, eu não entendi a matéria. Aí a... a professora falou assim: — Ah! se ocê quiser, cê se vira! Eu fui na escola, entendeu, reclamei, e num dos livros dele, porque na escola tinha educação religiosa, tava escrito assim: O que você faz quando uma criança é injustiçada? Cala e chora” Efigênia.

“Ele fica traumatizado! Tinha uma professora lá que num gostava dele por ele ser assim agitado. Ela era muito chata. Humilhava ele, chamava ele de burro, falava que ele nunca ia passar de ano, que ele num ia aprender nada” Elena.

Nos relatos dos pais encontramos uma importante significação da escola quanto à preparação das crianças para o futuro. A não-adaptação da criança à escola ou uma *performance* escolar insatisfatória são fatores que despertam nos pais muitos temores relacionados ao futuro de seus filhos:

“Eu sempre falo isso com o Valmir: — Eu tenho que cuidar de você, você é de menor e tal, mas você também tem que andar sozinho! Então você vai ter que estudá, porque você vai ter que ganhar seu próprio dinheiro. Seu pai não vai poder te dar dinheiro depois que você ficar adulto, né? Que ele próprio já tem que fazer, que ele já tá grande, ele não é mais uma criança. Os dele só é nós!” Vilma.

O medo de não conseguir preparar os filhos para o mundo, dar-lhes as condições para que construam satisfatoriamente sua vida, se expressa na fala dos pais com frequência:

“... é isso que incomoda a gente, medo do futuro, né? [...] ... Então é isso. A gente fica com muito medo, né?... Medo... Medo!” Valter.

“Mas só que... a gente está tentando preparar um cidadão pro mundo, e eu fico assim... Até que ponto eu vou guiar... e até que ponto? Se você está tendo dificuldade, quer dizer, e o seu tá com 14, o meu tá com 11 anos! Assim, eu vou chegar num ponto... que hoje eu retenho ele, mas eu vou ter que abrir ele pro mundo! Vicente.

Apesar das propostas de inclusão social da escola, essa instituição parece significar para os pais um desafio às vezes intransponível. Não é uma escola para seus filhos. Ela exige um esforço extenuante da família e da criança para adequação às suas demandas:

“Essa inclusão é muito mentirosa. Eu sinto isso na minha pele e sei que isso num funciona! Eu num queria nunca tirar meu menino do Colégio X. Escola ótima, pertinho da minha casa, a metade do que eu pago, entendeu?” Carmem.

Alguns buscam a escola especial, mas deparam-se com o preconceito social,

outro sério problema vivido pelas famílias. Uma mãe mostra-se grata à escola especial, onde ela mesma foi alfabetizada, mas se empenha para que a filha não tenha que passar pela discriminação que ela própria sofreu por ter estudado em uma escola especial:

“...e na época num existia essas escolas NORMAIS agora que a gente possa pôr as crianças da gente... e que tem acompanhamento igual eles tão fazendo com a minha filha. Ela num precisou de ir pra uma escola especializada! Eu já tive que ir porque na minha época a minha mãe conseguia era uma escola especializada. Foi lá que eu consegui a ler, a escrever. Agradeço a minha mãe por ter me posto lá. [...] As minhas amigas... lembram ainda até hoje que estudei em escola especializada! De vez em quando faz piadinhas... mas isso aí é passado. O importante é que minha mãe me colocou lá, e eu aprendi a ler e escrever. Tô aqui na sociedade sabendo ler e escrever. Tenho ainda muita vergonha de ler... é... em público... muita mesmo! Ainda num passou esse trauma” Anete.

Um pai, que, por suas características e relatos, podemos supor ser também portador de TDAH, propôs ao grupo do qual participou uma reflexão sobre a real necessidade da escola na formação e no sucesso de seus filhos:

“... eu, por exemplo, eu não consegui estudar! Eu não falo isso pra ela, é lógico, mas eu não consigo estudar! E eu desenvolvi outras habilidades [...] eu concretizei a minha profissão, eu consegui me profissionalizar sozinho, entendeu? Então, quer dizer, puxa vida! Você acha que seu filho não consegue isso? A minha filha não pode?” Valter.

Diante das dificuldades de sua filha e do diagnóstico do TDAH, o pai revê sua própria história. Através dela, questiona o valor cultural atribuído à escola e reflete sobre o significado do “ser diferente”. Essa diferença ele conhece na própria pele:

“Ela é uma menina diferente! Ela é diferente; a gente sabe que ela é diferente agora! Agora não, a gente sempre soube!” Valter.

“Eu tava comentando aqui com o Vicente que... o quê que tem se ela tomar uma bomba?” Valter.

### A.3.2 Discriminação pela escola

Os pais relatam que, além da dificuldade de encontrar uma instituição que atenda às necessidades dos filhos, é muito difícil que as escolas recebam e mantenham o vínculo com as crianças. Ouvimos, de quase todos os participantes, relatos de passagem dos filhos por várias escolas. É provável que as transferências

constantes aconteçam pela falta de recursos pedagógicos para lidar com a criança:

“No começo ele foi para uma escola que tinha um infra-estrutura, que lá praticamente elas só tomava conta das criança. Então, a escola veio falar comigo [...] me pediram pra tirá, que num dava conta, os pais tavam reclamando; muita coisa. Aí foi estudar no colégio X, muito boa a escola, então ele ficou lá. Aí, um ano depois ela chegou à conclusão que num dava conta dele, entendeu? [...] Que eu procurasse esse X, que é uma escola inclusiva... inclusiva... e num sei o quê. Me prometeu mundos e fundos e não cumpriu!... Aí eu coloquei ele no X. Ele teve uma variação muito grande, sabe? [...]...e eu insatisfeita com a escola, cada dia mais sem limite, e eu cobrando, e essa confusão toda, e ele fazia o que ele queria, entendeu? Cada vez pior, pior! Aí mais uma vez eu mudei de escola. [...] Hoje ele tá numa escola, assim... que tem muito menino com muita necessidade, cê entendeu? Mas ele tá desenvolvendo! Ele tá desenvolvendo” Carmem.

As observações relatadas suscitam importantes reflexões a respeito dessas crianças e das formas como a família, a escola, enfim, a sociedade se relacionam com elas. Em seu livro sobre bioética, *Tyranny of the Normal*, Leslie Fiedler (1996) aponta os perigos de se tratar o diferente como anormal, criando-se vergonha e auto-ódio naqueles que estão fora da norma.

Além das atividades levadas para fazer em casa, que geram todas as dificuldades mencionadas, os professores são citados pelos pais como fonte de muitos problemas para eles e para suas crianças. São muito citadas as constantes solicitações de comparecimento dos pais à escola, com queixas a respeito do comportamento e do desempenho de seus filhos. Os pais, já desgastados, têm reações diferentes diante destas solicitações: comparecer e tentar, mais uma vez, responder à demanda da escola, recorrendo aos recursos já em vão utilizados; buscar ajuda profissional; não responder mais aos chamados da escola. As solicitações de comparecimento são percebidos pelos pais como imposição e cobrança, e não como diálogo e tentativa de apoio mútuo escola-família:

“A gente... acaba pecando, né? A gente põe ele pra estudar de manhã, você vê que não está rendendo, aí põe uma hora, depois passa para 2 horas, aí corta, às vezes, um brinquedo, aí começa... igual a professora falou comigo lá:- parece que você é preguiçoso! Mas chega num ponto que eu vou cortar o quê mais do meu filho? Eu vou punir mais ele?... (todos falam)...mas é o que passa pra quem não entende a coisa...”Vicente

“Estudo ele num tá interessano, num tá quereno saber de estudá não! E isso é ruim demais, porque as professora me chama, fala, fala...” Carina.

Rohde et al. (2003) afirmam que o despreparo dos professores para lidar com o

TDHA pode levá-los a assumir posturas de cobrança e rivalidade com os pais e os alunos. Alguns relatos expõem a preocupação dos pais com as atitudes de professores:

“Menino assim tem que ter mais paciência com eles, né? Explicar! Já chega gritano, chamano de burro direto, igualzinho essa professora: chamava os menino de burro direto e num explicava nada! — Aah, num vou te explicar não porque ocê é muito bobo, muito burro e não aprende nada! É muito mole pra copiar! Num tinha paciência, apagava o quadro! Elena.

“Eu fico muito preocupada por causa da professora. A professora, assim, parece que tem um gênio forte igual o dele! Ela é muito agitada, ela... outro dia eu fui lá buscar ele, que ele tava passando mal, que ele tava sentindo tontera. Ela xinga as criança na aula alto demais! Aquela brutalidade, sabe? E... aí eu fico preocupada demais! Carina.

Uma das falas sugere que o despreparo dos educadores pode ter consequências que vão além da sala de aula, levando-os a dar aos pais orientações baseadas não no conhecimento sobre a síndrome, mas em suas próprias crenças:

“...foi estudar no colégio X. Aí ela falou assim: — Não, este menino tá sem limite, a gente tem que pôr limite nele, entendeu, dá uns tapa nele! Até então eu nunca tinha dado uns tapa! Aí realmente eu dei uns tapa, entendeu?” Carmem.

É provável que, assim como os pais, os professores se sintam impotentes e divididos no manejo e na relação com a criança portadora de TDHA. Enquanto alguns adotam comportamentos hostis ou negligentes, outros buscam soluções inusitadas, mas nem sempre viáveis em todos os contextos escolares:

“Então eu me lembro que uma professora de Educação Física falou comigo: — Conceição, eu consigo passar a atividade pra turma toda botando o Célio nas minhas costas e brincando com ele. Aí ele vai brincando ali comigo e tal, e eu consigo passar tudo” Conceição.

## ***B. IMPACTO DO TDAH SOBRE A FAMÍLIA E SOBRE AS RELAÇÕES FAMILIARES***

### **B.1 Relações intrafamiliares**

O convívio familiar é intensamente afetado pelos sintomas do TDAH. De acordo com as pesquisas de Barkley (2002) as interações entre os membros dessas famílias são mais estressantes e mais negativas do que as interações típicas em outras famílias. As crianças manifestam comportamentos mais disruptivos, gritam e se comportam de maneira instável e inapropriada, cansando e exasperando toda a família.

Brigas entre casal, entre pais e filhos, e entre irmãos, agravadas por gritos e tapas; tentativas de administração dos conflitos à distância pelo pai ou pela mãe que está fora de casa; problemas com parentes; dificuldades de administração do tempo ocasionando atrasos e complicações na vida prática da família; desorganização em excesso; frustração, desgaste e acusações mútuas; comparações com os irmãos agravando os comportamentos desadaptativos das crianças; ciúmes e inveja dos irmãos por causa da maior atenção dos pais dispensada ao filho com TDAH foram situações relatadas pelos participantes. As tentativas não-orientadas de resolução desses problemas costumam gerar condutas, não só ineficazes, mas também prejudiciais ao desenvolvimento da criança, ao convívio familiar e à saúde dos membros da família.

Os problemas conjugais são muito freqüentes em pais de crianças com TDAH. As crianças geralmente dormem pouco, não costumam ser convidadas a brincar com outras crianças, precisam de vigilância constante. Os pais ficam mais cansados e têm menos tempo para si mesmos e os níveis de insatisfação e de problemas emocionais são maiores (HARPIN, 2005). A probabilidade de separação do casal é três vezes maior nessas famílias do que em famílias sem a presença de TDAH (BARKLEY, 2002).

O diálogo a seguir, ocorrido entre marido e mulher dentro de um grupo focal, exemplifica como o estresse latente pode emergir em forma de conflito entre o casal em qualquer situação da rotina da família.

Valter: — Ela não foi na aula de violão?

Vanessa: — Ela foi, mas ela foi só pegar o violão porque a aula já tinha acabado. Mas ela saiu uma arara!...

Valter: — Nós temos esse problema também! Que você é muito... é... é... voada! Por exemplo, essa aula de violão eu faço questão que ela vá! E você...

Vanessa: — Mas, que voada, Valter? A menina num deixou ela ir sozinha!

Valter (dirigindo-se à pesquisadora): — Eu estava, todos os dias, levando ela na hora certa, deixando ela na porta e arrumando e levando... E agora a primeira vez que ela vai levar foi essa! Então, quer dizer, a menina perde muito o foco da coisa, e é por isso às vezes! A gente deixa muito coisa...

Vanessa: — Você não falou que ela podia ir sozinha?

Valter:— [...] você falou comigo que ela tinha ido na aula de violão!

Pode-se observar nesse diálogo alguns indícios de que a explicitação do conflito foi atenuada, provavelmente devido à situação de estar em um grupo com pessoas desconhecidas e pela presença do pesquisador e psicólogo. As frases deixadas pelo meio, a hesitação e o aparente cuidado em escolher as palavras (“Você é muito é... é... voada!”) podem nos sugerir que em um outro contexto as palavras teriam sido mais duras, e o conflito, mais acirrado.

Os conflitos que nos foram relatados giraram em torno destas questões:

- **Discordância quanto às atitudes educativas**

“E... eu ia corrigir a menina, já grandinha, ele num deixava. Eu ia bater, ele não deixava. Então, ela foi muito paparicada, sabe? Com isso, ela num teve limite, ela... não sei pôr limite nela mais! Não dô conta, entendeu? Isso te deixa muito incapacitada, sabe? Me dá uma sensação assim de impotência, cê entendeu?” Ana.

“A questão do limite, a minha esposa principalmente, não consegue impor.” Vicente.

“Mas é difícil ele me escutá, boba! [referindo-se ao marido]. Por isso eu vou ficando nervosa também, eu xingo ele, e a gente começa a discuti, aí depois eu penso: num posso discuti perto dele, né? Num é bom! Aí eu paro. Depois, que ele num tá perto, eu chego e falo com ele [referindo-se ao marido]: — Oh, cê fez isso e isso errado. Cê reparou? O menino tá...cê tá ajudando ele, cê tem que ter paciência! Porque eu tenho. Por que é que cê num pode ter? Né? Mas homem é difícil! Elena.

Algumas reclamações se referem à incapacidade dos cônjuges de sustentar sua palavra ou um castigo infringido, o que incentiva a desobediência já tão típica dessas crianças.

Ela põe o limite, às vezes ela promete castigo, às vezes ela não consegue manter ele, e joga pra cima de mim! Vicente

- **Sobrecarga de um dos pais**

“Tive quase que meu casamento também ino embora. Meu marido já num tinha mais, ele num... num me ajudava, mas num aceitava, né? Então é difícil!” Elena.

“Meu marido também é nervoso, num tem paciência, e ele num me ajuda assim... só que tem a desculpa que homem trabalha, num tem como ajudar a gente! É eu que fico, desde pequenininho, com ele nos braço, sempre sozinha, pra lá e pra cá! Direto!” Elena.

- **Acusações mútuas de responsabilidade pelo comportamento inadequado do filho**

“Ele tá rebelde demais por causa do pai dele! O pai dele tira a minha autoridade. Eu falo uma coisa, e ele vai e deixa!” Elena.

De acordo com Barkley (2002), as crianças com TDAH são menos submissas e menos capazes de persistir nas tarefas; suas mães dão mais ordens e são menos responsivas às interações de seu filho. As mães, nas famílias entrevistadas, são especialmente responsáveis pela supervisão dos filhos em sua rotina diária. Sentem-se sobrecarregadas com as incumbências relativas ao filho e à superação de suas limitações. O dever de casa é uma tarefa que ocupa muito tempo e causa um profundo desgaste na relação mãe-filho. As convocações para reuniões na escola, as visitas ao médico e a outros profissionais, assim como a administração de conflitos e o controle do comportamento do filho em relação aos irmãos e outras pessoas no convívio em casa ou fora de casa, costumam ser tarefas atribuídos a elas.

Há uma tendência dessas crianças a ser menos negativas com seus pais, o que pode ser atribuído ao menor convívio diário, e ao fato de os pais darem geralmente respostas mais imediatas aos comportamentos indesejáveis dos filhos ou mesmo ao tamanho físico. Isso pode levar os pais a considerar a mãe responsável pelo comportamento do filho e, conseqüentemente, causar problemas no relacionamento do casal (BARKLEY, 2002):

“...dos maiores problemas que enfrento com ela, é o relacionamento dela com a mãe dela.

Elas têm muita dificuldade! Esse relacionamento, ele faz outras coisas acontecerem, né? Em função disso elas... é... ela não consegue, por exemplo, acompanhar bem o...o desenvolvimento escolar da criança, tá? Conseqüentemente, o rendimento dela na escola é... é ruim, eu acho que isso é uma conseqüência, né?” Ernane.

“Eu falo com ela:- você não promete aquilo que você não vai ter como cumprir! E ela não consegue segurar aquilo que ela promete até hoje! E ela passa uma falta de limite pra ele também. Não querendo... era até bom se ela estivesse aqui, mas é porque... eu falo com ela... Não é querendo colocar a culpa, mas é porque está na mão dela e é difícil... Eu sei que a carga é difícil, três crianças é difícil!” Vicente

Um dos pais relatou sentir-se perdido em função de ser demandado intensamente pela família para intervenção nos conflitos da mãe com a filha:

“... hoje, por exemplo, me ligou [no trabalho] porque a mãe dela tava enchendo o saco dela, né? [ri]. Então... eu não posso ficar... à distância administrando esse conflito, né? Eu não consigo fazer isso!” Ernane.

As queixas das mães com relação aos maridos referem-se à falta de cooperação ou a atitudes inadequadas deles para com os filhos. Algumas mães se queixam de que, além de não ajudar, o companheiro atrapalha.

“Eu já falei com ele: — Se cê num quiser me ajudar, num me atrapalha, né, porque eu sou sozinha pra dá conta! Cuidá dele, levá pra médico... chega na hora assim, cê vai e atrapalha eu a dá disciplina pro menino! Ele tá rebelde demais por causa do pai dele! O pai dele, além de num me ajudá tem essa mania de estragá!” Elena.

Muitas se queixam das atitudes hostis do parceiro para com o filho e relatam conflitos do casal por este motivo. Estas mães falam da necessidade de sua interferência para conter as atitudes inadequadas dos pais para com os filhos:

“Às vezes em num güento também, igual ela falô que o marido... coisa! A gente tem que entrar no meio e... óh pô! Num é assim, não! Calma! Ele tamém tem que pôr a inteligência! Mas pra isso, de vez em quando... sai fora do ritmo!” Anete.

Além da vivência das questões inerentes à relação com a criança, podemos aventar a possibilidade de que outros fatores agravem o relacionamento do casal. Como o TDAH é uma condição neurobiológica transmitida geneticamente, em muitos casos podemos suspeitar da presença de TDAH nesses pais. Os sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade em adultos se mantêm na vida adulta em graus variados e se expressam nas atividades próprias desta faixa etária (MATTOS, 2006).

Os comportamentos indicativos de TDAH que pudemos observar nos pais

participantes do estudo e seus cônjuges foram:

A impulsividade, expressa em atitudes ou em verbalizações impensadas e sem avaliação de conseqüências, ou em explosões emocionais com os familiares:

“O meu marido é uma pessoa difícil. Ele é uma pessoa ótima, mas tem hora que ele estoura; num tem jeito! Nesse ponto ele é estourado demais!” Elena.

“Quando ele tá nessa agitação que ele tá, eu não gosto que grita, que ele sabe que eu tô cansada demais, e ele só sabe gritar, gritar, gritar! É um trovão mesmo! E num adianta nada!” Carina.

“Não aconteceu nada, mas foi um aniversário dela que estava cheio de criança lá em casa, e eu resolvi fazer pastel frito e tinha “fumado um”. E o Paulo, mas me encheu tanto o saco, mas TANTO o saco, mas TANTO O MEU SACO!!! Não queimei ninguém, não me queimei, não aconteceu nada... mas ele encheu tanto o meu saco que eu falei assim: — Nossa Senhora! Larga pra lá, não vou fumar com esse homem aqui dentro de casa não! Fumava quando ele não estava...” Eneida..

A desatenção foi observada em ações ou omissões, que podem implicar conflitos, situações de risco ou sentimentos de desalento para a família:

“Ele me..., me diminuía literalmente: — Uai! Não é possível um cidadão não lembrar disso assim, assim! Não é possível que você abre uma porta e não fecha essa porta! Não é possível que você tira esse trem do lugar e que não guarda! Não é possível que você sai de casa pra uma festa e deixa a casa uma zona! Num tem condição! Sabe?” Eneida.

“Teve uma vez que ele me levou no posto de saúde com meu menino de dois meses, me deixou lá e saiu: — Depois eu te busco, que eu vou resolver uns negócios, tá? — Tá. E saiu. Aí chegou lá na minha mãe: — Oh Dona Maria, cadê a Efigênia? — Uai! hahaha cê tinha levado ela no posto pra consultar o André! — Oh, é mesmo! Ele me esqueceu no posto! Entendeu? Então, assim... pra mim, hoje em dia, eu já superei algumas coisas, porque...é como se diz, foi a escola de vida!” Efigênia.

Alguns pais, em sua dificuldade de lidar com seus próprios limites, se vêem em situação ainda mais desafiadora, quando são responsáveis por dar limites a outrem, como na fala dessa mãe se referindo à filha:

“...com os limites mais delimitados, eu não tenho precisado mais colocar limite. Agora ela resolveu fazer as coisas sem eu pedir, sem eu falar, sem eu mandar. Então, ela me facilitou, eu facilitei pra ela, e agora ela está facilitando para mim, porque realmente limite nunca foi, nunca foi uma coisa fácil pra mim, né?” Eneida

Identificamos, nos relatos dos pais, situações de insatisfação gerada nos irmãos pela atenção e pelo tempo dispensados pelos pais ao filho que tem o transtorno.

Observamos também as comparações feitas pelos pais, que acirram a hostilidade entre irmãos e minam a auto-estima da criança com TDAH.

“Eu tenho uma filha de 15 anos e outra de 10, todas as duas super-responsáveis. E aí eu falo com essa de 15 anos assim: — Luiza, cê tem que sentar com Cézar, ajudar o Cézar! — Por que que tenho que ajudar o Cézar, mãe? Por que que tem que ficar alguém do lado do Cézar? O para-casa é dele! Quem criou esse hábito? Foi você que criou! Porque eu acho que eu lembro que eu com 7, 6 anos, eu já pegava meu para-casa e fazia! Era com empregada! — E a minha de dez anos quer que eu sento com ela para fazer o para-casa, ela quer também: — Mãe, esse é o meu para-casa! — Sabe como? — Por que você sentou com Cezar, não sentou comigo? Por quê que você não fez comigo, fez com ele? Gera... tem essa dificuldade!” Cibele.

“A gente compara as questões de organização, a gente compara é assim, a gente fala: — Oh Valéria, porque que você não guarda suas coisas igual a Amanda? Olha pra você ver a Amanda, olha lá no quarto da Amanda pra você ver como é que está?” Vanessa

Nos relacionamentos entre irmãos, Kendall (1999) identificou que estes reagem de três maneiras principais: (a) sentem-se vitimizados pelos comportamentos agressivos dos irmãos; (b) relatam que os pais esperam que eles cuidem e protejam seus irmãos; (c) reagem com sentimentos de ansiedade, preocupação e tristeza. Além disso, a atenção e o tempo dispensados àquele que tem o transtorno pode causar inveja e ciúmes nos irmãos (BARKLEY, 2002).

## **B.2 Sobre as relações sociais da família**

As famílias experimentam freqüentemente o isolamento social e a falta de apoio das respectivas famílias de origem. Com freqüência relatam que os contatos com os familiares são “pouco úteis, aversivos e desagradáveis” (BARKLEY, 2002, p. 127). Devido às constantes dificuldades em conter o comportamento inadequado do filho em situações sociais, uma solução que nos foi usualmente relatada pelas mães é não mais sair de casa com seus filhos: “prendê-los em casa” até que eles saibam se comportar. Além de se sentir envergonhadas pelo comportamento deles, querem proteger seus filhos da discriminação, expressa no tratamento que eles recebem no convívio com parentes e amigos, diferente daquele dado a outras crianças. Param, então, de freqüentar as casas das pessoas conhecidas e evitam os locais onde os filhos possam lhes causar constrangimentos:

“... eu tô longe, muito, de família; família num aceita. Eu num tô ino na casa de irmão, num tô ino em lugar nenhum! Por causa que esse pessoal é... ah!... fala mal do menino! Fecha as porta dos quarto, num deixa ele entrar... parece até que eles têm aquela marcação com o menino, sabe? E, na escola, dá impressão que tudo é ele que faz! [...] Mas graças a Deus, o meu, agora eu tô conseguino prendê ele. Ele fica só dentro de casa! [ri]. Tenho medo dele crescê mais um poquim desse jeito, agitado, muito agitado!” Carina.

“Domingo ficam o dia inteiro comigo. Mas eu... sair com eles pra passear... Aí eu não quero passar raiva! Os outros não sabem lidar; falam que ele estraga as coisas; escondem as coisas deles! Dele principalmente! Aí, isola! Isso me machuca demais, então eu fico dentro de casa com eles! Fico dentro de casa!” Aline.

Há mães que param de trabalhar e se sentem socialmente limitadas pelos impedimentos impostos pela condição do filho:

“Eu num trabalho, eu num saio e, se eu saio, ele dá pobrema em todos lugar!” Carina.

Os pais percebem as crianças como carentes, como dependentes. É possível que isso seja parcialmente decorrente da não-aceitação e da dificuldade no convívio social, que poderia levá-las a ter comportamentos ainda mais exuberantes na busca de chamar atenção dos pais e se fazer vistas pelos outros, o que as coloca ainda mais evidenciadas em sua disfuncionalidade em vez de reconhecidas e amadas, como podemos imaginar que elas gostariam:

“Ela procura atenção da mãe o tempo inteiro! Ela quer ficar com a mãe, ela quer sair com a mãe e tal, mas... é... existe essa dificuldade... mas é porque... ela quer o tempo inteiro ficar perto da pessoa, ela fica agarrada, né? Ela é carente!” Ernane

Essa condição de exclusão, que se reflete na qualidade da interação entre as pessoas dentro e fora da família, acaba por gerar nos pais sentimentos de solidão, de rejeição, de revolta pelo desamparo em que são deixados pelos próprios familiares.

“Olha, eu sinto um sentimento de revolta. Porque ninguém entende! Ninguém entende! A escola não entende, a família não entende, por mais que saibam, que vê como é que é!” Aline.

Embora os pais vejam a criança como problema, pois as julgam com as próprias referências de normalidade e preconceitos apreendidos social e culturalmente, eles relatam se esforçar para que eles mesmos e os demais vejam a criança como normal, como igual às outras crianças:

“Uma coisa que eu e o Valter, nós tem feito... é conversar com as pessoas que rodeiam a Valéria, para as pessoas saberem que ela não é... para não tratarem ela de forma diferente, né? A gente conversa, fala: — Ela é diferente, mas eu não quero que vocês tratem ela diferente! Quero que tratem ela normal! Né? Os parentes, tudo, eu tenho falado!” Vanessa.

“...porque o Dr. X falou: — Conta pra escola! Conta que deu esse discreto déficit de atenção. Eu falei assim: — Não, porque senão ele fica taxado!” Cibele.

“Aaah, eu já num falo com ele o que que ele tem não! Eu trato ele normal! Eu quero que ele se sente normal igual às outras crianças! Né?” Carina.

A questão do normal, do anormal e do diferente aparece aqui novamente como um problema. Ser normal ou ser igual é um ideal, é uma condição para a aceitação social, para o pertencimento. Aceitar os filhos com a diferença que trazem é um dilema de difícil resolução para essas famílias, que têm de conviver com as constantes represálias provenientes do lado de fora da porta de casa. A solução encontrada por muitos pais é tentar esconder a diferença através seja do isolamento, seja de estratégias de proteção. A relação estabelecida com o medicamento é um exemplo: o senso comum, inclusive os próprios pais e as crianças, o associam de forma preconceituosa a idéias de loucura e problemas mentais, o que resulta em discriminação, levando algumas mães a instruir seus filhos para que façam segredo sobre o remédio e até reforçam o preconceito, reafirmando que não devem precisar do remédio, mas se esforçar para viver sem ele.

“Aí ela mesmo contô pra amiga, aí a amiguinha começou... na brincadeira e tudo: — A Alice toma remédio pra doido! Ela toma remédio pra cabeça, ela não é bem da cabeça não! Aí, minha filha, meu marido ficou nervoso! E queria pegá a menina, xingar a menina! Aí nisso eu falei: — Calma, num é assim não, nós vão resolver isso! Aí eu chamei a menina, conversei, sentei com ela lá e... e falei tudo direitinho pra ela. Disse que ela tomô os remédio mas foi só por uns tempo que ela tomô, isso e aquilo, conversei direitim com ela, isso e aquilo, a amiguinha esqueceu que ela toma os remédio e não teve mais pobrema nenhum, entendeu? Aí agora ela continua tomando o remédio, mas agora ela conscientizou que os outro não precisa ficar sabeno! Aí agora tá tudo em paz!” Anete.

“Eu sento perto dele e falo: — Oh André, não é assim! Cê num pode ficar agino assim! Cê tem pobrema? Mas cê num vai ficar dependeno de remédio pro resto da sua vida! Eu não quero que você fique tomando remédio controlado pro resto da sua vida! Cê tem que tentar controlar sem remédio!” Aline.

Todas essas condições de exclusão social da família, de discriminação da criança, a necessidade de proteger constantemente os filhos das pessoas de fora e,

muitas vezes, até mesmo de dentro da própria família, são fatores geradores de estresse, podendo contribuir substancialmente para os altos níveis de adoecimento dos membros das famílias de indivíduos com TDAH (Harpin, 2005).

### B.3 Sobre a saúde emocional dos pais/cuidadores

Outro impacto do problema para a família é o alto grau de estresse vivenciado e aparente nos diálogos e nos relatos dos pais. A tensão presente nas relações é constante e ocasiona conflitos internos e conflitos interpessoais:

“...depois veio os exame, as consulta, e ele sempre já era nervoso, num tem...ele é agitado, nervoso, assim, medroso, ansioso, inseguro, sabe, tudo ele é! E isso afeta a gente, também, né? Porque eu fico esgotada, preocupada, eu sou uma pessoa preocupada!” Elena.

O impacto na saúde psíquica e emocional dos pais, proveniente do estresse vivido na relação com os filhos, foi freqüente e veementemente expresso nas falas das mães que participaram do estudo:

“Eu num güento mais, sabe? Eu tô assim, à flor da pele, eu tô nervosa demais com ela, porque tudo é ela, tudo, é... tudo é briga, sabe, tudo ela chora, tudo ela fica irritada, então, assim, tá muito cansativo, sabe?” Ana.

Na tentativa de expressar o desgaste que tem vivido, esta mãe reitera em várias expressões os seus sentimentos de desespero:

“...tô péssima [...] num agüento mais! [...] tô nervosa demais! [...] ela me irrita demais! [...] “tô à flor da pele [...] já começa o dia assim, é um estresse! [...] trabalho mal o dia inteiro! [...] ô custo! [...] tá cansativo demais! [...] aaaii eu num dô conta não!” Ana.

Altos índices de problemas de saúde mental decorrentes do estresse são encontrados na família dos pacientes, e o risco, especialmente para depressão e problemas com álcool, está aumentado entre os familiares (HARPIN, 2005). Neste estudo, alguns pais se percebem assim:

“Eu falava assim: eu não dou conta de estudar, eu não dou conta de ser uma boa dona de casa, minha vida como mãe tem sido um inferno, como mulher outro inferno! [...] Eu percebo que eu sou muito fraca pra bebida, ela me altera muito rapidamente, muito facilmente, e outra: que eu começo a beber muito rápido, geralmente isso acontece só em festas, e eu não consigo parar” Eneida.

As mães, especialmente, apresentam níveis altos de depressão, autocensura e

isolamento social, baixa auto-estima e falta de prazer no relacionamento com os filhos e esses quadros são tanto mais severos quanto mais graves são os comportamentos disruptivos dos filhos (BARKLEY, 2002). Os preditores mais significativos do grau de estresse dos pais são a gravidade do TDAH, a presença e o grau de sintomas dos transtornos desafiador de oposição e de conduta, psicopatologia materna e problema de saúde física na criança e/ou na mãe (ROHDE *et al.*, 2003).

“Nosssa! isso tá me deixano chateada demais! Tanto que tá agindo até comigo! Eu tô ficando muito nervosa com ele! Às vezes bato, às vezes dou má resposta, mas... sabe, num tá na gente, porque a gente já tá agitada demais e... isso tá mexendo comigo! [...] mas isso tá me deixando muito cansada porque eu, eu, eu tenho que chamá a atenção dele o tempo todo! Entendeu, em tudo, tudo, tudo... Ele fala muito alto também! A impressão é que ele tá com problema de ouvido, que ele grita, ele grita muito! E todo mundo fica irritado!” Carina.

“Lá em casa tem toalha, tudo quanto é porta tem toalha! Por causa dos vizinhos porque... ele soca a porta, entendeu? Então tudo tem uma toalha. Cê chega lá em casa e fala: nossa, que casa louca!” Carmem.

A necessidade de apoio e tratamento para si mesmos foi expressa algumas vezes, como nas falas seguintes e no diálogo:

“...eu acho que ia ser até legal, né? Os pais aqui e as crianças lá!” Carmem.

“...eu tô precisando DEMAIS!” Celina.

“...na realidade eu tomo remédio, porque eu tenho controle com neurologista, cê entendeu? Talvez... deve ser por isso que ocê tá me achando calma...” (risos) Carmem.

Carina: — Às vezes... cê...cê já fez tratamento de... depressão, alguma coisa ?

Ana: — Eu?

Carina: — É.

Ana: — É... Dr. X já...

Carina: — Tomar antidepressivo ajudava você a ficar mais calma.

Ana: — É... eu tava tomando Ritalina, mas agora acabou a receita, Dr X num quis mais receitá!

Carina: — Eu já tomei fluoxetina.

Ana: — Ritalina não, é... fluoxetina. Hahahaha.

Além de comprometer a saúde mental dos pais, o desgaste gerado pela

somatória entre os conflitos familiares, a redução no convívio social e o incremento da carga de trabalho, pode comprometer seriamente o compromisso destes com a paternidade (HARPIN, 2005), como podemos observar:

“...é o dia inteiro me atazanano! sabe?” Ana.

“Desde que ela nasceu que ela me dá... problema! Prazer e alegria nunca tive com ela não!” Ana.

“Nós temos muito medo! A gente está amadurecendo nessa área, a gente já foi muito taxativo! Já pegamos pesado com ela demais, sabe?” Valter.

De forma recursiva o desgaste e sofrimento dos pais pode gerar acentuação dos sintomas e sofrimento da criança. As pesquisas de Bakley (2002) sugerem que os transtornos psiquiátricos dos pais e da família podem gerar comportamentos agressivos e anti-sociais quando uma criança com TDAH testemunha tais alterações nos pais. Esta mãe relata a reação de sua filha às próprias atitudes hostis para com ela:

“Ela passou a ser uma pessoa hostil comigo também. Muito hostil. Hostil, gritava também comigo e... não acatava, assim, desobediência! A relação era de desobediência” Eneida.

Assim, os sentimentos e os comportamentos negativos dos pais em relação às crianças provoca nos filhos reações emocionais e comportamentais disfuncionais que, por sua vez, acirram o conflito, em um processo de retroalimentação e crescente agravamento dos sintomas do TDAH da criança.

A literatura aponta que, especialmente nas famílias de crianças que apresentam co-morbidade com transtorno opositivo desafiador e transtorno de conduta, encontram-se altos níveis de funcionamento familiar patológico, o que torna recomendável incluir ao tratamento das crianças o tratamento dos pais, com intervenções que visem o desenvolvimento de habilidades parentais (KILIC; SENER, 2005). O trabalho voltado para essas crianças e seus cuidadores tem se mostrado efetivo, melhorando a interação criança-pais e reduzindo o estresse parental (BARKLEY, 2002).

### **C. DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS CRIANÇAS COM TDAH**

Às pessoas que têm TDAH faltam habilidades muito importantes para viver no mundo contemporâneo. As funções executivas, comprometidas no transtorno, “compreendem uma classe de atividades altamente sofisticadas, que capacitam o indivíduo ao desempenho de ações voluntárias, independentes, autônomas, auto-organizadas e orientadas para metas específicas” (ROHDE et al. 2003, p. 65). Essas são capacidades fundamentais para lidar com um grande número de informações e atividades que atualmente as pessoas devem desempenhar dentro de um tempo cada vez mais limitado. A sua ausência é um dos determinantes para o desenvolvimento dos problemas e das dificuldades que as crianças com TDAH vivem no dia-a-dia.

Temos aqui a perspectiva dos pais sobre quais são os problemas vivenciados por seus filhos e algumas inferências que fazemos com base em seus relatos. Entendemos que as principais dificuldades são a escolarização e os relacionamentos interpessoais de toda natureza.

#### **C.1 Dificuldades relativas à escola e à aprendizagem**

##### **C.1.1 Recriminação social e familiar da criança pelo fracasso**

Embora as dificuldades de aprendizagem sejam marcantes no TDAH, parece que, de acordo com seus pais e diferentemente deles, os incômodos das crianças e dos adolescentes em relação à escola têm menos relação com o rendimento escolar do que com as relações estabelecidas na escola. Alguns pais relatam que as crianças não se interessam pela escola e não dão importância aos resultados obtidos, que parecem mais importantes para os pais do que para as crianças. Mas perder média, tirar notas baixas ou perder o ano passam a ser problema para elas quando dependem desses resultados para ter aprovação social e familiar.

“Então, pra ela, tirar uma nota boa significa que ela cumpriu nossa expectativa: minha, né, e da mãe dela. Dela própria também, né, mas se tirar nota ruim ela também não fica muito preocupada! [...] Aí o dia que ela tira nota boa, ela: — Trouxe uma novidade pra mostrar! Aí quer que abraça e parabéns e tal, né? Ela quer o parabéns de tirar nota boa, mas...ha-ha a punição de tirar nota ruim... he-he-he aí não é com ela!” Ernane.

“...mas, igual, agora a gente recebeu as notas dele do semestre, e aí vai a cobrança, e envolve às vezes um avô, um tio... e a professora falou que ele tá muito acuado na sala, muito quieto... de repente é a cobrança que está prejudicando ele também!” Vicente

Como não existe uma razão visível para as dificuldades da criança, e muitos pais observam que seus filhos são inteligentes, é comum atribuírem à preguiça o desinteresse pela escola. Ressentem-se porque seus filhos são inteligentes, mas não “usam sua inteligência na escola”, e isso é motivo de embates diários que certamente trazem um grande estresse a eles.

“Ele só é lento pra... copiar, muito mole, pra aprender. Ele aprende, acho que tem preguiça também, mas ele é inteligente, eu sei que ele é inteligente, sabe?” Elena.

Outros pais, entretanto, relatam que o fato de não conseguir aprender pode ser uma fonte de sofrimento para a criança:

“O Antônio tem vontade de aprendê a ler, ele fala: — Agora eu vô aprendê! Mas ele num conhece nada... tem vez que ele chora pra num ir na aula!... Ele sofre, ele sofre! Fala que os colega já sabe lê, que ele quer lê, mas num tem jeito! Escreve faltano letra, fica tudo incompleto, os para casa dele não tem nem jeito de estudá, é tudo incompleto, faltano letra as palavra, é difícil!” Arlinda.

A desatenção e a inquietação são impedimentos importantes para a aprendizagem e para que as tarefas de casa sejam feitas a contento, pois as crianças não conseguem se concentrar nas atividades e desviam a atenção para qualquer estímulo, especialmente as brincadeiras.

“Ele não gosta de ler, então ele vai ler um texto, passa um texto pra ele, ele lê pra mim o texto, mas, assim... sabe uma coisa assim, imposta, forçada? — Infelizmente você não quer, mas tem que ler! Aí ele pega e lê e tal... naquela dificuldade toda, apressado para terminar pra já sair pra brincar de novo” Vicente.

“A gente corrige com ela a prova e tal, aí ela vê que podia ter acertado, você vê que é falta de atenção mesmo! Falta de cuidado de ler a questão, de entender melhor!” Ernane.

Esse costuma ser um momento de tensão entre pais e filhos, e os pais relatam que comumente se transformam em brigas que envolvem gritos, ameaças, xingamentos e punições de toda natureza. Observamos que muitas dessas interações contêm falas ou atitudes dos pais que comportam, implícita ou explicitamente, críticas, desqualificações e humilhações:

“Igual um dia ele falou comigo: — Ah! mas ninguém acha que eu sei nada! Porque a maneira que a gente fala, que eu falo assim: — Num é possível, Cézar, que cê num sabe isso! Cê acabô de fazer isso aqui agora e num lembra? Ah! O que que eu faço? Aaaahh. Aí, daí a pouco ele vira vítima! hehe! Hum”! Cibeles.

“Aí eu falo: — Vou te levar em um psiquiatra para tirar um raio X da cabeça porque eu não sei se o cérebro tá dentro!” Celina.

A dificuldade com a leitura foi trazida freqüentemente pelos pais como um problema para seus filhos:

“Português, Biologia, tudo que tinha que ler, ele não conseguia. E eu tentando entender por quê. Por quê? Porque ele lia e não conseguia fixar num ponto. Não por falta de inteligência, mas porque ele prestava pouca atenção naquilo que ele tava lendo” Conceição.

“Ele tem dificuldade de entender, tem hora, o quê que tá falando no papel, ele ah... num presta atenção! Não tem paciência de ler!” Efigênia.

Convém lembrar que as crianças com TDAH nem sempre têm problemas na aprendizagem. As dificuldades quanto à atenção podem ser compensadas quando se utiliza adequadamente o bom potencial intelectual, pelo interesse pelo conhecimento e por condições didáticas adequadas (ROHDE et al., 2003). Algumas das crianças aqui citadas tiveram um rendimento razoável na escola, enquanto outras não chegaram à alfabetização:

“Ele é nervoso demais! Agitado. Na escola, diz que ele não senta, não fica quieto, não pára de falar, não deixa os menino estudar...e engraçado que ele não tomou bomba até hoje! Sabe, ele já quase tomou bomba mas não chegou a tomá. Ele é inteligente, ele não demonstra a inteligência dele” Elena.

### C.1.2 Rejeição pelos colegas

As crianças com fracasso escolar repetido enfrentam também dificuldades em freqüentar a escola em turmas com alunos mais novos, o que as deixa envergonhadas e desconfortáveis em vários aspectos:

“Porque a gente propôs pra Valéria ela voltar pra 5ª série. Aí num teve como porque ela não aceitou de jeito nenhum, porque diz ela que os meninos iam ficar zoando. — Ah, os meninos vão ficar me zoando que eu vou voltar pra 5ª série! Porque com aqueles menininho pequenininho, eu não vou querer!” Vanessa.

“Às vezes ele fica constrangido porque tomou bomba na 5ª série ano passado, esse ano tem crianças bem menores na sala dele. Ele já é grande, né? [...] Aí na Educação Física ele não gosta de ir de camiseta porque ele já em pêlos debaixo do braço, e as outras crianças não. Né?” Efigênia.

A rejeição vinda dos colegas provavelmente tem um forte impacto na auto-estima das crianças portadoras de TDAH:

“Ele só tem um coleguinha lá, porque na escola ele diz que os menino tudo mexe com ele, que ele num gosta de ninguém. Como ele falou: — Eu num gosto dos menino porque os menino é fingido” Efigênia.

“Eles ficam mexendo com ele, que ele é doente, ele fica com raiva, ele passa por tudo isso, né? Não é fácil mesmo não, mas todo mundo passou, eu passei por isso, todo mundo que tá na escola passa por essas coisa. Não é fácil não!” Efigênia.

Segundo Parker & Asher (1987), a rejeição vinda dos pares coloca a criança em risco substancial de continuar tendo problemas sociais, acadêmicos e comportamentais.

Além de ser um espaço de aprendizagem, a escola é um lugar onde as crianças e os adolescentes buscam o pertencimento a determinado grupo social e desenvolvem competências para esses relacionamentos. Os problemas relativos à aprendizagem trazem muitas dificuldades para as crianças e elas parecem ainda maiores no tocante às interações com professores e colegas. Todas essas dificuldades podem estar relacionadas à indisposição de muitas dessas crianças em freqüentar a escola.

## C.2 Nas interações com outras crianças

Os pais relatam que o relacionamento do filho com outras crianças fora da escola é também afetado pelos sintomas do TDAH.

“O André não se dá bem com os colegas, ele se sente muito rejeitado pelos amigos dele, ele não consegue se entrosar! Então quando um colega aceita, aí ele não sabe se dá alguma coisa em troca ou, se ele tem algum brinquedo, se ele dá o brinquedo pro colega aceitar ele..!” Aline.

### C.2.1 Dificuldades em participar de atividades conjuntas

Com base em suas pesquisas sobre as interações das crianças com TDAH fora da família, Barkley (2002) afirma que:

...quando crianças com TDAH entram pela primeira vez em um grupo novo, as outras crianças começam a agir como pequenas mães — dando mais ordens, sugestões e auxiliando a criança com TDAH. Quando isso não silencia o comportamento hiperativo e alterado, a outra criança pode se tornar irritada, provocada ou insultar a criança com TDAH (BARKLEY, 2002, p.125).

“Ele é nervoso demais! Agitado! Na escola, diz que ele não senta, não fica quieto, não pára de falar, não deixa os menino estudar [...] Os menino mexe muito com ele, chama ele de gordo, de bôbo, chamava ele de baleia, porque ele é gordinho” Elena.

“...ele sofre em todos os sentidos! O fato dele ter muita priminha da idade dele que chama ele de burro, fala: — Você num sabe falar! Cê não sabe!...Nasceram um pouquinho antes dele, né? Então tem diferença assim, pouca... todas! Convive muito, né, são primos... — Cê num fala direito, cê num sabe ler! Faz a comparação! Então ele sofre! Sofre e muito; num é pouco não! Carmem.

A impulsividade, a inquietação, a inabilidade para aceitar as regras dificultam a participação nas atividades com outras crianças:

“Ela tem uma personalidade muito forte, então ela sempre quer se impor, né?” Ernane.

“Adorava o futebol. Mas até uma certa idade. Mas quando ele ia passar pra um grau mais, que tinha mais regras, ele começou a não gostar mais do futebol” Carmem.

“Ele bate nos coleguinha, ele fala que os coleguinha num quer brincar com ele e que xinga ele, ele chega lá reclamano, sabe? É isso!” Carina.

### C.2.2 Rejeição

Um estudo conduzido pelo National Institute of Mental Health (NIMH) com cerca de 220 meninas com TDAH sugere que o comportamento agressivo dessas crianças gera rejeição nas outras (BRISCOE & HINSHAW, 2006). De fato,

ouvimos relatos de comportamentos agressivos que poderiam provocar o afastamento por parte das outras crianças:

“Muitas vezes já agrediu os colegas na escola, a professora manda falar comigo, que eu já fui lá muitas vez, né? E... é um pobrema!” Arlinda.

A rejeição por parte dos amigos e dos colegas agrava ainda mais as dificuldades dessas crianças, além de criar um estado de isolamento social, que pode gerar distorções em sua visão de mundo, de si mesmas e das outras pessoas. Foi freqüentemente relatado pelos pais o comportamento de dar brinquedos em troca da aceitação por parte de outra criança:

“A minha, é doida com essas coisa de criança, sabe? Esse negócio de brinquedo ela gosta, então sempre ela gosta de levar brinquedo, aí ela tem que levar pra ela e pra mais uma porque se ela num levar pra mais uma, ela num vai ter ninguém pra brincar com ela! Aí vai e leva pra ela e pra mais uma, quando eu num deixo minha filha! Chooooora! Nossa senhora!” Ana.

“Ela acha que...por exemplo, igual com as amiga: ela, pra poder ter amizade com as menina, ela tem que fazer tudo que as menina quer. E num é assim. Tem que aprendê essa parte” Anete.

Assim, pode-se notar que o desenvolvimento de habilidades sociais fica crescentemente comprometido à medida que as limitações próprias do transtorno somam-se às reações conseqüentes de hostilidade, rejeição e discriminação vindas do seu círculo de relacionamentos. Como resultado, observamos a tendência ao isolamento:

“...e o Valmir ficou foi antipático, que ele foi crescendo sozinho, até pela rua mesmo, os vizinhos, então assim... mas... né?” Vilma.

“Ele se sente... eu acho que, meio deslocado. Tanto na escola quanto cê vê ele no meio do amigos, na igreja, na hora que tem a reunião, assim, alguma coisa que tá todo mundo brincano, às vezes eu percebia ele, assim, deslocado, porque nem estava com as crianças de 12, mas também não conseguia ficar com as crianças menores do que ele, porque ele é enorme! Então eu sinto que ele sentia, assim, deslocado. Agora eu tô começano a ver ele com alguns meninos, assim, mais ou menos da idade dele!” Efigênia.

As dificuldades nas interações sociais acarretam prejuízos sociais, emocionais, acadêmicos e, somadas a outras adversidades enfrentadas pelas crianças com TDAH, poderão contribuir para o desenvolvimento de co-morbidades como os quadros de transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtorno desafiador de

oposição, transtorno de conduta, abuso de substâncias, todos com alta prevalência de co-morbidade com TDAH (ROHDE et al. 2003)

### C.3 Dificuldades nas interações intrafamiliares

Os problemas relatados pelos pais e enfrentados pelas crianças no convívio familiar provavelmente geram sofrimento para as crianças. Envolvem circunstâncias que demonstram ou apontam a presença de conflitos entre os pais ou entre pais e filhos, inconsistência nas práticas educativas, cobranças e comparações com irmãos ou outras crianças, não-reconhecimento ou desqualificação das habilidades da criança, carência de afeto, punições físicas que chegam a espancamento, rejeição, culpabilização.

Os diferentes pontos de vista sobre a educação e/ou a inconsistência das atitudes educativas em diferentes momentos podem ser causa de sofrimento para a criança:

“Tem hora que eu fico com dó dele, que às vezes ele fica perdido, né, no meio de nós dois (do casal). O Anderson, no meio de nós dois. Quando ele tá nessa a agitação que ele tá, eu não gosto que grita, que ele sabe que eu tô cansada demais, e ele só gritar, gritar, gritar!” Carina.

As limitações e os impedimentos para atender às expectativas dos pais podem ser fonte de angústia para as crianças com TDAH:

Você fala com ele: — Gerson, cê deu 5, o troco foi 2, quanto que foi o guaraná? Ai ele fala... ele começa assim, a ficar inquieto, aí ele fica querendo responder, mas não consegue responder! Num sabe responder Num tem como responder. Ai ele dana a cutucar a unha, ele fica nervoso aí cutuca a unha, os canto da unha, acaba com os canto da unha tudo! Ele puxa assim sabe? Efigênia.

“...outro dia mesmo ela chegou pra mim e falou: — Vó, eu tomei recuperação. Todo mundo é inteligente, só eu que tomei recuperação! [...] Eu acho até que ela sente!” Celina.

“Não gosta muito de ler, né? Tem preguiça de ler. Se pega um texto grande ela: — Nossa senhora! Hehe! Pra ela é um desespero! A ansiedade dela é muito grande! Ernane.

Os pais comparam freqüentemente seus filhos com TDAH com irmãos, primos ou outras crianças, o que, segundo relatam, tem um impacto importante na auto-estima e na confiança da criança quanto ao amor dos pais.

“...e às vezes a gente compara ela muito com a irmã, e ela acha que a gente gosta mais da irmã do que dela, por ela ser diferente ela acha que a gente não gosta dela, que gente quer que ela pense igual a irmã, ela pensa que a gente gostaria que ela fosse igual a irmã pra que a gente gostasse dela, ela acha que ela tem que ser igual a irmã pra gente gostar dela. [...] é porque a outra é totalmente, assim, diferente! Vanessa.

“O irmão do Valmir morreu [...] e o outro era o oposto do Valmir! Eu não tive nenhum problema com ele, eu não ia no colégio praticamente nada! O Geraldo vai direto no colégio do Valmir! O outro era assim: até matrícula dele ele fazia sozinho! O Valmir não. Ele é do oposto! Que o outro era tranquilo, era quieto, era ... então, de vez em quando até hoje de vez em quando eu falo: -tá vendo, seu irmão da sua idade arrumava a casa para mim, encerrava tudo! [...] Aí um dia que ele pegou e falou com o tio dele: -pois é, minha mãe até hoje só fica falando que meu irmão é que era bom! - haha Que realmente! Num era só eu não! O povo da rua tudo! Mesmo ele crescendo: -ôôôô saudade do Márcio! Que vou te falar: ôh menino bacana! Os amigos dele, as amigas, nóóó!” Vilma.

## ***D. PERCEPÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS FILHOS***

Para compreendermos as atitudes desses pais e as razões que os movem, é fundamental buscar apreender o que eles pensam sobre seus filhos. Esse é um intento que permeia todo este trabalho; porém, com a finalidade de delinear melhor esse aspecto e propiciar uma visão em profundidade, levantaremos aqui as características que mais se repetem e se destacam no discurso dos participantes. As subcategorias, que foram estabelecidas com base nos dados, polarizam as opiniões em características positivas e negativas das crianças e adolescentes. O modo como os pais interpretam essas características determinará, de acordo com o modelo cognitivo-construtivista, o modo como se relacionam com elas e, conseqüentemente, com os filhos. Por outro lado, a forma do relacionamento entre pais e filhos e os sentimentos ali desencadeados podem fazer com que os pais percebam e valorizem umas características e não outras.

### **D.1 Características positivas**

- As afirmações de que o filho(a) é inteligente foram muito freqüentes:

“Ele é um menino inteligente, inteligente demais! Ele sai com cada uma que eu fico boba de ver!” Carina.

“...aí com isso ajudou muito, que a Ana Luiza tomô gosto, entendeu, pra estudar. Ela é muito inteligente! Avança!” Ana.

“Sabe, ele já quase tomou bomba, mas não chegou a tomá. Ele é inteligente, ele não demonstra a inteligência dele!” Elena.

A observação desses depoimentos evidencia que na maioria das vezes a inteligência é contrastada com algum aspecto negativo, dando-se uma conotação negativa à inteligência, já que não é utilizada para os fins que os pais consideram importantes e adequados.

“Ele às vezes é inteligentíssimo, um menino muito inteligente! Pra outras coisa, o computador, ele sabe tudo! Mas estudo ele num tá interessano. Num tá quereno saber de estudá não!”

Carina.

"Só que, assim, sempre foi muito inteligente, muito inteligente! Então desde a primeira escolinha o Célio acaba as atividades primeiro que todo mundo e acabou! A sala num tem mais sossego!" Conceição.

- Outro adjetivo usado repetidamente pelos participantes do estudo para caracterizar seus filhos é "carinhoso":

"Ele é muito carinhoso, ele me beija muito, tem hora que ele é assim, sabe? Eu tenho... o que tá me chateando muito é... assim, eu tô conseguindo alguma coisa dele, mudar alguma coisa, sabe?" Carina.

"Ele tem aquele carinho! Às vezes ele vem com: —Oh mãe, comprei um brinco pra você! Ele é carinhoso, ele é carinhoso!" Efigênia.

"Com as crianças menores que ele, ele tem um carinho muito especial! [...] As crianças se apegam muito fácil a ele, num sei se é porque ele tem aquele jeitão dele (risos), que parece que não cresceu ainda, né, então os menino se apegam mais a ele" Elena.

Também essa característica aparece contraposta àquelas apontadas como indesejáveis.

"É meigo de uma quantidade que encanta todas as professoras que vão dar aula pra ele! Aí ele passa o bico nelas direitinho! E ele é loiro do olho azul, cabelo enroladinho:- Ah Mãe! Ele é um anjo, um anjo!... Eu falo: — Gente, ele engaloba ocês! Engaloba sim! Mas passa a perna nelas todas! Ééé! Eu fico assim... ele tem essa estratégia toda!" Cibeles.

"Ele é muito atencioso, muito carente, muito carente! Aceita as idéias da gente, escuta direitinho mas... é só na hora! Só na hora. Fora isso... **é uma criança normal. Carinhoso demais**, carente, carente demais, mas os estudos..." Aline.

O comportamento carinhoso do filho é entendido muitas vezes como manipulação ou estratégia para alcançar algum fim desejado pela criança:

"Ele te manipula, assim, quando ele tá querendo uma coisa: -mãezinha querida! [...] muda assim de uma hora pra outra! Cê entendeu? Se ele tá agressivo, eu falo: — Vou sair. Ele já muda todo pra sair concê, cê entendeu? Já muda na mesma hora! Fica bonzinho na hora, vem todo: — Eu te amo!" Carmem.

- Os pais mencionaram também outras habilidades e qualidades dos filhos:

"Mas é um menino.. ele é organizado com as coisas dele, ele dá conta, arruma mala, tudo ele

faz sozinho, sabe? Jogador de bola, assim de primeira, adora uma bola, sabe? Ele é... a única coisa que eu vejo que... que ele deixa a desejar é mesmo essas coisas... perdeu três médias na escola...né?" Cibebe.

"Ela é mais extrovertida, um comportamento mais de liderança mesmo" Ernane.

"Se cê vê os caderno do menino, cê num fala ! Ele parece uma menina! O capricho que ele tem com as coisa dele! Num tem uma orelha, tudo caprichado, a letra linda!" Elena.

"Ele é obediente! Ele cumpre os horários... só que é do jeito dele, minha filha!" Cibebe.

"Ah! ele é desenhista, cê precisa de ver! Ele desenha cada coisa que eu fico boba de vê! Eu num sei desenhá! Ele desenha homenzinho, casinha, os dedinhos todos, é uma coisa de doido mesmo! Até o Dr. X ficô bobo!" Carina.

"É... persistente naquilo que ele quer! Enquanto ele não aprendeu a fazer o papagaio, ele não sossegou, agora ele sabe fazer papagaio. Mesmo não tendo vento, enquanto ele não coloca ele lá em cima, ele não sossega!" Elena.

Foi comum, ao final do grupo ou da entrevista, alguns pais elogiarem seus filhos:

"Eu falo que ele tem o problema dele, mas ele é um bom filho. Entendeu, ele é um bom filho!" Efigênia.

"Nossa! Ele é apaixonado com amigo! Ele faz amizades com muita facilidade! Ele é muito carinhoso com criança, tem coisas assim maravilhosas!" Carmem.

"...mas, assim, fora isso ele é ótimo! Em tudo!" Arlinda.

"Mas... ela é uma menina bacana demais!" Ernane

- Outros adjetivos positivos usados pelos pais em relação aos filhos são asseado, limpinho, bom, bom filho, organizado, sossegado, sério, quieto.

De modo geral os elogios vieram atrelados às queixas em sua maioria. Temos que considerar, para melhor compreensão do sentido das falas dos pais, que o

propósito explicitado deste encontro era tratar das dificuldades que eles encontram em seu dia-a-dia com seus filhos, o que pode ter gerado uma predisposição em realçar as dificuldades e os problemas dos filhos. De fato, não podemos desconsiderar a intensidade e a frequência com que os pais se referem às qualidades por eles conotadas como negativas e às poucas qualidades positivas, que quase sempre vêm acompanhadas por um contraponto, fazendo parecer que os elogios são apenas artifícios que amenizam seu constrangimento e sua culpa por manifestarem a visão negativa que têm dos filhos.

## **D.2 Características negativas**

As características negativas que os pais apontaram em seus filhos estão muito relacionadas aos sintomas típicos do TDAH. As que suscitam maior número de queixas são as que geram dificuldades no estabelecimento de limites, a agressividade, a dependência, a desatenção, a desorganização e indisciplina, a dificuldade de aprendizagem, a imaturidade, a inquietação, a instabilidade do humor, além da inutilidade de conversar com eles sobre seus comportamentos inadequados.

- **Dificuldades com limites**

“...tá tudo bem... é só falar a palavra “não” pra ela... muda tudo, tumultua... ela teima, ela me põe nervosa... e não faz! ... aiiii...” Ana.

“A palavra “não” ele também não aceita muito bem. Ele é muito agitado, quer assim tudo de uma vez!” Carina.

“O Antônio também estraga tudo quanto há! Ele estraga tudo quanto é coisa! O que ele pode estragar ele estraga, estraga tudo. Também num obedece... mexe em tudo, mexe e depois fala que num mexeu!” Arlinda.

- **Agressividade**

“Ele tem isso... num sabe controlar a raiva dele! E ao mesmo tempo o choro, muito choro!”

Muita lágrima, cê entendeu? Quer te comprar, cê entendeu?” Carmem.

“... no prézinho, aí já começou com uns problema assim... muito agressivo, saía da sala de aula, não queria estudar e diz que chegou até a dá tapa na cara da professora!” Carina.

“Num parece, né? Ele parece dócil, né? Mas ele reclama, cê entendeu? Mas ele... Nó! Chuta a porta! Bate, num consegue ficar parado, tem que tá esmurando alguma coisa afora, já comprei um saco daqueles, que eles falam que é bom, que ele precisa gastar energia! Levo ele pra fazer esporte, natação, tudo pra ver se desgasta um pouco, né? Mas é difícil entendeu?” Carmem.

- **Instabilidade do humor**

“a Valéria hoje em dia... ela é uma pessoa indócil, ela assim... ela tem um certo descontrole, ela vai de um extremo ao outro muito rápido. Ela pode estar calminha aqui, se você fala alguma coisa pra ela aí ela: — Aaah! Estoura muito rápido!” Valter.

“... mesma hora que ele quer uma coisa ele já num quer... mas nervoso, mas nervoso demais mesmo!!!” Arlinda.

“...na mesma hora que ele gosta de uma coisa ele já num gosta!” Arlinda.

- **Desorganização e indisciplina**

“Ela não tem disciplina. Ela não consegue estudar, ela não consegue fazer o para-casa, ela não consegue se organizar em casa, as coisas dela, roupa, objetos de escola, né... são esses os principais problemas” Ernane.

“A Valéria não consegue organizar o quarto dela, assim, não consegue não, nem tenta! Então, assim, ela joga tudo dentro de guarda-roupa, aí tá arrumado. A outra não, guarda tudo dobradinho e tudo” Vanessa.

- **Inquietação**

“...ele fala o tempo todo, ele qué chamá atenção só pra ele, se ocê tá conversano, ele quer falar, te atrapalha, ele mexe o tempo todo, ele faz careta, ele mexe com o corpo, cê precisa vê! Eu.. de noite eu... eu passo até mal perto dele! Ele não assiste televisão quieto! Só quando é uma coisa que ele gosta.” Elena.

“A minha num tem muita... tá assistino um filminho que eu ponho lá, ela assiste só a metade. Depois vem: — Mãe não quero assistir mais não! Ela tem desespero de ficar muito tempo num coisa só!” Ana.

- **Dificuldade para aprender**

“Ele num conhece letra nenhuma, né, fico louca pra ele aprendê, parece que nada entra na cabeça dele!” Arlinda.

“Agora, ela num aprende o que for, ela num aprende!” Celina.

- **Dependência**

“E assim, é muito ruim, eu preocupo muito... como que vai ser quando ela crescer, como que vai ser? Que ela fala assim, que ela não vai dar conta de... que não vai dar conta de ir à aula sem eu levar, que ela num vai ficar sem um adulto... sabe? Ela mesmo mostra a dependência dela, entendeu?” Ana.

“Não acorda, pega a roupa dela e veste, e toma café, escova o cabelo, escova dente... não consegue fazer isso sozinha! Eu não sei... é normal pra uma menina de 8 anos fazer isso sozinha?” Ernane.

“Mais se eu num ajudá ele... ele, ele parece pior de que uma criança de um ano! Sabe nada!” Elena.

- **Desatenção**

“Num consegue concentrá em uma coisa só, né? Faz mais de uma coisa naquele momento. A minha, por exemplo, na hora que ela começa a tomar café, ela pára, aí vê televisão, ela vai, ela vai pega as boneca põe tudo lá e pára também, acaba ficando tudo lá, né?” Ana.

“Ele... distrai com muita facilidade e... ele... às vezes cê tá fazendo um para casa com ele, assim, e ele vira porque alguém mexeu na mesa ou porque um dos meninos fizeram uma gracinha, riu, e ele não volta, não volta pro trabalho dele” Efigênia.

- **Imaturidade**

“Ela num tem maldade nenhuma!... É uma criança!” Valter.

“Parece que ele não tem maturidade, parece que a idade dele cronológica ainda não chegou junto com a mental, eu acho que a mental num chegou junto com a cronológica, né, acho que eu troquei aí os negócios, né?” Efigênia.

- **Desobediência**

“Pede desculpa. Então tá bom, mas num faz isso de novo não, tá? -Tá! Antes de você virar as costas ele já fazendo tudo de novo!” Efigênia.

“Num adianta diálogo não, diálogo num não adianta!” Carmem.

“Ele chora, chora, chora: — Oh Aline, num vô fazer isso mais não! Passa duas, três semanas, ele faz a mesma coisa! Eu num agüento mais!” Aline.

Outras características negativas atribuídas pelos pais aos filhos: agitado, ansioso, antipático, bagunceiro, cansativo, complicado, desobediente, dissimulado, fofoqueira, fraco, inseguro, irritado, irritante, lento, manipulador, medroso, não é bom da cabeça, nervoso, pegajosa, preguiçoso, rebelde, voado.

Chamou a atenção, com relação à percepção que os pais têm de seus filhos, a ênfase que dão aos aspectos negativos tanto do temperamento quanto da convivência com estes. Além das críticas e comparações que se referem às habilidades que a criança não possui, suas qualidades costumam ser desconsideradas em comparação com suas limitações:

“Então a professora dela tava muito satisfeita que ela tá aprendendo e tudo, mas até hoje ela perdeu média em tudo” Ana.

“E ele é super-habilidoso para fazer outras coisas, aprende coisas, assim, com uma facilidade! Mas só que nessa área, assim, de escola, que tem que ter um certo compromisso...” Vicente.

Em consequência disso, a criança pode não ter oportunidade de desenvolver os potenciais manifestos em seus interesses e habilidades, e cresce sob a pressão de apresentar uma *performance* naqueles setores em que estão suas limitações.

Esses potenciais podem ficar perdidos se não forem identificados e estimulados desde a infância.

“Ela é muito inteligente, tem muita capacidade, tem um vocabulário extenso, ela raciocina muito bem, sabe conversar, sabe lidar com as pessoas... e é impedida de desenvolver mais, em função de... deste tipo de problema, né?” Ernane.

“Ela é super-habilidosa! Ela está com 12 anos, ela faz bolo sozinha! É uma menina assim... faz bolo, pudim, mousse, ela tem facilidade pra aprender coisas manuais...” Valter.

Observamos que há uma tentativa por parte de alguns pais de fazer uma ressignificação das características percebidas por eles, referenciando-se nas informações obtidas através do diagnóstico. O termo “diferente” surge em uma família como intermediário entre o bom e o ruim:

“Ela é diferente, a gente sabe que ela é diferente agora! Agora não, a gente sempre soube! Mas a gente pensava que resolveria assim, às vezes, né, tirando as coisas dela... e não é!” Valter.

Outras vezes esse termo resvala na mesma família como indicativo daquilo que não é “normal”, portanto, indesejável:

“A gente conversa, fala: — Ela é diferente, mas eu não quero que vocês tratem ela diferente! Quero que tratem ela normal! Né? Os parentes, tudo, eu tenho falado!” Vanessa.

Ou surge nas comparações feitas entre os filhos, denotando uma desvantagem daquele portador de TDAH:

“É porque a outra é totalmente, assim... diferente! A Valéria não consegue organizar o quarto dela!” Vanessa.

“E já tem uma menina de 4 anos que é completamente... diferente, quietinha...” Ernane.

“Ele é o oposto, porque ele é completamente diferente! [...] quando chegava na sexta feira pra eu deixar ele ir jogar bola no fim de semana, ele já tinha arrumado tudo [...] O outro! E esse aí é o contrário!” Vilma.

“Por ela ser diferente, ela acha que a gente não gosta dela” Vanessa.

Considerando as condições em que esses depoimentos foram feitos e todas as dificuldades aqui já relatadas e vivenciadas pela família da criança com TDHA, frisamos a intensidade das percepções e dos sentimentos negativos dirigidos a essas crianças. É provável que isso implique consequências negativas na relação com elas e acentue nelas os sentimentos de rejeição e inadequação. Segundo Mulsow (2001), a presença de problemas de conduta parece estar relacionada a atribuições negativas parentais.

### **D.3 Semelhanças entre familiares**

Os entrevistados fizeram menção a muitas semelhanças dos comportamentos e características de seus filhos com familiares, inclusive consigo mesmos. Essas comparações foram geralmente relacionadas aos sintomas de TDAH que estavam em discussão.

Como o TDAH é uma condição neurobiológica transmitida geneticamente, em muitos casos podemos suspeitar da presença de TDAH nesses pais. O risco biológico de TDAH entre parentes de primeiro grau é de 25% a 33% (BARKLEY, 2002). Estudos demonstram a persistência do TDAH na vida adulta em torno de 60 a 70% dos casos (BARKLEY; FISHER; SMALLISH; FLETCHER, 2002).

Observamos que as similaridades entre pais e filhos quanto a essas características típicas do TDAH algumas vezes resultam em justificar os comportamentos disfuncionais das crianças; outras vezes ajudam na condução do filho ou podem criar dificuldades ainda maiores para a família.

“E o pai dele, tem hora que ele é... faláá, os dois é meio parecido! Pra te falar a verdade os dois é bem parecido, eles são bem parecido! O pai dele, se eu quiser conversar com ele eu tenho que ir atrás! Num éééé coisa não, ele vai andando e eu falano atrás dele! Eu falo com ele: — 5 minutos! cinco! 5 só que eu quero falar com cê! Aí eu tô falano e o telefone toca, ele: - óh, o telefone tocou! óh! o telefone tá tocano! Entendeu? Hahahahaha [...] então ele se vê muito no Gerson, ele se vê, assim, muito no Gerson!” Efigênia.

#### **D.3.1 Justificam o comportamento do filho**

Quando os pais identificam os comportamentos dos filhos com os próprios comportamentos, isso pode fazer com que não percebam a inadequação dos filhos, atrasando ou impedindo que a criança seja diagnosticada e tratada.

“O meu marido achava que aquilo fosse uma coisa que ia passar, que ele era assim, que o filho dele mais velho era assim e tal, e as coisas foram continuando a acontecer e piorando...” Estela.

“Eu falei: — Bem, olha o quê que o Marcos aprontou! Ele virou pra mim e falou assim: — Esquenta a cabeça não, Bem! Eu fazia isso! Entendeu? (haha) — Esquenta a cabeça não, eu fazia a mesma coisa! E esses dias ele falou: — Bem, eu parei de estudar na série que o Marcos tá, 5ª série, parei de estudar” Efigênia.

Algumas vezes isso é usado como argumento para acusar o cônjuge pelo problema do filho.

“Ela tem de família a hiperatividade mesmo. O pai eu acho que é; o pai dela eu acho que ele é, o sobrinho é com certeza, sabe? Isso já foi comprovado e... e ele já sabe!” Ana.

“Ele age igual ao pai dele! Fica numa ignorância!” Elena.

A entrevistada, neste relato, identifica os indícios do transtorno no próprio pai, e isso a ajuda a compreendê-lo:

“Meu pai... era horrível nos negócios! Então hoje eu enxergo nele o TDAH, também em todas as atitudes. [...] A autodepreciação, achar que ele não... não era competente, entendeu? Não medir as consequências... a irresponsabilidade dele, entre aspas, não era por mau-caratismo! Era por não medir as consequências! As perdas materiais, as depressões, assim, as fases de estar muito bem e depois muito mal, sabe? Nesse sentido, assim, um estopim curtíssimo! De sair dando má resposta em todo mundo, sabe? Num pensava nas coisas antes de falar” Estela.

### D.3.2 Ajudam na lida com os sintomas

Outras vezes perceber nos filhos as mesmas dificuldades que trouxeram complicações à própria vida pode tornar o pai/mãe mais sensível a estas e predisposto/a a aceitá-los e a buscar uma solução para o problema.

“Eu aceito porque eu já passei por isso! A minha vida foi isso! Agora eu não posso *transferi* o que eu passei pra minha filha! Eu passei... eu já sabia que poderia uma das duas ter o mesmo *problema* da minha família! [...] A Alice com 7 ano eu pus na escola, eu já vi que eu ia ter *pobrema* com ela porque no jardim eu já senti que... já num tava *enxergano* o A, as letrinhas mesmo que eu num enxergava” Anete.

Esta mãe identificou em si mesma as características do transtorno ao fazer o

processo diagnóstico do filho e decidiu se tratar:

“...chegou a um ponto que eu fui procurar uma neuropsicóloga pra fazer um diagnóstico, e feito o diagnóstico dele eu... me deu um clique: -uai, eu acho que eu tenho isso também! [...] Eu não aproveitei, sabe, as matérias, eu não aproveitei os recursos, onde eu poderia ter sido muito melhor aproveitada pelo potencial que eu tenho, mas eu não conseguia ter interesse!” Estela.

Outra mãe vê na trajetória do próprio irmão um alerta para os riscos relacionados ao transtorno e para a necessidade de um tratamento que a ajude a evitar que seu filho siga pelo mesmo caminho:

“...aí meu irmão foi pras drogas. Há 12 anos atrás ele morreu por causa disso. E eu tenho muito medo do meu filho tomar o mesmo caminho, porque ele é igualzinho. É igualzinho!” Aline.

Já este pai fala abertamente de suas semelhanças com a filha e relata uma mudança de comportamento para uma maior consideração e tolerância para com as dificuldades da filha a partir da consciência da semelhança entre eles:

“Tem uma coisa que fica martelando na minha cabeça... eu, por exemplo, eu não consigo estudar! Eu não falo isso pra ela, é lógico! Mas eu não consigo estudar! [...] Na verdade não é culpa dela! Nós estamos aprendendo isso devagarzinho...” Valter.

### D.3.3 Dificultam a vida familiar

A presença dos sintomas do transtorno nos pais pode comprometer a vida da família e causar danos à relação pai-filho, bem como ao desenvolvimento das crianças. A desatenção dos pais pode dificultar a percepção e os cuidados com a criança, que são fundamentais para que elas consigam vencer as barreiras que lhe são impostas pelo transtorno:

“...quando tinha reunião na escola (do filho), aí eu dedicava. Passava um tempo eu perdia o interesse, sabe?” Estela.

“...por exemplo, esquecer o forno ligado, desligar a geladeira e não lembrar de ligar[...] Ah! uma vez uma situação séria: parei na porta da escola da Gabriela pra pegá-la, coloquei ela no carro e lembrei que eu tinha de falar alguma coisa com alguém que estava no portão ainda. Aí eu saí do carro e fui falar com a pessoa, só que eu esqueci de puxar o freio de mão. A menina saiu dentro do carro sozinha descendo ladeira abaixo! Minha sorte é que bateu num muro de costas, ele fez uma curva e bateu! Então já aconteceram várias coisas ligadas a questão da desatenção!” Eneida.

A impulsividade dos pais pode levá-los agir com intolerância ou a comportamentos irrefletidos que trarão conseqüências para toda a família:

“...muitas [dívidas] foram feitas sem meu marido saber, e aí gerou um... não que foram feitas... eu não agi assim de má-fé, eu agi porque eu não sabia, eu sempre achava que aquela atitude minha fosse fácil de resolver, sabe?” Estela.

A hiperatividade de uma criança, por si só, pode causar um grande tumulto em uma casa. Se um dos progenitores é também hiperativo, além da agitação em dobro, podemos supor que esse pai/mãe não seja capaz de ajudar o filho a transpor suas dificuldades. Pelo contrário, em todos os casos, é possível que as características da criança e as de seus pais operem de forma a que as dificuldades de ambos sejam potencializadas pelo convívio.

“O meu marido também é muito agitado! Ele griiita demais... só sabe gritar, sabe? E o Vinicim num tá teno medo dele não! Sabe? Ele tem mais respeito por mim, mais respeito, mas com pai dele...o pai dele só sabe gritar!” Carina.

As pesquisas também mostram que o TDAH traz prejuízo à capacidade desses pais de modular seus próprios afetos e os dos filhos (JOHNSTON; MASH, 2001).

“... as reações da mãe são sempre nervosas, né? Porque ela é uma pessoa assim, ela realmente tem um pouco de... tem, tem, dificuldade, tem falta de paciência de um modo geral. Não é só com a Gisele não. Ela é impaciente quase que com todo mundo, né, num é uma pessoa doente não (hehe) mas é assim: ela é meio estressada. Então...quando elas batem de frente... a coisa puff! Né? Reverbera pra todo mundo!” Ernane.

O tratamento com estimulantes das mães que também são portadoras do transtorno, de acordo com algumas pesquisas, não apenas diminui os sintomas de TDAH, mas também melhora sua habilidade para gerenciar o comportamento da criança (JOHNSTON; MASH, 2001). O relato desta mãe que foi diagnosticada e recebeu tratamento para o TDAH corrobora os resultados mencionados:

“...hoje ele tem uma certa organização, ele sabe, por exemplo: — Gabriel vai tomar banho! — Daqui a pouco eu vou. Mas ele não toma banho fora do horário que ele tem que deitar. Está uma coisa mais suave, sabe? A gente consegue... hoje tem uns conflitos, mas, nossa! É muito melhor a relação, muito melhor!” Estela.

A desinformação sobre a natureza genética do TDAH e suas implicações no

convívio familiar pode ser motivo de muitas dificuldades, inclusive para adesão e boa condução do tratamento da criança. Pais informados sobre o TDAH tendem a ter uma conduta mais adequada. Estudos dos efeitos de treinamento dos pais para lidar com os comportamentos de crianças com TDAH mostram que a mudança de comportamento dos pais leva a uma redução nos sintomas e especialmente nos problemas de conduta destas crianças (JOHNSTON; MASH, 2001).

O relato das mães portadoras do transtorno, diagnosticadas e tratadas, nos mostra que elas buscam utilizar suas próprias experiências como referência para encontrar possíveis saídas para os problemas dos filhos:

“E eu fui vendo, em um ano de tratamento, o ganho que a gente tem! E eu fui vendo que o meu filho não precisaria passar... na vida... pelo que eu passei, assim, essas desorientações totais, porque quanto mais cedo ele começasse, seria melhor!” Estela.

“Eu podia estar o caco que fosse, que eu lucrava mais com meu sono e com o meu descanso se eu a atendesse na hora de dormir. Ela precisava do aconchego da hora de dormir. [...] Então o dia que eu descobri isso eu comecei a investir por aí, foi onde eu comecei a resgatar a Gabriela devagarinho. Ela, mesmo crescida, precisava da mãe que foi tão negligente e tão falha em tantos outros momentos!” Eneida.

“Com a minha organização, eu passei a dar, tipo... dicas pra que ele se organize melhor, entendeu?” Estela.

## **E. ATITUDES DOS PAIS PARA COM OS FILHOS**

Entre os pais entrevistados pudemos observar vários posicionamentos quanto ao transtorno e diferentes escolhas quanto à maneira de se relacionar com os filhos e com as consequências do TDAH. Algumas vezes notamos em um mesmo pai/mãe, posturas que variam em momentos diferentes de seus relatos. Entretanto, houve convergência de opiniões em alguns aspectos, por exemplo, a dificuldade em colocar limites para as crianças, e divergências em outros, como a maneira adequada de discipliná-las.

Poucas vezes os pais se mostraram convictos de que a estratégia disciplinar por eles utilizada fosse correta e/ou eficaz. Na maioria dos casos os pais se mostraram confusos, desapontados, frustrados e inseguros com suas tentativas de conduzir a educação dos filhos. Parece-nos que os pais que não têm informações sobre o TDAH tendem a considerar que suas atitudes estão corretas, mas pensam que os filhos não respondem adequadamente. Já aqueles que têm alguma informação entendem que precisam aprender novas maneiras de lidar com a criança, mas ainda não sabem o que fazer. A maioria dos participantes deste estudo se encontra nesse estágio. E há aqueles pais que têm bastante informação proveniente da orientação de profissionais de saúde, através da qual desenvolveram maneiras mais eficientes de lidar com os comportamentos dos filhos e conduzir sua educação.

As atitudes dos pais serão abordadas de acordo com o tipo e com a interferência do diagnóstico nas mesmas e foram classificadas em três grupos: (a) as atitudes com as quais os pais buscam oferecer um suporte que ajude a criança a enfrentar suas dificuldades; (b) as atitudes que visam punir a criança pelo comportamento indesejado; e (c) as atitudes de complacência, desistência e negligência.

### **E.1 Atitudes de suporte para o enfrentamento das dificuldades**

|                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| "A gente tem que fazer por onde a criança se sentir bem!" Anete. |
|------------------------------------------------------------------|

Os pais relataram algumas iniciativas que costumam tomar em relação aos filhos, com a finalidade de ajudá-los a transpor suas dificuldades, mobilizando esforços para o desenvolvimento de estratégias que lhes sejam úteis. Algumas dessas atitudes, já mencionadas, estão relacionadas à ajuda na execução das tarefas escolares através de professores particulares ou diretamente pelos pais:

“No dia-a-dia dele de escola eu ajudo nos trabalhos, sabe? Pesquiso, vou lá, sento: — Nós vão fazer, vai ficar assim, assim, assim, assado, nós vamo começar assim... Aí ele não resumia, hoje em dia eu ponho ele pra resumir, eu falo: — Resume, sua vez. Aí ele: —Mãe, tá certo? Aí eu vou e olho. — Tá certo. Aí tem hora que ele quer parar: — Mãe, mas eu quero parar. — Meu filho, você tem responsabilidade!” Efigênia.

Também tentam buscar apoio na escola conversando com os professores, levando informações e orientações sobre o transtorno, o que nem sempre funciona:

“O colégio lá praticamente todo mundo já sabe que ele tem problema de hiperatividade, que eu já conversei muito e levei uma declaração daqui, mas... realmente nada!...” Aline.

Algumas vezes os pais relatam alguma relação de cooperação entre eles e escola:

“A gente tem reuniões periódicas com os professores, pra ver como ela estava é... procedendo, como estava o rendimento dela, né?” Ernane.

Há aquelas que defendem que os filhos precisam da presença da mãe, e algumas decidem interromper as atividades laborais para se dedicar inteiramente ao filho:

“...aí cê teria que tá ali igual eu tô 24 horas. [...] Eu saí do serviço pra cuidá delas” Anete.

“Eu tinha um emprego e não pude continuar no meu emprego por causa dele” Carmem.

Tentativas de encontrar maneiras de incentivar o desenvolvimento de independência, de talentos pessoais ou habilidades sociais são também mencionadas por alguns pais:

“Agora eu pus ele no esporte. Terça e quinta eu levo ele no futebol. Eu coloquei ele pra ele interagi com as criança, sabê perdê, sabê... lidar com as diferença das criança, né?... é isso”! Carina.

“Teve uns dia aí pra trás que ela me pediu pra parar (o carro) antes de chegar em casa pra ela ir sozinha. É... eu fiz, sabe? [...] Eu achei até bom, falei: — Ela vai pegar confiança nela, né? Pra ela atravessar a rua sozinha, explicar: — Olha prum lado, olha pro outro e tal...” Ana.

Atribuir responsabilidades e monitorar a execução das tarefas é também uma maneira relatada por alguns pais para auxiliar na disciplina, e as crianças podem assumir funções na rotina da família.

“Vou te dar uma tarefzinha aqui em casa porque cê tá assim meio sem serviço. Cê precisa de ajudar sua mãe! Então eu não quero vê a geladeira sem água. Sua mãe num põe água no filtro e depois tira do filtro e põe na geladeira? As garrafa, se eu chegá e tivé sem água, nós dois vamo nos entendê! Aí quando tá perto dele chegá ela já fica preocupada, fala assim: — Mãe, tem água na geladeira? — Tem, precisa preocupá não, cê já colocô de manhã!” Anete

A prática clínica e a literatura mostram que essa pode ser uma forma eficaz de ensinar a criança a cumprir com êxito suas tarefas, pois o próprio sucesso será reforçador da auto-estima e do senso de auto-eficácia, que nas crianças portadoras de TDAH ficam muito prejudicados pelos sucessivos fracassos na execução de tarefas. Dessa maneira, o relacionamento com os pais fornece à criança a oportunidade de desenvolvimento da autonomia à medida que as relações de poder ali estabelecidas vão se modificando em favor da criança (CECCONELLO, 2003; ANTONI; KOLLER, 2000).

A busca por ajuda profissional é outra iniciativa dos pais que visa apoiar o desenvolvimento das crianças. Há relatos de busca dos serviços de saúde, instituições religiosas, ONGs, profissionais de saúde, de educação e de atividades esportivas. Esta mãe relata ter recebido orientação do médico para o desenvolvimento de estratégias de manejo dos sintomas de seu filho:

“Eu tinha um neurologista muuuito bom: o Dr. X. Cês já ouviram falar? Ele me dava muita dica: de num dar satisfação, porque ele é um menino que você não pode dar satisfação, porque ele não te ouve! Então você tem que ser taxativa com ele: — Olha, você não pode fazer isso por causa disso. Não vai. Num vai e pronto! Ele me ensinava assim. Ele me ensinou muita coisa que funciona, entendeu?” Carmem.

A mãe relata que com base nas orientações médicas, nas sugestões retiradas dos livros e nos relatos de experiências bem-sucedidas de outras mães, ela organizou uma série de regras de relacionamento com o filho, que possibilitam uma comunicação mais eficaz entre eles e ajuda seu filho a ter mais controle sobre os próprios impulsos.

“Tudo lá em casa é negociado, cê entendeu? É.. *hot news* é.. aquele carrinho de 5 real que eu compro ali do lado. — Eu te dou um *hot news*, e cê mostra a gargantinha! Esse negócio funciona pra caramba! (todas riem) haha! Ainda mais lá em casa, tudo é negociado!” Carmem.

Ela relata o uso bem-sucedido de estratégias de comprovada eficácia com crianças com TDAH, segundo a literatura (BARKLEY, 2002; KNAPP et al., 2002), como o uso de recompensas pelas tarefas cumpridas e a retirada de privilégios quando estas não são cumpridas:

“Descobri, assim, mil jeito! Lá em casa tem, assim, um negócio assim, que quando intera 10 ganha carrinho, dez bem feitos. Tem premiação, tem tudo que ocê puder imaginar, entendeu, pra mim conseguir lidar com ele, entendeu? Senão cê num consegue mesmo, né? Inteirou dez adesivo ali, aquele que é um ímã, interou dez, e lá tem um espaço pra dez, aí ganha presente. Inteirou dez dias sem falá palavrão, inteirou dez dia, aí eu dou presentinho! Só assim. [Todas falam ao mesmo tempo.] Às vezes ele esquece, aí eu vô lá e tiro um ímã. Entendeu? Se ele esquece, eu vô lá e tiro, cê entendeu? É um ímã bonitinho, é um oclinho, é uma bicicletinha, uns troço interessante, cê entendeu? Agora teve um palavrão, vai tomá... vão subir lá em cima e tirar! Quer dizer, é um dia a mais pra ele esperar por aquele carro, cê entendeu? Mas é assim!” Carmem.

Russell Barkley (2002) defende um plano de tratamento que inclui o treinamento dos pais para a utilização de estratégias apropriadas, como recompensar os comportamentos positivos da criança com afeição física, privilégios, lanches, divertimentos, brinquedos, oferecer mais incentivos e menos punições. Essas recompensas devem ser oferecidas o mais imediatamente possível, para que a própria sensação de bem-estar vivida pela criança em decorrência de ter agido corretamente sirva de motivação para a manutenção desse comportamento. A orientação por um profissional qualificado é fundamental, tendo em vista que é necessário usar com estas crianças estratégias específicas, diferentes daquelas que são úteis com a maioria das crianças que não têm o transtorno. Esta mãe frisou por várias vezes, ao longo do grupo que participou, a ajuda prestada pela fonoaudióloga que atende sua filha e orienta a família:

“Na hora de estudar, ela começa a ler, e ele [o marido] fala assim: — Isso aqui cê tem que ler três vezes na semana. Então lá em casa tem aquele tanto de livrinho, aí sempre tem que pegar um livrinho, ela lê, eu vô lá e tomo uma leitura. Às vezes ela não quer e fala assim: — Ah não quero mais ler não. Aí eu falo assim: — Então cê não vai ler agora, mas depois cê vai ler mais tarde um poquim. Cê num quiser ler agora cê num lê, mas hoje cê vai ter que ler ainda. Tem que ser assim, entendeu? Para ela seguir um ritmo, e ela tá indo bem! Ela tá desenvolvendo! Tudo com a ajuda dessa fono!” Anete.

Uma das mães, que se trata pelo seu próprio TDAH, relata conseguir estender os

benefícios do tratamento a seu filho, ensinando a ele estratégias e servindo de modelo para sua organização.

“Com a minha organização, eu passei a dar, tipo... dicas pra que ele se organize melhor, entendeu? [...] Ainda não é o ideal não, mas eu sinto que a minha organização já ajudou muito na organização do Gabriel. Muito!” Estela.

Freqüentemente os pais relatam que precisam adotar medidas que visam proteger seus filhos para que não sejam usados, humilhados, desqualificados, rejeitados, discriminados, agredidos. Na visão dos pais, a dependência exacerbada e a imaturidade dos filhos os deixa vulneráveis a situações de abuso, o que exige maiores cuidados e proteção constante. A dificuldade marcante desses indivíduos com a impulsividade e o prejuízo quanto à formulação de um julgamento social que sirva de referência para a ação podem estar relacionados a esta vulnerabilidade.

“... a gente quer proteger, a gente fica com medo das pessoas... magoarem, fazerem covardia com ela, porque ela é uma pessoa muito inocente, muito sem maldade, né?” Valter.

“Aí fico olhando as brincadeira, quando eu vejo que elas tão dominano, tá xingando ela, eu pego e falo assim: — Uai! Que negócio é esse aí? Essa brincadeira aqui não tá boa não, hein? Só ocê que manda? Vão mandar tamém, né Alice? Agorinha mesmo eu vô entrar na brincadeira aí e vô brincá tamém” Anete.

As ações abusivas partem às vezes de outras crianças, de professores, dos colegas e amigos, de pessoas do convívio da família, irmãos ou de um dos progenitores, como é o caso de um dos pais que relata ser preciso mediar constantemente a relação da mãe com a filha:

“Então aí eu tenho que ficar... pondo pano quente, ajudando aqui e lá, aquela coisa de proteger a menina, e tudo, mas... mas eu não posso deixar ela ficar exposta assim à... à uma... à fúria de um adulto, né? Ernane.

Uma mãe relata sua reação quando um outro filho discrimina o irmão por causa do uso do medicamento:

“— Ah! mas isso é remédio de doido! — Não é remédio de doido! Se você continuar falando assim aí eu vou te dar um remédio de doido! Se é remédio pra doido, então você vai tomar junto com ele!” Aline.

Às vezes os pais mostram-se sensíveis ao sofrimento dos filhos, tentando consolá-los e ajudá-los a se recuperar das dificuldades com os colegas da escola:

“Às vezes os meninos tem piadinha: — Ah, o Gerson é bobo! Né? E tem hora que ele machuca. Aí eu falo: — Meu filho, óh, Deus fez todo mundo com a mesma inteligência. Só que às vezes umas pessoas usam mais do que as outras” Efigênia.

“...as crianças aproveitam dela, aí eu trabalho com isso aí dentro de casa. - Alice não é assim !... elas péga suas coisa, destrói seus brinquedo, cê num pode ser assim! Igual... a bola é sua, táva jogano queimada, elas tiraram você da queimada e ainda te xingaram! Como é que cê aceita uma coisa dessa, minha filha! Pega a bola, xinga! -me dá minha bola, a bola é minha! Então ninguém brinca! Eu ensino ela assim, entendeu?” Anete.

Essas atitudes protetoras visam, muitas vezes, preparar as crianças para lidar com o mundo e se apóiam em temores vividos pelos pais em relação ao futuro:

“Eu tenho que preparar ele pro mundo! E eu não estou conseguindo vencer essa barreira sozinho! E essa participação que ele vai ter no mundo? Que a gente tá num mundo que tem drogas, e às vezes o melhor amigo num é o que ele quer brincar! Porque o coleguinha da rua que tem uma atratividade, que é mais expansivo, às vezes é o coleguinha que às vezes, né, 15, 16 anos, que já está envolvido com certas coisas, a gente tenta segurar e tem essas dificuldades, né?” Vicente.

“O quê que vai ser dela no futuro? O quê que vai ser daqui pra frente? Que ela vai entrar na adolescência e ela tem uma mente muito infantil! [...] Eu tenho muito medo! Porque o mundo é mau! O mundo é mau!” Valter.

Vimos que muitas das tentativas dos pais de disciplinar os comportamentos de seus filhos passam por conversar com eles. Os pais relatam que as conversas costumam versar sobre os comportamentos da criança, a fim de explicar as razões pelas quais ela pode ou não agir de determinada maneira e mostrar as consequências de seus comportamentos inadequados, orientar o comportamento, transmitir normas culturais, valores, fazê-los assumir suas responsabilidades e privilégios.

“Conversa. Conversa, conversa! Conversar, sentar, explicar, é... a consequência das coisas, como a coisa tem que ser, né? Como que é o procedimento correto, né? Como que é a atitude correta, a escola, dentro de casa, a participação dela dentro de casa, no dia-a-dia da família, o respeito que ela tem que ter pelas pessoas, pela individualidade, pela... -porque a sua mãe tem a vida dela, o trabalho, a escola, eu tenho a minha, né? Então você tem a sua responsabilidade, de estudar, né? Quando ela estava no integral por exemplo, ela não queria fazer mais, então: -você tá lá é pra você estudar, né? Muitas crianças não têm condições de fazer isso que você tá fazendo, então você tem que dar valor a isso! Esse tipo de conversa” Ernane.

“Ele mente pra ele se desculpar daquilo que ele fez, falei: — Gerson, mentira é uma coisa muito feia! Num pode ficar mentino, isso vai fazer com que você, eu perco a confiança em você! Se você falar a verdade comigo eu não vou confiar, eu vou achar que é mentira! O que você faz, você acha que é pequenininho, o que você tá fazeno com os outros você acha que é pequenininho, mas quando os meninos fazem com você, você acha que é enorme!” Efigênia.

Uma das afirmações muito repetidas e enfatizadas pelos pais é a de que conversar tem pouco ou nenhum efeito sobre o comportamento dos filhos e pudemos observar que, mesmo aqueles pais que defendem que a conversa é a melhor maneira de educar, utilizam menos a conversa e mais a punição:

“Eu converso demais, o máximo que eu posso eu converso! Quando não tem jeito mesmo, eu vô e... passo a mão no chinelo, bato e falo: — Agora cê vai ficar aí de castigo! E é tantas horas de castigo, tá? Fica nesse quarto aí. Ai, na hora que dá a hora, eu chego lá e falo assim: pode sair. E faz de novo que cê vai ficar mais horário ainda! Aí ela vai...manéra”! Anete.

“Conversar... eu não converso mais porque não adianta” Aline.

A dificuldade dos pais em conseguir resultados por meio de conversas com os filhos pode estar relacionada ao comprometimento da memória de trabalho não-verbal no TDAH, que dificulta a recuperação de material do passado e a manutenção e a manipulação mental das informações, trazendo prejuízo à capacidade de planejar ações futuras com base em eventos passados e agir de acordo com esses planos. Este déficit pode comprometer a capacidade de utilizar auto-instruções verbais para dirigir o comportamento e dificultar a reflexão, o auto-questionamento e a solução de problemas (ROHDE et al., 2003).

Essas habilidades precisam ser desenvolvidas mediante um processo terapêutico, e é fundamental que os pais colaborem criando condições para que a criança desenvolva e exercite essas capacidades através das relações familiares. Dialogar com a criança em vez de ter conversas que comportam apenas a fala dos pais, dar-lhe oportunidade de formular e expressar sua opinião e seus sentimentos, ajudá-la a planejar suas atividades e prever as conseqüências de seus atos são algumas maneiras de fazer este exercício.

“Aí ele fala: — Não! Tem hora que ele tá brigano, xingando — Eu posso falar, mãe? É minha vez, eu vou falar! Falei: — Então fala. Falô? Então agora é minha vez! Então eu sempre tive assim, escuto, falo, às vezes eu falo e escuto, às vezes eu tô brava demais eu não escuto, entendeu?” Efigênia.

As estratégias de negociação com as crianças foram discutidas nos grupos, e há desacordo entre os pais. Alguns defendem a negociação, enquanto outros são contrários a ela:

“Tudo lá em casa é negociado” Carmem.

“eu... sou contra a negociação com criança! [...] Eu uso estratégia, essa troca, né? Igual, cê gosta de futebol? Então, Cézar, então cê faz por merecer o futebol! Faz o dever que eu deixo cê ir no futebol. Mas essa coisa de dar presente...[...] eu falo assim, eu até falo com ele: -olha, eu num vou te dar presente porque você fez a tarefa, porque tirou nota boa. Porque é sua obrigação! Do mesmo jeito que eu continuo com meu trabalho o dia todo, entendeu? Eu converso com ele assim! Cíbele.

Essa é uma questão que aparece freqüentemente na clínica quando os pais são orientados a premiar a criança pelo comportamento apropriado. Muitos resistem a essa estratégia, argumentando que não é certo “barganhar” com a criança, que ela deve obedecer e agir de acordo com suas instruções e que isso é o esperado, e não algo excepcional que mereça ser premiado. Eles temem que a criança passe a ser movida pela premiação, e não pelos valores que a família deseja que ela apreenda. É importante que a família compreenda que o TDAH impõe uma dificuldade para a inibição do comportamento desejado em prol de dirigi-lo em busca de objetivos futuros. Recompensar a criança pelo comportamento apropriado é uma estratégia que a ajuda a criar uma motivação interna para resistir ao impulso e permanecer, por exemplo, em uma tarefa, dando-lhe motivação externa adicional.

“Ela exige muito da gente, mas é a única maneira da gente fazer com que ela produza um pouco mais, né? Você tem que falar o tempo inteiro: — Gisele, arruma suas coisas pra escola, arruma seus cadernos, seu para-casa, vamos corrigir o para-casa juntos, e vão ver se tá tudo certinho, tal tal tal, essa é a única maneira de fazer com que ela produza um pouco mais”. Ernane.

“Lá em casa tem, assim, um negócio assim, que quando intêra 10 ganha carrinho, dez bem feitos. Tem premiação, tem tudo que ocê puder imaginar, entendeu, pra mim conseguir lidar com ele, entendeu? Senão cê num consegue mesmo, né? Carmem.

Uma atitude relatada no sentido de ajudar a criança é a comunicação e a conversa com ela a respeito do transtorno. Entretanto, encontramos opiniões divergentes entre os pais quanto à pertinência dessa atitude. Alguns acreditam

que o portador de TDAH deve saber sobre o diagnóstico e o tratamento, pois ao compreender suas características poderão lidar mais apropriadamente com elas:

“Conversa! Sua filha deve saber sim, que ela tem esse problema, né? Porque o problema é dela! Ela deve saber sim, porque não? Ela não é nenhuma retardada! Ela deve saber sim! Porque ela sabendo, ela mesmo se ajuda! Explica pra ela o quê que é! Eu ganhei aqui uma cartilha, eu dei pra ele ler! Ela deve saber sim, porque não?” Aline.

Outros defendem que os filhos não devem saber sobre o diagnóstico. Alguns argumentam que a criança pode se sentir justificada para agir de forma inadequada se souber que tem o transtorno. Também defendem que querem que seus filhos sintam-se crianças normais e como tal sejam tratados:

“Aaah! eu já num falo com ele o que que ele tem não! Eu trato ele normal! Eu quero que ele se sente normal igual as outras crianças! Né? Ah..sei lá! Pôr na cabeça, aí ele vai ganhar corda, né? - Ah eu tenho problema! Aí vai começar a.... regredir mais na escola! Ele é inteligente demais, sabe? Se eu falar, ele vai falar assim: -ah eu tenho problema, por isso que eu num dô certo na escola! Viu? Ele é espertinho demais!” Carina.

“Igual eu tento fazer com a minha, eu falo assim: -nó Alice, você é muito... é...eu... acho que a gente tem que tomá umas iniciativa, dizer que tá tudo bem, que ela é normal, que num sei o quê... que aquele remedinho um dia vai passar, num vai precisá mais...eu tento fazê isso tudo!” Anete.

Temem também que a informação seja transmitida para outras pessoas que possam discriminá-los por isso:

“Eu num converso com a Ana Luiza sobre isso, eu nunca... nem falei com ela.. quê que ela tem. Eu dô remédio, -pra quê que é o remédio? -pra prestá atenção na aula, cê tá muito sem atenção, sabe? Ela é assim, ela conversa demais, entendeu? É muito fofoqueira! Tudo que a gente fala pra ela, ela sai falano pra família inteira, pra quem aparece na frente dela! Se eu falá que ela tem déficit de atenção e hiperatividade ela vai ficá... só falano! Te conheceu: — Eu tenho doença de atenção! Entendeu? Eu tomo Ritalina, professoora! Ela vai te contar direitinho!!!! Então por causa disso eu nem falo com ela” Ana.

A aceitação pelos pais do diagnóstico e da criança é uma condição sem a qual estes dificilmente serão capazes de conversar com seus filhos e com outras pessoas sobre o transtorno como mostra o depoimento a seguir:

“Eu não fico assim falando: a minha filha tem problema, minha filha é hiperativa, sabe? O pai dela tem mania de falar muito sobre isso, entende? Eu não. Eu num toco nesse assunto com ela! [...]...ôh Anete, eu num aceito! Quê que eu tenho que fazer pra aceitar? Qual que tem que ser a minha atitude? O quê que é gente,...aceitar? Sabendo que a sua criança tem um déficit de atenção e hiperatividade? O quê que cê tem que fazer pra aceitar ou não aceitar? O quê que é aceitar?” Ana.

Os especialistas afirmam enfaticamente que a informação sobre o transtorno para o portador, para a família e para as pessoas que convivem com quem tem TDAH é fundamental para o bom andamento do tratamento. A compreensão dos sintomas e dos prejuízos decorrentes ajuda a dissolver os rótulos (preguiçoso, lerdo, burro, etc.), que geralmente acompanham ao portador, melhorando sua auto-estima e seu empenho para vencer as dificuldades. O conhecimento sobre o transtorno também gera motivação nos pais e professores para o desenvolvimento de estratégias adequadas para lidar com os sintomas (KNAPP et al. 2002), incentivando a tolerância e desculpabilizando tanto os pais quanto a própria criança por seus comportamentos inadequados.

“...porque... minha filha tem o nó que ela tem, ela tem uma diferença... e o que dói em mim é que eu sei que não é culpa dela! Não é culpa dela! Eu sinto que não é culpa dela! Ela tem um problema? Tem! E a gente, como o herói deles, por exemplo, que a gente acaba sendo! Você é o herói do seu filho! Ao invés de você ajudar, a gente massacra, pisa, às vezes. É uma coisa que, assim, que hoje eu tô abrindo um pouquinho minha mente pra isso e isso é muito perigoso!” Valter.

Os relatos sugerem que os pais que buscaram conhecer sobre o transtorno tornaram-se mais capazes de criar alternativas para seus filhos e para si mesmos, valorizando talentos e questionando premissas socialmente difundidas do que é necessário para ser bem-sucedido e/ou feliz.

De acordo com Silva (2003), as atividades que envolvem criatividade, movimento, imaginação, costumam propiciar ao portador de TDAH a oportunidade de descobrir e desenvolver seus potenciais, adquirindo confiança em sua capacidade através da inserção em atividades para as quais se sintam hábeis. Além disso, pessoas com TDAH costumam ter um nível de atenção satisfatório quando envolvidas em atividades com as quais sintam prazer e para as quais estejam motivadas.

“...que ela poderia estar melhor, né, é...se ela tivesse mais envolvimento com as coisas, que o rendimento da escola crescesse, que ela tivesse essa consciência da importância que tem a escola pra ela, que ela se envolvesse com isso assim como ela se envolve com outras coisas... ela tem criatividade para fazer outras coisas sozinha, mas você vê que é uma energia que precisa ser canalizada, né?” Ernane.

“Outro dia a diretora da escola, não sei se foi ela que falou, que era bom que colocasse ela, assim, numa atividade que ela gostasse. –Ah eu quero aprender a tocar guitarra! Aí a gente foi olhar uma escolinha lá perto de casa, perto de onde... do Bairro Amazonas, aí ela falou assim: -ah tem que começar pelo violão. Aí tá, ficou toda empolgada e tal e colocamos ela na aula de

violão” Vanessa.

As atitudes de ajuda e suporte à criança, prestadas pelos pais nos sujeitos deste estudo, parecem assemelhar-se às apontadas por Hoffman (1975) e por ele nomeadas como “práticas indutivas”, definidas como aquelas que utilizam explicações sobre as razões que a criança tem para agir de determinada maneira ou não, chamando sua atenção para as consequências de seus comportamentos, comunicando a maneira como os pais gostariam que ela agisse e os motivos desta orientação. Ao contrário das práticas punitivas, essas estratégias conduzem a uma modificação voluntária do comportamento da criança, favorecendo a internalização de padrões morais (HOFFMAN, 1975). O TDAH dificulta essa tarefa tanto para os pais quanto para os filhos, tornando mais provável que os pais ajam de maneira inconsistente e utilizem atitudes opostas de acordo com o nível de estresse do momento, dificultando a aprendizagem de padrões de comportamento funcionais pelas crianças.

Ainda assim, os dados deste estudo sugerem ser correta a afirmativa encontrada na literatura de que — embora as dificuldades de manejo dos sintomas comportamentais do TDAH sejam grandes — a motivação positiva e a recompensa dada à criança por se comportar de maneira adequada é uma estratégia de eficácia significativamente maior que a das medidas punitivas, que apresentam um resultado imediato, mas não-persistente, de supressão do comportamento.

“O fato dela gostar mais de mim, faz com que ela me respeite mais, né?” Ernane.

O insucesso dos esforços para o estabelecimento de limites e controle dos comportamentos disruptivos das crianças com TDAH resulta muitas vezes em uma “redução dos esforços de controle parental e um desengajamento das interações pais-filhos, estratégia que pode ter benefícios a curto prazo para os pais, mas custos a longo prazo para ambos, pais e filhos” (JOHNSTON; MASH, 2001). A criança pode interpretar o comportamento dos pais como indiferença ou desamor e provavelmente reagirá com comportamentos e demandas inadequadas gerando dificuldades ainda maiores.

“Hoje eu chego do serviço, vô pra dentro do quarto e fico lá. Num faço mais nada”. Aline.

“..De vez e quando eu falo com ele: -cê quer ir? Vai! A porta tá aberta! Ai ele: -quê isso mãe, vou não!” Vilma.

Outras vezes as punições vão se tornando mais severas e freqüentes, embora não surtam o resultado esperado: o controle sobre o comportamento do filho.

“Um dia meu marido pôs... um dia ele fez demais! Num gostei do castigo não! Tanto que fiquei com o coração dueno. Nossa! Ele ficô de joelho, ele falou que tava gostoso! E meu marido: - tá gostoso? Pegô um tanto de britinha, sabe, britinha, e ele pôs ele lá, e ele chorava: Ahhh, tem pena do meu joelho! E meu marido ficava lá: -enquanto esse menino não tiver corrigido ele vai ficar lá!” Carina.

“Obedece porque... de vez em quando eu dou nele umas lambadinha. O pai dele é duro, o pai dele não pega leve, porque ele tem umas brechinha já, o pai dele de vez em quando dá umas pesada nele! Já deu até brecha na cabeça dele de bater! [...] Ééééé... de bater mesmo! Paulada mesmo! Porque tem hora que tira ele do limite, um menino deste tamanho!” Vilma.

## E.2 Atitudes punitivas

A punição está incluída entre as práticas educativas que Hoffman (1975) nomeia de coercitivas e, de acordo com o autor, caracterizam-se pelo uso da força e do poder<sup>4</sup> dos pais para fazer com que a criança adéqüe seu comportamento à vontade deles por temor a sanções. Segundo Hoffman (1975), essas estratégias conduzem à percepção dos padrões morais e das normas sociais como algo imposto e externo ao indivíduo, provocando nas crianças medo, hostilidade e ansiedade.

A fim de punir e de suprimir os comportamentos indesejados de seus filhos, os pais relataram atitudes de impedi-los de brincar, de ver TV e passear, para obrigá-los a ficar no quarto; proibi-los de fazer o que mais gostam; ameaçá-los; agredi-los verbalmente e puni-los fisicamente.

“Eu proíbo ele de sair, de brincar com os colega, os colega vão lá e eu falo:-não, ele tá de castigo, ele num me obedeceu!” Elena.

---

<sup>4</sup> Poder é definido por Hoffman (1960) como o potencial de uma pessoa para compelir outra a agir contra sua própria vontade.

“Vai ficar dentro do quarto, que é o que mais dói nele! Quietos. Sem televisão. É onde mais dói. Ele num quer ficar quieto! Então é onde mais dói! [...] Ele fica. Ele arruma uma bebezão de água, uma fazeção de xixi, pra poder sair, mas ele fica” Efigênia.

Os pais buscam encontrar maneiras eficientes de fazer com que a criança obedeça, utilizando aquelas punições que observam ser mais dolorosas, mas relatam que as crianças geralmente não sofrem com os castigos como os pais pretendiam e, assim, estes passam a não ter eficácia:

“A gente tira, tira isso, tira aquilo, mas não adianta muito não! [...] Eles num liga não! Você fala assim: — Cê num vai andar de bicicleta hoje. Tá! Ele num vai, mas ele sai a pé! E brinca e diverte do mesmo jeito! O pai dele botava ele de castigo dentro do quarto, aí quando olhava ele deitava na cama e dormia! Cê ia lá e cadê ele? Dormindo! Aí acabou o castigo!” Vilma.

“Ela também é o seguinte: você dá castigo pra ela, ela fica triste, tal e tal... às vezes ela obedece, num faz, mas se a gente fala: -cê não vai ver televisão! Ela não cumpre ou então daí a pouco ela tá dormindo ou brincando de boneca!” Valter.

Muito freqüentemente os pais se irritam e castigam os filhos com ofensas e desqualificações, comumente dirigidas à inteligência da criança:

“O pai dele também num é de bater. Ele xinga muito. O problema dele é que ele xinga muito! Fala muita coisa pro menino e eu num gosto! Xinga ele assim: -ah! Seu burro! Eu num gosto que ele xinga ele assim!” Elena.

Observamos que também as ameaças são comuns e estas sugerem ou explicitam que, se a criança não se submeter à vontade dos pais, será punida severamente:

“Eu sou sua mãe e você é meu filho, você tem que me obedecer porque eu estou te ensinando o certo! E se eu não te ensinar, seu pai vai te ensinar!” Vilma.

As punições costumam vir seguidas de arrependimento e conseqüente atenção adicional dos pais ao filho, comportamento este que estimula o padrão inadequado de comportamento (ALVARENGA; PICCININI, 2001).

“...muita impaciência, muita raiva, muito grito, muito... muito castigo, sabe? De vez em quando batia também. Muito! Muito assim, era pouco na intensidade porque eu morria de dó e me arrependia demais! Muita culpa...” Eneida.

“Ah... ele num tem paciência com ela, ele grita demais com ela, tá nervoso fala que vai bater, que não sei o que, mas só ameaça e num cumpre. Só fala e nada acontece! E, ao mesmo tempo, faz tudo que ela quer” Ana.

Os pais se vêem pressionados por pessoas do seu convívio, que julgam o comportamento do filho como resultante de displicência ou benevolência de sua parte. Em resposta a esse tipo de pressão, os castigos podem ser intensificados.

“...mas chega num ponto que eu vou cortar o quê mais do meu filho? Eu vou punir mais ele?...mas é o que passa pra quem não entende a coisa!” Vicente.

Depois do “couro” alguns pais relatam conversas a fim de explicar porque a criança apanhou e isso parece amenizar para eles a atitude agressiva e dar-lhe um sentido educativo.

Em um estudo com crianças vítimas de violência, Ricas & Donoso (2006) relacionam a postura dos pais de se sentir no direito de castigar fisicamente as crianças a uma atitude advinda de um processo histórico, no qual “os filhos foram, durante séculos, considerados propriedade dos pais, devendo a estes, submissão e obediência” incondicionais. Segundo as autoras, essas crenças, que legitimaram a violência contra a criança ao longo dos séculos, vêm sendo questionadas nas últimas décadas, mas estão ainda fortemente arraigadas nas pessoas e são ainda aceitas socialmente.

Ele me respeita! Ele andou me respondendo eu falei com ele: -me responde procê vê! Eu vou bater na sua boca! Eu nunca deixei de ser sua mãe e nunca vou deixar, cê presta bem atenção nisso! Eu que coloquei você no mundo e você vai ser sempre meu filho! Até quando cê estiver adulto, eu vou ter o direito de te corrigir!” Efigênia.

“O filho é meu, e tem hora que cê tem que bater mesmo porque ele tem que obedecer! Tem que ter um limite! Pra mim tem que ser assim” Vilma.

No ato de punir uma criança, o limite entre a disciplina e a agressão é muito frágil, e a atitude educativa ou disciplinar pode facilmente se transformar em um ato lesivo à criança, configurando-se como violência física ou emocional.

No estudo de Donoso (2006), do ponto de vista das mães, o significado de violência foi associado mais à intenção do que à forma ou à intensidade do castigo. No entendimento delas, se a intenção é educativa, não há violência.

Do ponto de vista legal, violência intrafamiliar é:

...toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

São quatro as formas de violência intrafamiliar: (a) violência psicológica; (b) violência física; (c) a negligência; e (d) violência sexual (DAY *et al.*, 2003). As três primeiras foram encontradas no grupo pesquisado.

Muitas das práticas disciplinares expostas pelos pais resvalam ou se configuram claramente como violência psicológica contra as crianças e adolescentes portadores de TDAH. Segundo PFFEIFER (2003), violência psicológica consiste

...na submissão da criança ou adolescente por parte dos pais ou responsáveis por meio de agressões verbais, humilhação, desqualificação, tratamento como de menos-valia, culpabilização, responsabilização excessiva, indiferença ou rejeição, podendo levar a danos, muitas vezes irreversíveis, a seu desenvolvimento global, principalmente na área psicossocial (PFFEIFER, 2003).

Essa é a forma de violência intrafamiliar mais comumente praticada, embora seja de difícil detecção, já que não deixa marcas visíveis (RICAS; DONOSO, 2006). As marcas aparecerão na forma de quadros de ansiedade, depressão, fobias, isolamento, problemas cognitivos, sociais e comportamentais, quadros psiquiátricos e psicossomáticos (DAY *et al.*, 2003).

De acordo com (BARKLEY, 2002) o excesso de punições, especialmente na ausência de recompensas e respostas positivas, além de não ser eficiente para a mudança do comportamento no TDAH, gera ressentimento e hostilidade na criança com conseqüentes desvios de comportamento.

Por outro lado, um ambiente familiar extremamente sensível e responsivo pode servir como fator de proteção, facilitando o desenvolvimento da auto-regulação e podendo atenuar os sintomas em crianças com predisposição biológica para o

transtorno (JOHNSTON; MASH, 2001).

“Depois disso eu conversei com ela, eu tentei consertar:- oh minha filha, você tem condição sim! Você tem condição! Fica tranquila que eu -eu devia ter feito isso na hora! -eu estou do seu lado! Se você conseguir, parabéns! É o mais certo, é o melhor pra você! Mas se você não conseguir eu estou do seu lado e enquanto eu estiver do seu lado eu vou te ajudar, vou te apoiar” Valter.

“... eu largo tudo prá lá, vô sentá com ele e vô ajudá ele. Eu ajudano ele, cê precisa de vê, parece outra pessoa! Mais se eu num ajudá ele... ele parece pior de que uma criança de um ano! sabe nada! Parece que esquece tudo! Agora se eu lembrá ele: -Cê lembra isso aqui comê que a gente faz? Cê lembra aquilo que eu te ensinei aquele dia? Aí ele vai lembrano. Mais tem que ter paciência, sabe?” Efigênia.

Investigando a punição corporal nas famílias de crianças com TDAH, Alizadeh, Applequist e Coolidge (2007) constataram que pais de crianças com TDAH usam significativamente mais punição corporal que pais de crianças sem TDAH. O estudo provê fortes evidências de que crianças com TDAH estão em risco considerável de sofrer abuso<sup>5</sup> pelos pais. Outros estudos demonstram que o comportamento dos pais melhora (torna-se menos diretivo e mais responsivo) quando a criança está medicada, tanto em situações de tarefa quanto nas brincadeiras, mas especialmente nas primeiras (JOHNSON; MASH, 2001).

Até a década de 1960, quando surgiram os primeiros estudos sobre a violência contra a criança, pensava-se que ela era rara, pois o castigo físico às crianças era aceito socialmente. Atualmente, embora não haja consenso sobre quais métodos disciplinares são considerados violentos, a tendência mundial é considerar como violência física qualquer ação, atitude ou prática disciplinar que atinja o corpo da criança ou adolescente.

Bater nas crianças é uma prática comum a quase todas as famílias que participaram do estudo, e os pais se referiram a palmadas, tapas inclusive na boca, couro de chinelo, “cocão”, paulada, golpes com tamanco, além de atos como jogar objetos na criança, deixá-la de castigo ajoelhada na brita. A intensidade pode ser exemplificada pelo relato de uma punição em que um pai teria “aberto uma brecha” na cabeça do filho. A maioria dos pais e das mães que participaram do estudo afirmam que bater não leva a criança a obedecer, portanto, não produz o resultado esperado. Ao contrário, eles relatam que a criança se

---

<sup>5</sup> O termo “abuso”, traduzido de *child abuse*, é usado aqui como sinônimo de “violência”.

torna mais opositiva, se habitua a apanhar e não muda o comportamento.

“Eu batia nela; a gente batia nela [...] Então o que acontece? Ela pegava e... já acostumou com isso! Enfrentava a gente de qualquer jeito, enfrentava: — Não! Eu não vou fazer isso não! Não vou fazer isso!” Valter.

A punição corporal utilizada como prática disciplinar é efetiva para mudar o comportamento de forma imediata, mas assim que cessa, a criança volta a apresentar o mesmo comportamento anterior (ALIZADEH; APPLEQUIST; COOLIDGE, 2007). O uso de críticas e punições excessivas provoca insegurança e medo de falhar, além de treinar a criança para ser opositiva (BARKLEY, 2002).

Alguns pais afirmam que bater é um recurso educativo apropriado, como no caso desta mãe, que se mostrou afetiva e empenhada em ajudar sua filha a transpor as dificuldades impostas pelo transtorno, mas aprova que o marido castigue a filha fisicamente:

“Às vezes ela faz coisa errada, e ele põe de castigo, pega o chinelo e seeenta na bunda dela: — Cê tá fazeno coisa errada? e pá, pá, pá! Aí bate, na hora certa que tem que bater!” Anete.

Outra mãe utiliza a punição física assiduamente, assim como o marido, e a considera necessária e eficaz. Argumenta que, tal qual seus próprios pais, eles têm o direito de bater em seus filhos. Nesse caso, não parece haver proximidade e apoio afetivo ao filho, e os castigos são muito severos tendo sido relatados espancamentos que provocaram lesão física grave:

“Uai! se eu não bater nele, ele vai me bater depois! O psicólogo mesmo falou comigo, eu falei assim: — Não! Comigo é assim! Tem que ter também! Porque ele é grande, ele é grande! Eu fui criada assim, pai pode bater no filho, filho é que não pode bater na mãe! Então se ele falar alto comigo ou qualquer coisa... aí eu corrijo. Corrijo ele mesmo! Mas ele já obedece. Ele obedece eu porque... ele sabe que é... e também algum dinheiro... ele precisa... Eu falo assim: — Uai, eu não preciso de você não, você que precisa de mim!” Vilma.

Observa-se, neste caso, que a violência física vem acompanhada de violência psicológica. Segundo os relatos da mãe, ela e o marido espancam o filho e usam a dependência da criança para submetê-la com ameaças de abandono. O relato da mãe suscitou reações nos outros pais participantes do mesmo grupo, que tentaram chamar sua atenção para as possíveis consequências de seus atos violentos para com a criança, aos quais ela responde reafirmando sua convicção e acrescentando que o filho “gosta de apanhar”:

Vilma: — Obedece porque... de vez em quando eu dou nele umas lambadinha... [...] o pai dele é duro, o pai dele não pega leve, porque... ele tem umas brechinha já, o pai dele de vez em quando dá umas pesada nele! Já deu até brecha na cabeça dele.

Vanessa: — Deve ter tido algum reflexo né, dele ter sido agredido...?

Vilma: — Não... mas ele é pai dele, uai!

Vanessa: — Pra ele ter... seu filho... essa ação do pai, né?

Vilma: — Não... não! Ele gosta! No fundo gosta!

Vanessa: — Ah, não!

Valter: — De ser corrigido?

Vilma: — Gosta! Gosta!

Vanessa: — Ah não! Mas... eu falo que tem um reflexo porque bater assim..!

Vilma: — Mesmo que meu pai me der uma surra, mas... eu já sei que meu pai vai me dá uma surra mesmo, mas eu já fui, já fiz! -Quer dizer, ele gosta! No fundo, aceita, sabe? Num arrevolta com isso não. Com o pai, não! Porque o pai dele é muito carinhoso com ele e tudo... num pode é assim, cê bater e ficar naquilo. Mas na hora ele viu que ele errou, ué, num tem como!

Um estudo realizado com 1.251 crianças no Estado de São Paulo, que teve como um dos objetivos “verificar se as crenças e atitudes dos pais/cuidadores estão associadas a problemas de saúde mental nas crianças”, concluiu que “pais que acreditam na punição física como método educativo agredem fisicamente seus filhos com maior frequência (64%). Esse estudo encontrou taxas de hiperatividade (45% vs 29,7%) e problemas de conduta (50% vs 30,9%) muito altas em crianças que sofrem punição física grave comparadas às crianças que não sofrem esse tipo de agressão. Constatou-se também que os pais que utilizam esses métodos costumam desvalorizar as crianças “não vendo nelas qualidades e/ou capacidades” (VITOLLO et al., 2005).

Observamos a influência do discurso científico na fala dos pais que defendem uma abordagem educativa baseada no diálogo e sem o uso da força física, mas na prática a maioria deles continua batendo em suas crianças. Isso sugere uma aceitação desse discurso no nível cognitivo, de forma superficial, sem modificação no sistema e crenças, portanto sem repercussão na prática. Podemos notar que muitas vezes essas pessoas fazem alusão ao castigo físico, mas sem explicitá-lo, o que aponta para uma censura a assumir claramente essas atitudes.

“Mas eu não conseguia nada, mas cê sabe o que é cê num conseguir nada? Eu não conseguia nada, a não ser assim, na base da... cê entendeu?” Carmem.

Sabendo, a partir das próprias experiências, que bater não produz os resultados esperados, esses pais, quando batem, não têm intenção educativa nem esperam obediência: eles estão descarregando a raiva proveniente dos próprios sentimentos de impotência, fracasso e medo, que são fortemente mobilizados no convívio com a criança, sentimentos que não conseguem manter sob controle. Essas reações ferem o corpo e ofendem gravemente a estrutura psíquica, além de comprometer o desenvolvimento e trazer prejuízos à criança seja no âmbito individual e familiar, seja no âmbito social (VASCONCELOS; SOUZA, 2006), além de se associar a comportamentos agressivos, anti-sociais e criminosos na vida adulta (GERSHOFF, 2002).

“Me dá uma sensação assim de impotência, cê entendeu? Tem hora que parece que ela tá me dominando, aí eu tenho que bater nela pra ela ver que ela num me domina! Eu sei que eu não posso fazer isso porque não adianta bater! Não adianta, não adianta! Não adianta você fazer nada! Eu queria que adiantasse, porque... Eu converso com ela, não adianta também!” Ana.

“Eu tô ficando muito nervosa com ele! Às vezes bato, às vezes dou má resposta, mas... sabe, num tá na gente, porque a gente já tá agitada demais!” Carina.

A criança é, por vezes, culpabilizada pelo descontrole emocional e pelo comportamento inadequado dos pais:

“E parece que ela, assim, gosta de me irritar! sabe? [...] quando eu vejo já estou batendo.” Ana.

A fala dessa mãe retrata um argumento que parece estar na transição entre o discurso que defende o direito dos pais de bater em seus filhos e o discurso científico, que considera essa prática danosa ao desenvolvimento da criança. A mãe assume que não pode descarregar sua ira na criança, embora pareça ainda acreditar nesse suposto recurso educativo:

“Eu acho que você não pode bater irado, né? Quando cê bate irado...” Vanessa.

Observamos que, para vários pais, a justificativa para bater costuma ser não saber mais o que fazer com a criança:

“A questão de chegar... à agressão física, eu geralmente, não chego a esse ponto, é... em último caso, né? Vai assim... estourou e tal... mas mesmo assim, eu chego e explico pra ele:

— Te falei uma, te falei duas, três... o que eu posso fazer mais? Não tem jeito, né?" Vicente.

Esta mãe, embora tenha dificuldades para conter as atitudes punitivas do marido, afirma não fazer uso de punição física e se apóia no modelo da própria família de origem, que nunca utilizou tais métodos:

"Meus pais nunca precisô brigar comigo, e olha que eu dei trabalho no primeiro ano, viu? Eu era cabeçada! hehe Num aprendia de jeito nenhum! E eles nunca me encostô a mão pra me bater! Era bravo, com todos os meus irmão, mas... batê, espancá, isso não! Por isso que eu faço a mesma coisa com o meu filho. Ele já dá trabalho, já é difícil cuidá dele, agora eu vou deixar ele pior do que ele já tá, né? Mas o meu marido é difícil!" Elena.

Como este, tivemos outros depoimentos exemplares da transmissão transgeracional das práticas educativas, que se transformam em crenças rígidas e poderosas que compelem os pais à utilização, com os filhos, dos mesmos métodos que lhe foram aplicados por seus próprios pais. Esta é uma questão que se reveste de alta relevância quando avaliamos suas conseqüências a longo prazo.

Em pesquisa sobre a punição física, Weber *et al.* (2004) constataram que 66% dos adolescentes que apanham concordam que as crianças que fazem algo errado devem apanhar. Outro estudo (BLACHNO *et al.* 2006), que investigou a freqüência e a causa da punição corporal em crianças com TDAH, constatou que 95% dos pais abusam fisicamente dos filhos. Os pais que também têm TDAH, comparados com os que não têm, usam tipos mais sérios de punição física. Considerando-se somente esse fator, esses dados poderiam levar a supor que as próximas gerações de famílias com membros portadores de TDAH tenderiam a manter a violência.

Por outro lado, a hipótese da transmissão transgeracional da violência tem sido revista, e alguns estudos têm apontado que crianças maltratadas podem, pelo contrário, tornar-se adultos mais propensos à vitimização do que ao comportamento abusivo (RENNER; SLACK, 2006). As crianças podem perceber a punição como um cuidado dos pais para com elas ou, sentindo-se culpadas, concordarem com a punição e até mesmo sentirem-se aliviadas de sua culpa (DONOSO, 2006). Se a experiência mina o desenvolvimento de sua auto-estima, de sua autonomia e de sua capacidade de estar diante de outro adulto em condição de igualdade, esta pessoa poderá estar sempre em posição de

submissão, situação esta propícia à revitimização.

Além do mais, deve-se considerar a complexidade de fatores que interferem na formação de crenças e atitudes e em suas transformações. Esse e outros trabalhos têm mostrado, por exemplo, que os pais incorporaram — em maior ou menor grau, mais superficialmente ou mais profundamente — outros discursos, sobretudo o discurso acadêmico, que coexiste com resquícios do discurso religioso, com o discurso da tradição, o discurso do senso comum, etc.

A partir dos pressupostos do Construtivismo, podemos supor que, em termos comportamentais, o resultado da experiência de ser punido fisicamente pelos pais vai depender tanto da maneira como essa experiência é processada e significada pelo indivíduo, quanto das crenças que o indivíduo constrói a partir dessa experiência.

Donoso (2006, p. 111) identificou algumas crenças atuais entre nós sobre o uso da punição física:

1. *“Quando a falta justifica, pode-se bater”*, ou seja, quando a criança “merece” ou “pede para apanhar”, deve apanhar. Nesse caso a responsabilidade é do filho, que fez por merecer. As autoras se referem aqui ao tamanho da falta, socialmente considerado, como por exemplo, o roubo.
2. *As crianças têm que apanhar para aprender a ter limites*. Aqui os pais afirmam não dispor de outras alternativas e recursos para educar seus filhos.
3. *Os pais podem bater, desde que expliquem porque estão batendo*. Aqui, identifica-se uma mudança no discurso com relativização do poder dos pais: bater só é educativo se for acompanhado de explicações.
4. *Bater nas nádegas e nos membros não fere a criança física nem psicologicamente*. Outra restrição: pode bater, contanto que não machuque a criança. Há aqui também a questão do significado social conferido as partes do corpo que implica em diferentes sentidos ao se apanhar nas nádegas ou, por exemplo, na face, sendo esta última conotada como uma atitude de humilhação.
5. *Mesmo que se arrependam, os pais não podem dizer isto à criança*, ou seja, os pais não podem admitir que erraram ou os pais não podem errar,

ou os pais estão sempre certos e podem fazer o que quiserem com seus filhos, ou ainda, admitir o erro poderia diminuir a eficácia do castigo em uma próxima vez.

6. As mães que não concordavam com a punição física neste estudo alegaram que o castigo físico não resolve ou que “*castigo físico é ignorância*”. Isto também pode estar apontando para uma transformação no discurso, sugerindo que quem tem conhecimento não bate, “não é ignorante”, identificando o conhecimento como se contrapondo e como valor em relação à tradição.

A autora aponta ainda a aceitação do castigo físico da criança como legal, pois no discurso dos pais faltam referências ao castigo como crime ou como algo passível de punição social e legal. Ela atribui o fato à questão de que dificilmente pais são condenados à prisão por agredir e até mesmo matar seus filhos, o que corrobora a convicção secular de que filhos são propriedade dos pais, que detêm sobre eles o poder absoluto, inclusive de vida ou de morte.

A intensidade do estresse parental foi positivamente associada com o potencial para abuso físico em pais que acreditam no valor da punição corporal como método de intervenção com a criança; já entre os pais que não têm essas crenças, o estresse não foi associado ao abuso físico dos filhos. Sob condições de alto nível de estresse é mais provável que os pais ajam irrefletidamente com base em suas crenças básicas subjacentes, o que aumenta a influência dessas crenças sob tais condições (CROUCH; BEHL, 2001).

O estudo realizado pelos pesquisadores Briscoe e Hinshaw (2006) na Califórnia (EUA), com o objetivo de examinar a apresentação clínica e os prejuízos da co-ocorrência de TDAH e abuso, encontrou índices significativamente mais altos de abuso em meninas com TDAH (14,3%) em comparação com meninas sem TDAH (4,3%). A maior parte dos abusos foi encontrada em meninas que apresentavam o TDAH do tipo combinado de desatenção e oposição. O estudo encontrou altos índices de comportamento agressivo e de rejeição pelos pares no subgrupo de meninas com TDAH que tinham história de abuso comparado com o subgrupo sem esse antecedente. Os pesquisadores citam também o estudo de Ford *et al.*

(2000)<sup>6</sup>, que encontrou história de trauma em 91% das crianças com comorbidade de TDAH e TOD (transtorno opositivo desafiante). Os autores levantam a questão sobre o possível papel do trauma por abuso na etiologia e/ou no agravamento dos quadros de TDAH.

Um estudo realizado no Japão por Endo, Sugiyama e Someya (2006) levantou alguns dados, que também sugerem algumas reflexões nessa mesma direção. Os pesquisadores verificaram, em uma amostra de crianças vítimas de abuso, que 67% dos sujeitos preenchiam os critérios diagnósticos para o TDAH, enquanto apenas 27% cumpriam com esses critérios antes do abuso. Verificaram também que entre os pais das crianças que já apresentavam os sintomas antes do abuso, havia um número significativamente maior de pais que preenchiam os critérios para o TDAH, em comparação com os pais do grupo que só apresentou os sintomas depois do abuso.

Os autores indicam algumas possíveis interpretações dos dados: (a) um elevado número de crianças vítimas de abuso poderiam estar sendo diagnosticadas erroneamente como portadoras de TDAH; (b) os pais supostamente portadores de TDAH têm maior probabilidade de abusar de suas crianças; e (c) esses pais foram abusados por seus pais e se tornaram portadores de TDAH depois do abuso.

Rucklidge et al. (2006) chamam a atenção para a superposição entre os sintomas de TDAH e TEPT (transtorno de estresse pós-traumático), ou seja, hiperatividade, desatenção, impulsividade, irritabilidade, agressividade. Para eles, a sintomatologia de TDAH, em algum grau, talvez possa ser atribuída ao TEPT advindo de experiências de abuso e lembram que as intervenções adequadas para o TDAH podem não ser adequadas para o tratamento de trauma.

A punição física produz prejuízos emocionais graves, gerando na criança uma confusão entre amor e dor, ódio e submissão (PIRES, 1999). A combinação de

---

<sup>6</sup> FORD et al. Child maltreatment, other trauma exposure and posttraumatic symptomatology among young children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders, Child Maltreatment 5(2000), pp. 205-217)

estresse parental com o temperamento difícil das crianças que têm TDAH pode levar ao comportamento abusivo dos pais, o que acentua as tendências agressivas da criança. Além disso, o trauma predispõe ao comportamento agressivo, o que trará prejuízos marcantes e duradouros na vida das crianças (BRISCOE & HINSHAW, 2006). Na vida adulta as condutas agressivas poderão se voltar contra o cônjuge, os filhos, a sociedade e resultar em crimes violentos. A literatura mostra que em presídios encontram-se entre os detentos taxas muito altas de pessoas que sofreram violência na infância. Por essa razão, os EUA, a Austrália e países da Europa têm modificado sua legislação proibindo a punição física das crianças, a fim de reduzir a violência na sociedade (VITOLO et al., 2005).

Diante desses fatos, uma rotina que investigue a presença de violência intrafamiliar nos casos de TDAH é fortemente recomendada. Os profissionais de saúde devem conscientizar os pais das repercussões da punição corporal e ajudá-los a desenvolver estratégias que envolvam reforço e recompensas (ALIZADEH; APPLEQUIST; COOLIDGE, 2007).

### **E.3 Complacência, desistência, negligência**

Em alguns casos parece haver uma postura de complacência dos pais para com os comportamentos inadequados dos filhos, a fim de tentar minimizar a gravidade de suas ações, valorizando-as de forma distorcida ou colocando os filhos como vítimas.

“Outro dia... teve um episódio lá, dele tacá uma tesoura no menino. Eu falo com ele: — Meu filho, cê num levanta a mão pra ninguém! Mas ele é muito estouvado! Eu falei assim (com a professora): — A senhora também tinha que olhar se os meninos num tão irritano ele pra senhora chamar atenção! Entendeu? Eu penso dessa maneira, que... ela é educadora, ela tinha que falá: — ô Fulano, cê num irrita o Sicrano não!” Carina.

“Ela tem uma personalidade muito forte, então ela sempre quer se impor, né?” Ernane.

Alguns depoimentos apontam para atitudes que podem ser vistas como negligência dos pais para com os filhos, como deixá-los sozinhos em casa o dia todo sem o cuidado de um adulto, dar dinheiro para que saiam de casa a fim de

se verem livres da criança ou ficar indiferente às suas necessidades afetivas e emocionais.

“Já conversei, já briguei, já bati, hoje não faço mais nada não. Hoje eu chego do serviço, vô pra dentro do quarto e fico lá. Num faço mais nada. Não sei mais o quê que tem que fazer! Então... quando eu chego ele já tá dormindo, eu vou pra sala assistir televisão...” Aline.

“Toma logo [refere-se a dinheiro] Deus que me perdoe! Vai logo, vai lá pro *lan house*! Eu chego do serviço cansada!” Vilma.

No primeiro caso, a mãe alega que essa atitude é resultante de um estado de exaustão. Ela afirma já ter tentado tudo o que podia, até desistir de obter apoio e fazer tentativas para a condução do filho.

A negligência caracteriza-se pela omissão de cuidados e atendimento às necessidades básicas da criança (saúde, alimentação, respeito, afeto, educação) para seu desenvolvimento físico, emocional e social. Nas circunstâncias em que a mãe trabalha fora para sustentar os filhos e/ou naquelas em que as necessidades das crianças não são atendidas em decorrência de pobreza, a inexistência de uma rede de apoio social é fator fundamental na geração desse tipo situação, em que pode não haver intenção negligente, mas a mãe não tem como oferecer à criança o provimento de suas necessidades, o que se configura como uma situação de desamparo da qual a criança precisa ser protegida (PFFEIFER, 2003). A criança negligenciada está exposta a acidentes, intoxicações, higiene precária e desnutrição, que a deixam vulnerável a doenças, acarretando efeitos a longo prazo ainda mais nocivos do que a violência física (PIRES, 1999).

“Eu praticamente fico o dia inteiro fora, eu saio de casa às 6:00 da manhã e volto às 11:00 da noite. Os meninos vão pra escola, então eles ficam a maior parte do tempo sozinhos. Eu moro no lote da minha mãe, mas eles ficam sozinhos. [...] quando eu preciso de ajuda... ninguém! Num acho ninguém pra ajudar a gente. Nem família! A família é a primeira a sair fora! Deixa a gente... se virar sozinha! Sabe? E não tenho ajuda nenhuma! [...] Eu peço ajuda pra Deus! Eu faço o que me dá vontade de fazer porque num adianta nada que eu faço! Eu vou levando assim...” Aline.

Há casos em que o estresse e/ou outras condições emocionais dos pais predispõem ao descuido com o filho, podendo até mesmo incapacitá-los para o cumprimento da função parental.

“Aah [suspira], eu não sei te falar, eu tô muito, eu tô muito nervosa! Sabe? Nervosa demais! Eu não tenho idade mais pra ter filho. Entendeu? Realmente, eu não queria ter a Ana Luíza! Vou ser bem sincera!” Ana.

Além de poder resultar da rejeição ou de um vínculo frágil com a criança, a negligência dos pais pode decorrer de pouca percepção das necessidades da criança, de má interpretação dos sinais que ela dá de suas necessidades ou da inabilidade dos pais para responder a estas adequadamente. No caso de pais portadores do TDAH essas habilidades podem estar comprometidas devido à dificuldade de priorizar os estímulos do ambiente e sustentar a atenção por tempo suficiente para o atendimento à necessidade da criança (MULSOW; O'NEAL; MURRY, 2001).

“Muita coisa que eu não lembro é porque não me marcou, simplesmente passou. Se me perguntar qual foi a primeira palavra que o Gabriel falou? Não sei! Com qual idade? Não sei. Quando que ele andou? Não sei! Entendeu? Porque eu vivi ali aquele momento na hora, mas ele não marcou. E eu não quero isso pra mim mais. Eu quero, sabe, viver realmente com minha família, construir realmente!” Estela.

#### **E.4 Atitudes antes e depois do diagnóstico**

Um dado importante que pudemos observar através deste estudo foi uma mudança significativa na relação entre pais e filhos depois do diagnóstico em todas as famílias entrevistadas. Os pais relatam que antes do diagnóstico entendiam os comportamentos inadequados de seus filhos como preguiça, rebeldia, má vontade, lerdeza, petulância ou como resultado da sua própria incompetência para educar. Ambos os entendimentos acarretavam prejuízo para o relacionamento: ou disparavam todas as atitudes raivosas e punitivas aqui já relatadas, ou minavam a auto-estima dos pais, gerando conseqüências negativas para consigo mesmos e para com os filhos.

Alguns pais relataram que, depois do diagnóstico de TDAH, a compreensão de que os comportamentos dos filhos são impulsionados por fatores biológicos e que muitas vezes independem da vontade levou à desculpabilização de ambos os lados, gerou maior tolerância e evocou nos pais o desejo de aprender novas maneiras de lidar com o filho, levando-os a frear, diminuir ou até abandonar as

práticas punitivas.

“Já pegamos pesado com ela demais, sabe, já... já, né, teve couro, teve coisas que... não é por aí... nós já vacilamos muito, cobramos demais dela, e ela é uma menina diferente! Ela é diferente, a gente sabe que ela é diferente agora ” Valter.

“Antes eu num tinha paciência, né? Achava que aquilo ali era birra dele, era preguiça, era implicância comigo, depois que eu vi que é o *pobrema*, tem que ter paciência, né? És *conversaro* comigo, me déro um livrinho, pediu pra ele mostrar pra professora, tem até o livrinho até hoje, *explicano* porque que tem isso, até as professora tem que ter esse cuidado, igual, aí cê tem que ter paciência também pra ensinar!” Elena.

“Mudou como eu trato ele. [...] antigamente... no começo, eu me culpava muito pelo erro, então eu vi que o erro não tá em mim! Primeira coisa, eu achava que eu errei, que eu tinha errado muito com o Gerson! Então eu vi que o erro não foi meu” Efigênia.

“...porque pelo seu jeito, você joga a culpa toda nela! Cê tem que dar um desconto pra eles porque a gente vai ter que entender! Mas eles não têm culpa! A gente que tinha que prevenir. Vamos prevenir! É o melhor que eu faço. A criança não tem culpa, e a gente fica aqui julgando pra todos cantos! Pra quê? Pra eles serem uma pessoa de má índole no futuro? E a gente, como é que fica?” Aline.

Uma mãe participante de um dos grupos resistiu muito a aceitar o diagnóstico do filho: não comunicou à escola, quis refazer os testes e ressaltou algumas vezes no grupo que o filho não tomava medicação e que ela não estava certa do diagnóstico.

“Talvez, que ele ainda tá... imaturo. Por isso deu esse discreto déficit de atenção, né? Que a imaturidade, talvez, que ele tá...por isso que deu este resultado” Cibeles.

De acordo com os registros do prontuário, essa mãe abandonou o tratamento no ambulatório e, mesmo enfrentando dificuldades para aceitar e lidar com o diagnóstico, ela relata mudanças de comportamento para com o filho:

“Então mudou, assim, que eu passei a... talvez a cobrar menos, sabe como? Afinal de contas ele tá na terceira série!” Cibeles.

Embora exista um hiato entre o discurso e a ação em muitos desses pais, a conscientização e a mudança no discurso, ainda que a mudança comportamental esteja apenas no início, é o caminho para a realização das transformações necessárias para que essas famílias e seus filhos possam ter uma melhor

qualidade de vida.

“Que às vezes eu fico com raiva, bato ou... mas é tão raro isso acontecer, tão raro! Que normalmente eu não espero isso chegar no meu limite, eu converso bastante antes, apesar da minha ansiedade, da minha impaciência, eu não chego às raias da impulsividade mais” Eneida.

“Depois que... que... ele foi diagnosticado, eu acho mais fácil, mais fácil lidar com ele agora, porque antes eu falava: nossa!!! Por quê que ocê é tão diferente do seu irmão? [...] agora é mais fácil. Ele faz as coisas, eu sento perto dele e falo: — O’ André, não é assim! Cê num pode ficar agino assim! [...] É muito mais fácil lidar com ele agora sabendo o que ele tem, do que antes. É muito mais fácil” Aline.

A consciência de que as atitudes punitivas trouxeram prejuízos aos filhos às vezes gerou nos pais sentimentos de pesar, medo e culpa por ter infringido sofrimento a eles. É o caso deste pai, que expõe seus sentimentos e relata sua tentativa de redimir-se com a filha (por ter dito a ela que ela ia ser lixeira se não conseguisse estudar), oferecendo-lhe apoio, atenção e aceitação incondicional:

“Depois disso eu conversei com ela, eu tentei consertar: — O’ minha filha, você tem condição, sim! Você tem condição! Fica tranqüila que eu... — Eu devia ter feito isso na hora! — Eu estou do seu lado! Se você conseguir, parabéns! É o mais certo, é o melhor pra você! Mas se você não conseguir eu estou do seu lado e, enquanto eu estiver do seu lado, eu vou te ajudar, vou te apoiar! [...] Eu sinto que eu estraguei muito, eu machuquei muito o coração dela com isso! Machuquei muito ela com isso, essa ansiedade, esse perfeccionismo que a gente quer dela, mas a gente não tem!” Valter.

A compreensão da hereditariedade do transtorno levou os pais a um questionamento mais amplo e a considerações sobre a probabilidade da presença de TDAH em outras pessoas da família, inclusive eles próprios. Na maioria das vezes essa informação gerou maior responsividade nos pais, impulsionou-os a buscar maneiras de cooperar na evolução do tratamento com os filhos e facilitou a restauração dos laços afetivos com eles. Entre os sujeitos da pesquisa há pais que identificaram seu próprio TDAH no processo diagnóstico do filho, uma mãe que, supondo que seu próprio pai fosse portador, relata ter conseguido perdoá-lo pelas dificuldades que teria infringido à família; outra que atribuiu o fracasso e a morte do irmão ao transtorno e uma outra ainda que relata ter compreendido melhor a extrema desatenção do marido.

“Na minha família já teve caso de hiperatividade, e a gente não sabia. Depois que eu vim pra cá e comecei a fazer o tratamento dele aqui, pela entrevista que eu fiz com o médico é que eu descobri que tinha! E infelizmente, minha mãe não sabia, e a gente não sabia disso, tanto que eu não sabia desse problema, e foi... tomou um caminho muito trágico... meu irmão também era hiperativo e, como ela não tinha tratamento, naquela época não tinha tratamento nenhum, e ela num pôde se informar! Aí meu irmão foi pras drogas. Há 12 anos atrás ele morreu por causa disso. E eu tenho muito medo do meu filho tomar o mesmo caminho, porque ele é igualzinho, é igualzinho! Já é mais fácil aceitar mexer com isso hoje, mexer com ele desse jeito hoje, pra mim não sofrer o tanto que a minha mãe sofreu!” Aline.

As duas mães que foram diagnosticadas e receberam tratamento para o seu próprio TDAH relatam que sua organização tanto interna quanto externa reverteu-se em benefícios para os filhos: disponibilidade de tempo e atenção para eles, antes inexistentes; ajuda nas tarefas escolares; percepção de suas necessidades e talentos; cumprimento de horários; organização financeira da família; cuidados com o bem-estar e com a segurança da criança; maior controle da mãe sobre suas emoções e comportamentos; resolução de conflitos conjugais; maior eficácia na lida com os sintomas do TDAH do filho; fortalecimento do vínculo afetivo mãe-filho.

Os dados coletados neste estudo sugerem que, quanto mais cedo forem realizados o diagnóstico e o tratamento, maiores serão as chances de minimizar os danos à saúde mental, aos relacionamentos, à produtividade, à qualidade de vida, enfim, do indivíduo que tem TDAH e de sua família.

“Não quero... ter um filho esticado no chão, mexendo com droga! Não quero! Não quero o mesmo futuro que meu irmão teve não!” Aline.

## 6.4 Discussão dos resultados

*Cada possibilidade nova que tem a existência,  
até a menos provável, transforma a existência inteira.*

*Milan Kundera*

Os dados coletados nos permitiram o aprofundamento das reflexões, a confirmação de algumas suspeitas e o levantamento de outras questões quanto ao tema proposto para este estudo.

Pudemos observar, como já indicado em estudos anteriores, um grau significativo de disfunção nas famílias de crianças e adolescentes com TDAH. Compelidos, provavelmente, pelo sentimento de impotência que emerge das experiências de fracasso no controle do comportamento dos filhos, os pais costumam aumentar gradativamente o grau de severidade das punições, os conflitos dos casais se acirram, o estresse familiar se avoluma, provocando conflitos ainda maiores, em um processo de retroalimentação crescente. Observamos que alguns pais desistem de educar, manifestando desesperança quanto à possibilidade de haver solução para o problema. A violência física e psicológica e a negligência das necessidades afetivas e educativas das crianças em seu ambiente familiar observadas neste estudo, podem estar estreitamente relacionadas a este ciclo gerador de altos níveis de estresse no ambiente familiar. Parece que quanto mais os pais entendem que são incapazes de controlar as crianças, os sentimentos de frustração e impotência, somados ao temor do julgamento pelas pessoas como incompetentes em sua função de pai/ mãe, transformam-se em atitudes hostis, punitivas e/ou negligentes. Encontramos naqueles pais que se consideram capazes de prestar ajuda a seus filhos, sentimentos mais ternos e atitudes mais acolhedoras quanto às limitações das crianças. É interessante observar que, entre todos os participantes deste estudo, as duas únicas mães que relataram não utilizar punição física com o filho, também relatam não ter apanhado de seus pais. Este dado reforça a tese da reprodução transgeracional da violência, o que não descarta a hipótese de haver tendência ao conformismo e à revitimização secundárias à experiência de maus tratos, já que as duas possibilidades não são

incompatíveis.

Pudemos observar que algumas diferenças de condutas entre os pais estão também relacionadas às opiniões que eles têm sobre seus filhos. De forma geral, os pais que não acreditam ou não reconhecem capacidades nos filhos podem tender a não investir seu tempo e seus esforços para prestar ajuda à criança, tendendo, ao contrário, a desqualificar suas capacidades e/ou negligenciar suas necessidades. Aqueles que acreditam que seus filhos são capazes, mas que não se interessam e/ou não querem utilizar adequadamente seus potenciais, freqüentemente se irritam tendendo a punir as crianças, podendo atribuir-lhes defeitos morais. Aqueles que acreditam nas capacidades dos filhos e no seu interesse em ultrapassar suas dificuldades, parecem mais dispostos a ajudá-los na execução das tarefas, orientá-los sobre as melhores maneiras de enfrentar os problemas e buscar ajuda profissional para que o filho possa transpor suas dificuldades e desenvolver suas habilidades. Isto pode significar que uma orientação adequada aos familiares, oferecida pelos profissionais de saúde e educação, poderia ser importante no sentido de gerar motivação e disposição nos pais de crianças/ adolescentes com TDAH para que ofereçam-lhes um tratamento adequado ao seu desenvolvimento, poupando-os, assim, dos maus tratos aos quais podem estar expostos dentro do grupo familiar.

Considerando que as experiências com os adultos cuidadores serão fundadoras na criança, de crenças e expectativas a respeito de seus futuros relacionamentos e condicionarão sua percepção de si mesma e do mundo ao seu redor, entendemos que as formas de interação familiar que nos foram relatadas podem ser fonte de muitas crenças negativas e limitantes para a vida das crianças/adolescentes. A exposição prolongada da criança a condições de medo e estresse gera mecanismos de respostas reflexo-motoras, emocionais, cognitivas e comportamentais específicas que a preparam para a convivência constante com o perigo. É possível, que nessas crianças, ocorra um aumento de receptores para mensageiros químicos do estresse e diminuição de receptores, vias sinápticas e seus neurotransmissores que processam prazer, gratificação, confiança, relaxamento, cognição, memória. Estas serão suas bases neurobiológicas de processamento das representações cognitivas da realidade,

através das quais as experiências e percepções futuras serão filtradas. Soma-se a isso que as atribuições predominantemente negativas feitas pelos pais a seus filhos serão a referência para que estas construam uma visão também negativa de si mesmas. Além disso, o uso freqüente de estratégias coercitivas pelos pais no ambiente familiar pode gerar uma tendência na criança a utilizar estas mesmas em suas tentativas de resolução de problemas com seus pares, provocando rejeição e conseqüente isolamento. Todos estes fatores podem estar na base de quadros depressivos e ansiosos, assim como, no desenvolvimento de condutas agressivas e anti-sociais. É possível que os tipos de interação social e familiar que nos foram relatados gerem ou intensifiquem nas crianças alterações emocionais compatíveis com os estados descritos nas patologias comórbidas ao TDAH.

Aquelas crianças que recebem apoio e reconhecimento por parte dos pais poderão construir crenças mais positivas que as impulsione ao crescimento, com base em relações mais estáveis e em um ambiente que lhe dê mais segurança e estabilidade. Mas o excesso de cuidado, de tolerância e de proteção, também danoso ao desenvolvimento da criança, foi observado associado ao temor dos pais de que os filhos sofram abusos fora de casa. Como conseqüência deste tipo de abordagem dos pais, a criança pode não ter a oportunidade de aprender a lidar com limites e normas sociais e de construir relações sociais saudáveis, podendo também não desenvolver habilidades para se defender, ficando dependentes da proteção dos pais.

Observamos também a tendência dos pais a desistir de conversar com seus filhos. A interação através da linguagem é fundamental para o desenvolvimento cognitivo, para a formação da identidade, para a construção das relações afetivas e sociais. O desinvestimento de pais e professores no diálogo com as crianças com TDAH pode vir a ter graves conseqüências em seu desenvolvimento, pois estas crianças, que já encontram dificuldades em organizar seus pensamentos e ações, necessitam de estímulo e de modelos de relação dialógica e participativa, para que aprendam a se organizar através do diálogo interno e da comunicação interpessoal. Quando há interação verbal, as formas de comunicação mais relatadas pelos pais são os conselhos, as ordens, as explicações, além das

críticas, comparações e desqualificações. Todas estas fazem prevalecer o ponto de vista dos pais, impedindo às crianças a elaboração e a construção de novos significados, rebaixando a auto-estima, gerando ressentimento e impedindo o desenvolvimento das habilidades da criança.

A escola é um dos principais problemas apontados pelas famílias, seja no que diz respeito à aprendizagem das crianças, ao relacionamento entre os pais e a escola, seja pela violência emocional sofrida pelas crianças neste espaço. Os pais necessitam que as escolas acolham as crianças e que estejam preparadas para lidar com o TDAH, o que geralmente não acontece. Se, cabe à escola preparar a criança para o domínio de habilidades tanto cognitivas quanto sociais e esta não tem obtido resultados com estas crianças, colocando-as, além disso, em situação de exposição, discriminação e descrédito, há que se pensar em como preparar os professores e a escola, pois sua intervenção descuidada pode levar a conseqüências sérias e duradouras no desenvolvimento destas crianças.

Geralmente o diagnóstico de um problema do desenvolvimento infantil tem um impacto negativo nos pais e dificulta o vínculo destes com a criança. No TDAH isto parece ser diferente. Observamos que o processo diagnóstico em si, quando bem conduzido, pode produzir mudanças positivas e significativas na maneira como os pais percebem o comportamento de seus filhos e se relacionam com eles. O diagnóstico desculpa a criança por seus comportamentos disfuncionais, despertando nos pais, freqüentemente, sentimentos mais ternos e atitudes menos punitivas. No entanto, os pais se preocupam que a criança fique estigmatizada por um diagnóstico que a distingue das outras pessoas, colocando-a no lugar de anormal. A ênfase de alguns pais em caracterizar a criança como “diferente” parece conter a esperança de que a mudança do significante carregue a mudança do significado. A maioria manifesta, também, dificuldades em lidar com o significado associado à loucura, que é socialmente atribuído ao medicamento psiquiátrico, sendo comuns os sentimentos de medo, raiva, rejeição, vergonha. Os pais, muitas vezes, fazem segredo do diagnóstico e do uso do medicamento, não o revelando nem mesmo às próprias crianças.

Como os sintomas deste transtorno são manifestações excessivas de

características comuns, os pais que participaram deste estudo relatam que só buscaram ajuda profissional a partir do momento em que viram esgotados seus recursos educacionais. Embora não tenhamos investigado diretamente esta questão, os relatos dos pais apontam que a suspeita do diagnóstico de TDAH de seus filhos partiu da escola ou de mães de outras crianças com problemas similares. Nenhum dos participantes mencionou ter a suspeita partido do pediatra. Isto aponta que existe uma representação social do Transtorno, que é partilhada pelas escolas, por setores da academia na área da saúde (psiquiatria, neurologia e outros) e até certo ponto pelo senso comum, mas não pela pediatria. O pediatra (ou o médico de família em muitas comunidades brasileiras) é o primeiro profissional de cuidado à criança que a ela tem acesso e o primeiro que tem a responsabilidade de estar atento aos seus transtornos de desenvolvimento, à sua qualidade de vida e aos riscos de abuso e violência doméstica. Este é um fator de grande relevância, já que para os pais quando não há um encaminhamento do pediatra, procurar um psiquiatra ou um neurologista é uma iniciativa que traz maiores complicações (objetivas e emocionais), dificultando o diagnóstico e o tratamento. Além disso, socialmente e dentro da família, o atendimento pelo pediatra é apaziguador, enquanto a necessidade do acompanhamento pelo psiquiatra desperta os medos relacionados ao estigma e muda as formas das relações dentro da família. Os pediatras, se bem preparados, têm a oportunidade de detectar a presença do TDAH precocemente e fazer os encaminhamentos necessários para que a criança e os familiares recebam tratamento, o que evitaria que os quadros se agravassem tanto em todos os níveis. É importante ressaltar que crianças maltratadas raramente relatam o que está acontecendo a elas, especialmente se os agressores forem seus próprios familiares, estando o pediatra e o professor em uma condição privilegiada para a detecção dos sinais de abuso.

Alguns pais questionam o conhecimento dos médicos sobre o transtorno com base nas inconsistências entre as opiniões de diferentes profissionais e na dificuldade em realizar o diagnóstico, o que tem impacto sobre a sua adesão ao tratamento.

No entanto, apesar das dificuldades relatadas quanto aos preconceitos gerados

pelo diagnóstico e pelo medicamento, a necessidade do atendimento médico e da abordagem medicamentosa é quase unânime entre os pais. A maioria dos pais concorda que as crianças apresentam uma melhora considerável tanto a nível comportamental quanto da performance escolar com o uso do metilfenidato.

É importante lembrar que o diagnóstico pode ser de grande conveniência para os pais, deslocando para a biologia a justificativa para situações não aceitas ou mal compreendidas, o que pode levá-los à insistência para que os profissionais dêem o diagnóstico de TDAH com conseqüente medicalização.

A necessidade do acompanhamento com profissionais como o psicólogo, o fonoaudiólogo, o pedagogo, foi levantada por vários participantes. Na maioria das vezes este foi colocado como inacessível devido aos custos e a indisponibilidade de atendimento público.

A consciência dos pais da necessidade do tratamento é um passo fundamental na sua adesão e, portanto, na melhoria das suas relações com a criança. No entanto, se o diagnóstico pode desencadear um processo de mudança do olhar de pais e professores sobre a criança, com novas compreensões sobre o seu comportamento inadequado, o tratamento medicamentoso, hoje um pouco mais disponível, parece focalizar excessivamente na medicação. A intervenção sobre as relações familiares, sociais e escolares estabelecidas com a criança e sobre os sentimentos e crenças da própria criança parece ser bastante precária. Um novo significado vem sendo organizado na cultura, mas há necessidade de um processo mais profundo de apropriação deste significado para que as pessoas, e não o remédio, sejam o alvo da atenção. Do contrário corre-se o risco de excessos de diagnóstico e medicalização desnecessária e inadequada de crianças/ adolescentes não portadores do transtorno ou o risco da persistência de ambiente familiar e escolar inadequados para as crianças/adolescentes portadores de TDAH. Um dos passos que poderia favorecer esta significação seria a maior oferta pública de abordagem psicopedagógica da família, da escola e da própria criança. Além disso, um trabalho de divulgação mais efetivo poderia levar informações para a sociedade e para a família sobre o Transtorno, a fim de possibilitar sua internalização não apenas como um problema que deve ser

medicado, mas uma condição que necessita de mudanças de postura e até mesmo da reflexão sobre os valores priorizados na família, na educação, na cultura, na sociedade. Parece fundamental que os pais e professores reconheçam que os fracassos vividos por seus filhos e alunos, em decorrência de suas limitações, são fonte de sofrimento para estes e que assumam o papel de facilitadores no desenvolvimento da criança naquelas áreas onde estas lhe trazem prejuízo. Estas iniciativas poderiam viabilizar a emergência de talentos e habilidades que podem estar inacessíveis e ocultos por detrás das dificuldades de aprendizagem ou do desempenho insuficiente na escola.

Ao manifestarem suas dificuldades e preocupações, os pais expressam de várias maneiras suas demandas para o atendimento às necessidades de seus filhos e às suas próprias. As demandas em relação ao serviço de saúde podem ser resumidas nos seguintes pontos: 1) tratamento gratuito, responsável e continuado para seus filhos, que inclua além do médico, psicólogos e fonoaudiólogos; 2) orientação quanto a estratégias de manejo dos sintomas dos filhos e 3) tratamento para os pais.

Diante do quadro de explícito comprometimento da qualidade de vida e saúde mental dos pais e da evidente relação entre esta e suas atitudes para com os filhos, parece razoável afirmar que na presença do TDAH na família é vital oferecer suporte psicológico aos pais. Mesmo entre os pais que não têm TDAH, é comum a presença na família de quadros depressivos, ansiosos, de dependência química ou outros distúrbios emocionais que, além do evidente sofrimento pessoal, pode comprometer a capacidade de conduzir a educação dos filhos. Nestes casos, o tratamento dos pais faz-se necessário, tanto para seu próprio bem estar, quanto para que possam cumprir adequadamente com a função parental. A organização objetiva e subjetiva dos pais, embora não seja suficiente, pode ser muito importante para o resgate do relacionamento afetivo entre pais e filhos e para a boa condução das atividades junto às crianças/ adolescentes. Além disso, tem sido demonstrado na literatura que vários dos sintomas presentes em adultos com TDAH não tratado (impulsividade, depressão, falha em perceber e responder às necessidades da criança) são fatores de risco para violência contra crianças e adolescentes.

Experiências de atendimento em grupos aos pais de crianças com TDAH têm tido bons resultados, havendo relatos na literatura de programas de treinamento parental que resultam em diminuição significativa da punição corporal das crianças pelos pais. O tratamento das mães portadoras do transtorno com estimulantes, de acordo com estudos, não apenas diminui os sintomas de TDAH, mas melhora sua habilidade para gerenciar o comportamento da criança. Além disso, os dados deste estudo podem ser sugestivos de que pais e mães que recebem orientação e acompanhamento profissional adequado e continuado conseguem mais resultados com seus filhos, manifestando menos desespero e mais esperança. Isto pode indicar que a falta de recursos educacionais seja um dos determinantes do desespero vivido pelos pais de crianças com TDAH, que parece se constituir como mola propulsora de comportamentos inadequados e, muitas vezes, violentos, para com seus filhos.

O conceito de TDAH vem sendo construído gradativamente no curso da interação entre as pessoas e as instituições, incluindo a escola, os profissionais de saúde, a mídia, os pais, enfim, todos aqueles que lidam e discutem a questão. Em cada um destes contextos há uma construção sendo elaborada, na interação, sobretudo verbal entre as pessoas, com base na rede de informações à qual têm acesso e nas experiências concretas do cotidiano com o transtorno. Estas informações e experiências, entretanto, são elaboradas dentro de um quadro econômico, político e cultural mais amplo que condiciona a percepção e a valoração dos sintomas apresentados pela criança/adolescente. Acreditamos que a caracterização do quadro como doença e as dificuldades vividas pelas pessoas com tais sintomas, decorrem da atual organização social que privilegia o individual e a competição em detrimento do coletivo e da cooperação, valoriza a linearidade e a produtividade em detrimento da criatividade e da qualidade de vida, deixando as relações de afeto em segundo plano.

As pessoas com os sintomas classificados como TDAH não cumprem com muitos dos pré-requisitos para o pertencimento a esta realidade e, nos vários contextos formadores do indivíduo em nossa sociedade, encontramos sinais de exclusão, de rejeição e de desconsideração para com as necessidades das crianças que têm o transtorno e de suas famílias. O impacto disto em nossa sociedade pode

ser considerável, levando em conta o número crescente de pessoas diagnosticadas, que, estima-se, representa uma pequena parcela dos portadores. Além do sofrimento das crianças/adolescentes e famílias acometidas, a violência doméstica certamente contribui para a violência social, que já representa, junto aos acidentes, a primeira causa de morbimortalidade na infância e na adolescência. Os pais percebem essa realidade e expressam seus temores associados à marginalidade, à drogadição e à morte dos filhos. Diante do sofrimento da família e de seus sentimentos de fracasso no cumprimento da função parental, os pais depositam suas esperanças na equipe de profissionais e esperam receber, além do tratamento, orientação para a condução da educação de seus filhos, de forma que eles possam vir a se tornar adultos responsáveis e capazes de se adequar às exigências sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltamos como resultados principais deste trabalho:

1. Os sintomas do TDAH podem ter um impacto desorganizador nas relações familiares, afetando as relações conjugais, pais filhos e entre irmãos nas famílias estudadas.
2. O TDAH na família pode afetar negativamente a saúde mental dos pais e sua qualidade de vida, com impacto negativo, inclusive sobre o trabalho.
3. Na percepção dos pais sobre os filhos predominam as características negativas com impacto sobre a auto-estima dos mesmos e com a configuração de temores associados ao futuro social e profissional da criança/adolescente.
4. Os pais parecem tender a usar, de forma crescente com o tempo, de formas educativas que se configuram como abuso físico ou psicológico, como o castigo físico e a negligência, motivados, sobretudo, pelo seu fracasso com outros métodos educativos e disciplinares.
5. A família que tem um portador de TDAH tende a se sentir socialmente rejeitada com tendência ao isolamento social, mesmo da família estendida.
6. A escolaridade é um problema muito citado pelos pais como fonte de conflito com a criança.
7. Os pais percebem as escolas como inadequadas para suas crianças e como fonte de conflito para elas e para si mesmos.
8. O diagnóstico de TDAH, embora, seja acompanhando de constrangimentos gerando atitudes de isolamento social, tem um efeito positivo nas relações familiares e da escola com a criança, devido à ressignificação positiva do comportamento da criança ou adolescente.

9. Os pais relatam uma considerável desinformação e despreparo dos profissionais de educação e de saúde para o atendimento às necessidades das crianças e adolescentes com TDAH, assim como de seus familiares.
10. A dificuldade de acesso a orientações e ao tratamento psicológico leva à sobrevalorização do tratamento medicamentoso.

Diante desses achados e reflexões recomendamos:

A abordagem psicológica sistemática da criança ou adolescente acometido e sua família, ao lado do tratamento medicamentoso.

Um esforço coordenado dos profissionais de saúde, da escola e assistência social no sentido de maior suporte à criança/adolescente e à família:

- Diagnóstico precoce, sobretudo pelo pediatra, com orientação de métodos educativos adequados aos portadores do transtorno em tempo hábil e encaminhamento para tratamento especializado;
- Interação dos profissionais de saúde com a escola no sentido de orientar, esclarecer e buscar formas disciplinares e métodos pedagógicos mais adequados;
- Adequação de espaço físico e oferta de atividades orientadas no domicílio, na escola e na comunidade visando proporcionar às crianças/adolescentes os meios para a superação das dificuldades impostas pela desatenção, pela impulsividade e pela hiperatividade.
- Facilitação de acesso e acompanhamento por profissionais especializados.
- Tratamento psicoterápico dos pais individualmente, ou em grupo.

Como tais medidas pressupõem o conhecimento e interesse científico pelo problema, recomendamos que este assunto faça parte do conteúdo do curso médico em nível de graduação e em nível de especialização em pediatria, considerando que já faz parte da formação em neurologia e psiquiatria. Deve, também, ser abordado nos cursos de pedagogia e serviço social, pressupondo que já faz parte dos cursos de psicologia.

No âmbito social mais amplo seria recomendável:

1. Na área das políticas públicas relativas a educação, leis e ações, no sentido de possibilitar às escolas condições de atenção mais individualizada, adequação do ambiente físico e práticas pedagógicas mais adequadas às crianças “diferentes”.
2. Na área das políticas públicas relativas à saúde, ações no sentido de facilitar o acesso dos pais e crianças ao atendimento especializado e à medicação.
3. Na área das políticas públicas relativas ao desenvolvimento social, a construção de espaços de lazer e criatividade voltadas para a criança e o adolescente e, também, intensificação de programas de prevenção da violência doméstica e proteção da criança, incluindo ações de transformações culturais visando mudanças de prática educativas.
4. Na área da saúde as equipes de Saúde da Família, pelo seu acesso aos domicílios podem ser estimuladas e treinadas para a identificação de riscos de violência doméstica, dentre os quais, a presença de um filho portador do TDAH.

Consideramos que este estudo, embora nos tenha permitido uma resposta provisória a algumas questões colocadas, também nos colocou frente a novas e antigas questões polêmicas, não resolvidas, embora já pesquisadas:

- Qual é a importância do TDAH na geração da violência social?
- Qual é a relação entre o tipo de comunicação intrafamiliar e o agravamento ou aparecimento dos sintomas do TDAH?
- Quais seriam os métodos educacionais apropriados ao aprendizado e à socialização destas crianças?
- Como as cognições dos pais de crianças com TDAH influenciam os comportamentos dos filhos e como estas atribuições determinam as respostas das crianças ao tratamento?
- Qual a relação entre abuso na infância e o TDAH?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU , C . et al. *Psicoterapia Cognitiva e Construtivista – novas fronteiras da prática clínica* . Porto Alegre, Artmed , 2003

ACKERMAN, J. Oasis Urbano. *National Geographic Brasil* .[SI] Ed. Abril, p. 78 – 95, Out. 2006 .

ALIZADEH, H.; APPLEQUIST, K.F.; COOLIDGE, F.L. Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Negl.*, Oxford, v.31, n.5, p.567-572, May 2007.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. A. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares *Psicol. reflex. crit*; 14(3):449-460, 2001.

ANTONI, C.; KOLLER, S.H. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estud. psicol.*, Natal, v.5, n.2, p.347-381, jul.-dez. 2000.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare enferm.*, Curitiba, v.9, n.1, p.9-14, jan.-jun. 2004.

AZEVEDO, M. A. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL VIOLÊNCIA E CRIANÇA. BRASIL/ ISRAEL. USP. São Paulo: 2000. Disponível em [www.ip.usp.br/laboratorios/lacri](http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri)

\_\_\_\_\_. Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes:a ponta do iceberg. LACRI –laboratório de estudos da criança- USP. SãoPaulo: Ano. Disponível em [www.ip.usp.br/laboratorios/lacri](http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri)

BAKTIN, M. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. 9ª ed. São Paulo, HUCITEC, 1999.

BARKLEY, R. A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais de saúde*. Trad. Luis Sérgio Roizman. Porto Alegre: Artmed, 2002. 327 p.

BARKLEY, R.A.; FISCHER M.; SMALLISH. L.; FLETCHER K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnormal Psych*, 111:279-89, 2002.

BAUER, M. W. GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: manual prático*. Trad. de Pedrinho A. Guarechi. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BECK, A. T. et al. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Trad. de Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.

\_\_\_\_\_. *O poder integrador da terapia cognitiva*. Trad. de Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BECK, J. S. *Terapia cognitiva teoria e prática*. Trad. de Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BEDARD, A. C; TANNOCK, R. Anxiety, methylphenidate response, and working memory in children with adhd. *J. Atten. Disord.*, Thousand Oaks, v.11, n.5, p.546-557, 2008.

BIEDERMAN, J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry.*, New York, v.57, n.11, p.1215-1220, Jun. 2005.

BLACHNO, M. *et al.* Parental corporal punishment in children with attention-deficit hyperactivity syndrome. *Psychiatr. Pol.* Warszawa , v.40, n.1, p.43-55, Jan.-Feb. 2006.

BRAGA, R. *O comportamento hiperativo na infância.* Curitiba: Ed. Conscientia, 1968

BRANDÃO, H. H. N. *Introdução à Análise do Discurso*, 7ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; v.167, p.1-48, 2002.

BRASSETT-H. A; BUTLER A. N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clin. Psychol. Rev.*, Tarrytown NY, v.27, n.2, p.188-210, Mar. 2007.

BREGGIN, P. R. Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *The International Journal of Risk and Safety in Medicine* Volume 12, p.3 - 35 Number 1 / 1999

BRISCOE-S. A. M.; HINSHAW, S. P. Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse Negl.*, Oxford, v.30, n.11, p.1239-1255, Nov. 2006.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença . *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: v.19, n.4, p.923-931, jul-ago, 2003.

CARDOSO, S. *Discurso e Ensino.* Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

CASTELLANOS, F. X. *et al.* Varieties of attention-deficit/hyperactivity

disorder-related intra- individual variability. *Biol. Psychiatry.*, New York, v.57, n.11, p.1416–1423, June 2005.

CECCONELLO et al. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*. Maringá: v.8, num. esp.,p.45-54, 2003.

CHALMERS, A. F. *O que é ciência afinal?*. Ed. Brasiliense, São Paulo, 1993 225 p.

CHARAUDEAU & MAINGUENEAU (org.) *Dicionário de análise do discurso*. São Paulo: Contexto, 2004

CHARAUDEAU, P. Uma teoria dos sujeitos da linguagem. In: MARI H. ET AL. *Análise do Discurso: fundamentos e práticas* . Belo Horizonte: NAD/FALE/UFMG, 2001

CHARAUDEAU, P. Visadas discursivas, gêneros situacionais e construção textual. In: MACHADO, I.L. & MELLO R. (orgs) *Gêneros: Reflexões em Análise do Discurso*. Belo Horizonte: NAD/FALE/UFMG,2004.

CHEN, M.; SEIPP, C.M.; JOHNSTON, C. Mothers' and father's attributions and beliefs in families of girls and boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry Hum. Dev.*, New York, v.39, n.1, p.85-99, Jul. 2007.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciência Humanas e Sociais*. São Paulo: Ed Cortez, 1991.

COTRIM, CB. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*, 30 (3): 285-93, 1996

JULIE L. CROUCH; LEAH E. BEHL. Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential - [\*Child Abuse & Neglect\* Volume 25, Issue 3](#), March 2001, Pages 413-419

DATTILIO, F.M. Famílias em Crise. In: DATTILIO, F.M. FREEMAN, A. *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises*. Trad. De Magda Lopes e Maria Carbajal. São Paulo: Editorial II, 1995. p.367-392.

DATTILIO, F. M. FREEMAN, A. *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises*. Trad. De Magda Lopes, Maria Carbajal. São Paulo: Editorial II, 1995.

DATTILLO, F.M.; PADESKY, C.A. *Terapia cognitiva com casais*. 2.ed. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

DAY, V. P. et. al. Violência doméstica e suas manifestações. R. Psiquiatr. RS: v.25, suplemento 1, p. 9-21, abr. 2003.

DESIDERIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M. C. Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Psicol. esc. educ.*, Campinas, v.11, n.1, p.165-176, jun. 2007.

DIAS, D.L. O saber-fazer comunicativo. In: MACHADO, I.L. & MELLO R. , CRUZ A.R. , LYSARDO D., *Teorias e Práticas Discursivas. Estudos em Análise do Discurso*. Belo Horizonte: NAD/FALE/UFMG, 1998

DISETH, T.H. Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma-an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nord. J. Psychiatry*, Oslo, v.59, n.2, p.79-91, 2005.

DOBSON, K. S. et. al. *Manual de Terapias cognitivo comportamentais*. Trad. de Ronaldo Cataldo Costa. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DOBSON, K. S.; DOZOIS, D. J. A. Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In: DOBSON, K.S. et. al. *Manual de Terapias cognitivo comportamentais*. Trad. de Ronaldo Cataldo Costa. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.17-43.

DONOSO, M. T. V. *As representações sociais da violência física na infância*. Tese (doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

EAKIN, L. et al. The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *J. Atten. Disord.*, Toronto, v. 8, n.1, p.1-10, 2004.

ENDO, T.; SUGIYAMA, T.; SOMEYA, T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, Carlton, v.60, n.4, p.434-438, Aug. 2006.

Faber Taylor, A; Kuo, F. E., & Sullivan, W.C. (2001). "Coping with ADD: The surprising connection to green play settings." *Environment and Behavior*, 33(1), 54-77.

FARAONE, S. et al. Separation of DSMIII attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychol.Medicine*, v.21, n1, p109-21, feb.1991.

FIEDLER, L. A. *Tyranny of the normal: essays on bioethics, theology and myth*. Boston: David R. Godine, 1996. 155 p.

FLAVELL, J; MILLER, P.H.; MILLER, S.A. *Desenvolvimento Cognitivo*. 3. ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul, 1999.

FLICK, U. *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTANELLA, B.J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FRIEDBERG, R. D.; McCLURE J. M. *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Trad. de Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GALEOTTI, S. *A suprema covardia: abuso e negligência da criança (e seu impacto no cérebro em desenvolvimento)*. São Paulo: Vivali, 2004.

GERDES, A. C. *et al.* Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: exploration of possible mediators. *J. Abnorm. Child Psychol.*, New York, v.35, n.5, p.705-714, Oct. 2007.

GERSHOFF, E. T. Parental corporal punishment and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539–579, 2002.

GHANIZADEH, A. Educating and counseling of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Patient Educ. Couns.*, Princeton, v.68, n.1, p.23-28, Set. 2007.

GHANIZADEH, A.; BAHREDAR, M.J.; MOEINI, S.R Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Educ. Couns.*, Princeton, v.63, n.1-2, p.84-88, Oct.2006.

GILL, R. Análise do Discurso. In: BAUER, M.W. GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: manual prático*. Trad. de Pedrinho A. Guarechi. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 244-270

GRANDESSO, M. *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GREVET, E. H.; ABREU, P.B; SHANSIS, F. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre: v.25, n.3, p.446-452, set./dez. 2003.

GUIDANO, V. F. Psicoterapia construtivista: uma estrutura teórica. In: NEIMEYER, R. A. MAHONEY, M. J. *Construtivismo em psicoterapia*. Trad. Mônica G.Armando, Fábio Appolinário. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. p. 79-91.

GUIDANO, V. *El si mismo en proceso*. Paidós: Buenos Aires, 1994.

GÜNTHER.H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa* . Universidade de Brasília, Brasília: v.22, n. 2, p. 201-210. Mai-Ago. 2006.

HALLOWELL, E. M. RATEY, J. J. *Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta*. Trad. de André Carvalho. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

HARKNETT T; BUTLER, N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clinical Psychology Review* 27 (2007) 188–210

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.*, London, v.90, p.i2-7, Feb. 2005. Supplement 1.

HARRÉ R; GILLET, G. A mente discursiva- os avanços na ciência cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas. 1999.

HARRIS, W. W.; LIEBERMAN, A. F.; MARANS, S. In the best interests of society. *J. Child Psychol. Psychiatry.*, London, v.48, n.3-4, p.392-411, Mar.-Apr. 2007

HAWTON, K. et al. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. Trad. de Alvamar Lamparelli. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

HIRIGOYEN, M. F. *Assédio Moral- a violência perversa no cotidiano*. Trad. de Maria Helena Kuhner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

THAPAR A, HOLMES J.; POULTON K.; HARREINGTON R. Genetic basis of attention-deficit and hyperactivity. *Br J Psychiatry*. 1999;174:105-11.

HOFFMAN, M. L. Moral internalization, parental power, and the nature of parental-child interactions. *Dev. Psychol.* Richmond, v.11, n. 2, p.228-239, 1975.

HOZA, B. et al. Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention- deficit/hyperactivity disorder. *J. Abnorm. Child Psychol.*, New York, v.28, n.6, p.569-583, Dec. 2000.

INGRAM, R. E., SIEGLE, G. J. Cognição e ciência clínica: da revolução à evolução. In: DOBSON, K. S. et. al. *Manual de Terapias cognitivo comportamentais*. Trad. de Ronaldo Cataldo Costa. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.97-116.

JESTER, J. M. et al. Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Dev. Psychopathol.*, New York, v.17, n.1, p.99-125, Winter 2005.

JESUS, M. C.P; PEIXOTO, M.R.B; CUNHA, M. H. F. O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. *Rev.latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto: v. 6, n. 2, p. 29-35, abril. 1998.

JOHNSTON, C.; CHEN, M.; OHAN, J. Mothers' attributions for behavior in nonproblem boys, boys with attention deficit hyperactivity disorder, and boys with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant behavior. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, Mahwah, v.35, n.1, p.60-71, Feb. 2006.

JOHNSON, C; MASH, E. J. Families of children with attention-deficit/hiperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, New York, v.4, n.3, p.183-207, Sep. 2001.

KASS, L. R. *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness: a report by the President's Council on Bioethics* Washington, D.C., October, 2003 disponível em [www.bioethics.com](http://www.bioethics.com)

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Compêndio de Psiquiatria*. Trad. de Maria Cristina Monteiro, Daise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KENDALL, J. R.N., Sibling Accounts of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) *Family Process* 38 (1) , 117–136, march, 1999

[KILIÇ, B. G.](#); [SENER, S.](#) Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Turk Psikiyatri. Derg.*, Ankara, v.16, n.1, p.21-28, Spring 2005.

KNAPP, P. et. al. *Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed. 2002.

KNAPP, P. Terapia Cognitiva dos Transtornos do Estresse Pós-Traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 25, Jun. 2003.

KNAPP, P. et.al. *Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KUHN, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*. 2 ed., enlarged. Chicago and London: University of Chicago Press 1970.

KUO, F.E.; FABER TAYLOR, A. A potential natural treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1580-1586. 2004

LALONDE et al. ADHD subtypes and comorbid disruptive behavior disorders in a child and adolescent mental health clinic. *Can. Journal Psychiatry*, v.43, n.6, p.623-628, Aug.1998

LANSFORD, J. E. et al. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, Chicago, v.156, n.8, p.824-830, Aug. 2002.

LEIBSON, C. L. ET AL. Use and Costs of Medical Care for Children and Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *JAMA*. 2001;285:60-66

LIFFORD, K. J.; HAROLD, G. T.; THAPAR, A. Parent-Child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *J. Abnorm. Child Psychol.*, New York, v.36, n.2, p.285-296, Sep. 2007.

LIMA, R. A. B; *As características determinantes do envolvimento materno*

*no tratamento fisioterapêutico de crianças portadoras de deficiência.* Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina, BH: UFMG, 2006.

MACHADO, I.L. Uma teoria de Análise do Discurso: a Semiologia. In: MARI, H; MACHADO, M. (org) *Análise do Discurso: fundamentos e prática.* Belo Horizonte, NAD/FALE/UFMG, 2001, p. 39-62.

MAHONEY, M. J. Evolução contínua das ciências cognitivas e psicoterapias. In: NEIMEYER, R.A. MAHONEY, M.J. *Construtivismo em psicoterapia.* Trad. Mônica G.Armando, Fábio Appolinário. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. p. 38-59.

MANGUENEAU, D. *Termos Chaves na Análise do Discurso.* Belo Horizonte, Ed UFMG, 1998

MARI, H. et al. *Análise do Discurso: fundamentos e práticas.* Belo Horizonte: FALE/UFMG. 2001.

MARI, H. et.al.(Org) *Fundamentos e dimensões da Análise do Discurso.* Belo Horizonte: Carol Borges-Núcleo de Análise do Discurso. FALE/UFMG. 1999.

MARI, H. MACHADO, I. L. MELLO, R.(Org.) *Análise do discurso em perspectivas.* Belo Horizonte: Núcleo de Análise do Discurso, Programa de Pós-Graduação em estudos Lingüísticos, Faculdade de Letras da UFMG, 2003. 398 p.

MATTOS et al. Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico de TDAH em adultos. *Revista de Psiquiatria, RS:* 28(1):50-60, jan/abr, 2006.

PARKER, JEFFREY G.; ASHER, STEVEN R. Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin.* 1987 Nov Vol 102(3) 357-389

MATURANA, H. *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte: Ed UFMG, 1997. 350p.

MATURANA, H; VARELA, F.J. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. Trad. de Humberto Mariotti, Lia Diskin. São Paulo: Palas Athena, 2001. 288p.

MAZZOTTI, A. J. A.;GEWANDSZNAJDER, F. *O Método na Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2 ed., São Paulo, Ed. Pioneira, 1999.

MEZZACAPPA, E. Child abuse and performance task assessments of executive functions in boys. *In: Child Psychol.* [S.l.] v.42, n.8, p.1041-48, Cambridge University Press, 2001.

MILLICHAP, G. J. Etiologic Classification of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *Pediatrics* 2008;121:e358-e365

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro: 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993.

MINAYO, M. C. S. et al. (org) *Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª. ed. São Paulo, HUCITEC, 2007.

MULSOW, M. H; O'NEAL, K. K; MURRY, V. M. Adult attention deficit hyperactivity disorder, the family, and child maltreatment. *Trauma Violence Abuse*, Thousand Oaks, v.2, n.1, p.36-50, 2001.

NEIMEYER, R. A. MAHONEY, M. J. *Construtivismo em psicoterapia*. Trad. Mônica G.Armando, Fábio Appolinário. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

NEIMEYER, R; RASKIN, J. D. Variedades de construtivismo e psicoterapia. In: DOBSON,K.S. et. al. *Manual de Terapias cognitivo comportamentais*. Trad. de Ronaldo Cataldo Costa. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.301-328.

NEIMEYER, R. A. Um convite às psicoterapias construtivistas. In: NEIMEYER, R. A. MAHONEY, M. J. *Construtivismo em psicoterapia*. Trad. Mônica G. Armando, Fábio Appolinário. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. p.5-11.

PERES, J. F. P; MERCANTE, J. P. P; NASELLO, A. G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*. Porto Alegre, v.27, n.2, p.131-138, maio/ago 2005.

PFEIFFER L, OLIVEIRA VL. Notificação obrigatória de violência ou suspeita de violência na infância e adolescência. In: Campos JA. Segurança da criança e do adolescente. Belo Horizonte(MG): *Sociedade Brasileira de Pediatria*; 2003. p.258-261.

PIRES, J. (1999). Violência na infância: Aspectos clínicos. AMENCAR (Org.), *Violência doméstica* (pp. 61-70). Brasília: UNICEF.

PLISZKA, S.R. *Neurociência para o clínico de saúde mental*. Trad. de Carlos Alberto Silveira Neto. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLANCZYK, G. V. et al. O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na

adolescência. *Adolesc. Latinoam.*, nov. 2002, vol.3, no.2, p.0-0. ISSN 1414-7130.

POPE, C; MAYS N. *Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

POZO, J. I. *Teorias cognitivas da aprendizagem*. Trad. de Luan Acuña Llorens. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

REINECKE, M. A; DATTILIO F. M; FREEMAN A. *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para prática clínica*. Trad. de Maria Rita Hofmeister. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

RENNER, L.M; SLACK, K. S. Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra and intergenerational connections. *Child Abuse Negl.*, Oxford, v.30, n.6, p.599-617, Jun. 2006.

RESSEL, L. B; GUALDA, D.M. R; GONZALES, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. *Int. J. Qual. Methods*, Edmonton, v.1, n.2, Spring 2002. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~ijqm> Acesso em: 1 maio 2008.

RICAS, J. A saúde da criança e do adolescente. In: *LEÃO, ENNIO E COLS. Pediatria Ambulatorial*. 3 ed. Belo Horizonte: Coop. Edit. de cultura Médica, cap1 , 1998.

RICAS, J.; DONOSO, M. T. V. Maltrato infantil: reflexões. *Reme: Rev. Min. Enferm.*, jul. 2006, vol.10, no.3, p.306-310.

RODRIGUES, N. *Por uma nova escola: o transitório e o permanente na educação*. 11. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

ROHDE, L. A. et al. *Princípios e práticas em TDAH: transtorno de déficit de atenção /hiperatividade*. Porto Alegre: ARTMED, 2003. 236 p.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*. R. J. : v.80, n.2 (supl), Porto Alegre: apr. 2004.

ROMANA T; ROHDE L. G.; HUTZC, M. H. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(4):196-201

RUCKLIDGE, J.J. *et al.* Retrospective reports of childhood trauma in adults with adhd. *J. Atten. Disord.*, Thousand Oaks, v.9, n.4, p.631-641, May 2006.

SAFRAN, J. *Ampliando os limites da terapia cognitiva: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança*. Trad. de Ronaldo Cataldo Costa Porto Alegre: Artmed, 2002.

SAPIENZA, G; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, Maringá: v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago. 2005.

SCHABBEL, C. M. C. *Languageing and emotioning- the embodiment of hostility, anger and violence*. Tese (doutorado em desenvolvimento humano). The Fielding Institute, Santa Bárbara, Ca, 2000.

SCHABBEL, C. M. C. *Mediação Escolar de Pares: semeando a paz entre os jovens*. Willis Harman House, São Paulo, 2002.

SCHATZ, D. B; ROSTAIN, A. L. ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *J. Atten. Disord.*, Thousand Oaks, v.10, n.2, p.141-149, Nov. 2006.

SEXTON, T. L. *Constructivist Thinking Within the History of Ideas: The*

Challenge of a New Paradigm. In: SEXTON, T. L.; GRIFFIN, B. L. *Construtivist thinking in counseling practice, research, and training*. New York: Teachers College Press, 1997. p.3-18.

SEXTON, T. L.; GRIFFIN, B. L. *Construtivist thinking in counseling practice, research, and training*. New York: Teachers College Press, 1997.(Counseling and Development Series).

SHAW, P. *et al.* Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention- deficit/hyperactivity disorder. *Arch.Gen.Psychiatry*, Chicago, v.63, p.540-549, 2006.

SILVA, A. B. *Mentes Inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. Editora Gente. São Paulo: 2003.

SOUZA, I.; SERRA, M. A.; MATTOS P. FRANCO, V. A. Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção-Resultados preliminares *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59(2-B):401-406

SOUZA, I; PINHEIRO, M. A; MATTOS, P. Anxiety disorders in an attention deficit/ hyperactivity disorder clinical sample. *Arq. neuropsiquiatr.*, São Paulo, v.63, n.2b, p.407-409, jun. 2005.

Spencer, T.J; Biederman, J. Mick, E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology* vol. 32 no. 6 ADHD Special Issue, reprinted by permission from Ambulatory Pediatrics, Vol. 7, Number 2 (Supplement), Jan./Feb. Boston, 2007,

STRAUS, M. A.; KANTOR, G. K Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence*, New York, v. 29, n.115, p.543-561, Fall 1994.

TANAKA, O. Y; MELO, C.M. M. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: EDUSP, 2001. 88 p.

TEIXEIRA, A. N; BECKER, F. Novas possibilidades da pesquisa qualitativa via sistemas CAQDAS. *Sociologias*, Porto Alegre: ano 3, n. 5, p.94-113. jan/jul, 2001.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

TURATO E.R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Petrópolis, Vozes, 2003.

UCHOA, E; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro: v.10,n.4, p. 497-504, out./dec. 1994.

VASCONCELOS, A. C; SOUZA, M. B. As noções de educação e disciplina em pais que agredem seus filhos. *Psico*, Porto Alegre: PUCRS, v. 37, n. 1, pp. 15-22, jan./abr. 2006.

VASCONCELOS, M. M. et al. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arq. neuropsiquiatr.*, São Paulo, v.63, n.1, p. 68-74, 2005.

VITOLO, Y. L. C. *et al* . Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.5, p.716-724, out. 2005.

WEBER, D. A.; REYNOLDS, C.R. Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. *Neuropsychol. Rev.*, New York, v.14, n.2, p.115-129, Jun. 2004.

WEBER, L. N. D. *et al.* Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v.7, n.3, p.323-331, 2004.

WELLER, W. A contribuição de Karl Mannheim para a pesquisa qualitativa: aspectos teóricos e metodológicos. *Sociologias*, Porto Alegre: ano 7, n.13, , p. 260-300, jan/jun. 2005.

WHITE, J. R.; FREEMAN, A.S. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. Trad. de Mônica Giglio Armando. São Paulo: Rocca, 2003.

WHITMORE, E. A; KRAMER, J. R.; KNUTSON, J. F. The association between punitive childhood experiences and hyperactivity. *Child Abuse Negl.*, Oxford, v.17, n.3, p.357-366, May-Jun.1993.

WILENS, T.E. *et al.* Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *Am. J. Addict.*, Washington DC, v.6, p.14-23, 2007. Supplement 1.

WILLIAMS, L. C. A. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, , v.9, n.2, p.141-154, jul.-dez. 2003.

WOLRAICH, M. L *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v.115, n.6, p.1734-1746, Jun. 2005.



## **ANEXO I**

### **AMBDA - Ambulatório de Déficit de Atenção - HC UFMG**

#### **Identificação do participante**

Nome da criança / adolescente:

\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Mãe, pai ou responsável:

\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Nome do cônjuge: \_\_\_\_\_

Outros filhos e idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## **ANEXO II**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a) Senhor(a):

Sou psicóloga e no momento estou fazendo curso de mestrado na UFMG. Neste curso estou desenvolvendo uma pesquisa na qual estou interessada em estudar as dificuldades enfrentadas pelas famílias de crianças e adolescentes excessivamente ativos e desatentos. Este estudo visa compreender o que os familiares pensam sobre os problemas que enfrentam e as maneiras pelas quais tentam solucionar estes problemas. Solicitei autorização desta instituição para conversar sobre este assunto com os pais ou responsáveis pelas crianças que freqüentam este ambulatório e perguntar se eles concordam em participar deste estudo. Se concordar, o senhor(a) fará parte de um grupo de discussão sobre estes assuntos, que poderá se reunir uma ou duas vezes neste mesmo local onde seu filho é atendido.

Informo que mantereí sigilo de seu nome e de outros dados que possam levar outras pessoas a identificá-lo. As informações serão utilizadas somente para publicações científicas.

Asseguro que a sua recusa em participar ou sua decisão de sair do estudo, em qualquer momento, não irá interferir de modo algum no seu atendimento, da criança, ou de familiares por esta instituição.

Não haverá pagamento pela sua participação, mas espero contribuir para a melhoria de seu relacionamento com seu filho através de informações e orientações quanto às maneiras adequadas de lidar com ele.

Para esclarecer dúvidas ou fazer reclamações, você poderá telefonar para o pesquisador (3413-15 22), para a sua orientadora, a professora Janete Ricas (3248-9636) ou para o Comitê de Ética em Pesquisas da UFMG (3248-9634).

Caso aceite participar, favor assinar a folha anexa.

Muito obrigada por sua atenção e sua colaboração.

Vânia Lúcia de Moraes Ribeiro

Entrevistado: \_\_\_\_\_

## ANEXO III

### AMBDA - Ambulatório de Déficit de Atenção - HC UFMG

#### 14 princípios para criar uma criança com TDAH

1. Dê respostas e resultados mais imediatos ao seu filho:
  - As pessoas que têm TDAH não conseguem ficar muito tempo fazendo a mesma coisa. Elas perdem a concentração e o interesse pela tarefa. Por causa disso, cometem muitos erros e são muito criticadas, e isso faz com que elas tenham muito medo de errar. Por isso, fazer muitas críticas e punir seu filho faz com que ele se torne mais rebelde. Para ajudá-lo, é melhor que você dê a ele motivos para querer fazer as coisas de outro jeito.
  - Dê a ele recompensas imediatas sempre que ele completar uma tarefa ou obedecer as regras:
    - Elogie deixando muito claro que aquilo que ele fez foi positivo.
    - Recompense com afeição física.
    - De vez em quando ofereça vantagens especiais.
  - Quando ele agir de maneira inadequada:
    - Diga exatamente o que ele acabou de fazer (Não grite!) e diga porque isso não é aceitável.
    - Remova um privilégio ao qual ele teve acesso naquele dia.
2. Dê respostas mais freqüentes ao seu filho:
  - Quanto mais vezes você fizer isto, mais resultados terá.
3. Utilize afeição física, privilégios, lanches, divertimentos, brinquedos, recompensas materiais, etc. como recompensa pelos comportamentos certos.
4. Utilize incentivos antes de punir:
  - O excesso de punições, especialmente se ele é sempre punido e raramente recebe elogios, além de não adiantar para a mudança do comportamento, faz com que seu filho sinta ressentimento e hostilidade e se comporte de forma mais inadequada. EVITE A TENDÊNCIA HABITUAL DE PUNIR PRIMEIRO. Lembre-se desta regra: **positivos antes de negativos.**
  - Quando você quiser que ele mude um comportamento, decida primeiro qual o comportamento positivo você gostaria que ele tivesse ao invés daquele. Observe esse comportamento, elogie e recompense por ele. Apenas depois de fazer isso por no mínimo uma semana, comece a

punir o comportamento indesejável.

- Dê apenas uma punição para cada duas ou três situações de elogios ou recompensas.
  - Não puna seu filho por tudo o que ele faz de errado. Escolha um comportamento negativo de cada vez para corrigir.
5. Ajude seu filho a ter noção de tempo:
- Crianças com TDAH precisam de ajuda para o desenvolvimento do senso de tempo e de futuro. Ajude-o a se organizar no tempo colocando um relógio em local visível, lembrando sempre a ele de suas tarefas e de que o tempo está passando. Programe tempo para as atividades. Utilize despertadores. Divida em partes as tarefas que levam muito tempo, para que ele possa fazer uma etapa de cada vez.
6. Coloque informações importantes no local ou no momento em que a tarefa deve ser realizada:
- Faça lembretes e cole em um local visível.
7. Expresse a fonte de motivação:
- Para que seu filho tenha motivação para permanecer em tarefas que considera chatas ele precisa de um incentivo externo: recompensas pela realização do trabalho.
8. Torne mais físicos o pensar e a resolução de problemas:
- É mais fácil para seu filho lidar com informações representadas de forma mais física do que apenas mental. Utilize cartões, desenhos, de forma que ele possa manipular as informações, organizá-las em pedaços, movê-las no processo de resolução de um problema. Assim ele aprenderá a pensar antes de reagir impulsivamente e pode desenvolver maneiras de resolver problemas.
9. Mantenha sempre o mesmo método:
- Não desista de um programa de mudança de comportamento que você acabou de iniciar.
  - Utilize sempre a mesma estratégia, mesmo em situações diferentes.
  - Tenha certeza de que outras pessoas importantes para o seu filho utilizam o mesmo método.
10. Não fale demais. Aja!
- Seu filho é mais sensível às suas ações do que ao seu raciocínio. Ele é inteligente e compreende o que você diz, mas não consegue agir diferente por causa de um problema neurológico. Aja na hora e sempre da mesma maneira e seu filho se comportará melhor.
11. Planeje-se com antecedência para situações problemáticas:
- Certamente você sabe onde seus filhos costumam não se comportar. Faça um plano quando for entrar em uma situação que costuma ser problemática, combine o plano com seu filho antes e siga este plano caso surja um problema.

- Passo 1: Pare antes de entrar na situação.
- Passo 2: Relembre com seu filho as regras em que ele geralmente tem problemas
- Passo 3: Combine uma recompensa ou incentivo por obedecer às regras
- Passo 4: Explique a punição que pode ser usada se ele não se comportar como combinado (perda de privilégios).
- Passo 5: Siga seu plano. Lembre-se de agir sempre na hora.

12. Lembre-se de que seu filho se comporta assim porque ainda NÃO CONSEGUE fazer de outra maneira.

- Controle sua irritação e sua frustração quando suas tentativas de controlar seu filho não funcionam. Lembre-se: você é um adulto e é responsável por educar esta criança. Se alguém precisa manter o juízo, este alguém deve ser você.

13. Não tome para si os problemas do seu filho.

- Esteja atento para não se colocar como “vencedor” ou “perdedor” nos conflitos com ele. Tente manter a calma e seguir os princípios aqui descritos. Não pense que a culpa é sua quando algo sai errado.

14. Pratique o perdão.

- Este princípio é, entre todos, o mais importante e o mais difícil. Todos os dias, antes de dormir, reserve um tempo para rever o dia que passou e desculpar seu filho pelas coisas erradas que ele fez. Ele não consegue sempre controlar o que faz e merece ser perdoado. Tente também perdoar outras pessoas que possam ter interpretado mal ou rejeitado seu filho. Você sabe mais sobre ele do que as outras pessoas. Finalmente, você deve aprender a se perdoar por seus próprios erros ao controlar seu filho neste dia. Ao invés de sentir-se culpado, envergonhado ou ressentido, identifique o quê e como você pode fazer melhor nos dias seguintes.

**LEMBRE-SE:**

- Pare um tempo e PENSE antes de reagir a erros e mau comportamento do seu filho.
- Escolha a melhor maneira de agir de acordo com estes princípios.

Adaptado de Barkley (2002) pela Dra Vânia de Moraes.

---

## **APÊNDICE**

### **Roteiro para entrevistas e grupos focais**

#### **1. Preencher um formulário com informações básicas sobre cada participante**

- Apresentação dos objetivos do trabalho.
- Leitura e assinatura do TCLE.
- Fazer apresentações: nome, nome do filho, como chegou até o AMBDA.
- Desenvolver a discussão dos temas.

#### **2. Temas a serem discutidos**

- Problemas enfrentados pelas famílias e pelos casais.
- Problemas enfrentados pelas crianças com TDAH.
- Estabelecimento de limites.
- Percepção sobre o tratamento dos filhos.

#### **3. Perguntas possíveis**

- O pai/a mãe tem TDAH?
- Como se sentem sobre o problema?
- Como chegaram a esse diagnóstico?
- O que mudou depois do diagnóstico?
- Como percebiam o filho antes e como o vêem agora?
- O que fazem quando o filho tem um comportamento inadequado?
- Quais são as atitudes educativas utilizadas?
- Como o filho reage a elas?
- O que os leva a agir dessa maneira?
- Qual é o papel do pai na educação do filho?