UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JAQUELINE RODRIGUES STEFANINI

Compreensão de pais sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adolescentes e a exposição desses em situações de violência

Ribeirão Preto

2014

JAQUELINE RODRIGUES STEFANINI

Compreensão de pais sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adolescentes e a exposição desses em situações de violência

Ribeirão Preto

2014

JAQUELINE RODRIGUES STEFANINI

Compreensão de pais sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adolescentes e a exposição desses em situações de violência.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção em Saúde Mental

Orientador: Zeyne Alves Pires Scherer

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Stefanini, Jaqueline Rodrigues

Compreensão de pais sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adolescentes e a exposição desses em situações de violência.

112 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Scherer, Zeyne Alves Pires

1. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. 2. Adolescente. 3. Família. 4. Violência.

Nome: STEFANINI, Jaqueline Rodrigues

Título: Compreensão de pais sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adolescentes e a exposição desses em situações de violência.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em...../...../.....

Banca Examinadora

Pr. Dr._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Pr. Dr._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Pr. Dr._____

Instituição:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pais que participaram da pesquisa de forma atenciosa e acolhedora.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ana Maria e Nivaldo, que sempre me apoiaram e acreditaram na minha educação. Obrigada pelo incentivo para o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha irmã Janaina por toda confiança e cumplicidade. Por fazer parte da minha história e estar comigo em todas as fases da minha vida. Obrigada pela solidariedade e apoio.

À Professora Doutora Zeyne Alves Pires Scherer, orientadora desta dissertação, por acreditar no meu trabalho, pela atenção, compreensão, disponibilidade e generosidade na transmissão de conhecimentos e saberes. Muito obrigada pelo aprendizado e pela oportunidade de concretizar uma etapa importante da minha vida.

Ao Professor Doutor Edson Arthur Scherer, que desde o inicio contribuiu de forma generosa com orientações de extrema importância para realização deste trabalho. Obrigada pelo incentivo ao pensamento e à reflexão.

À Professora Sueli Marques, pelas orientações e compartilhamento dos saberes que enriqueceram este trabalho desde o exame de qualificação.

Aos colegas do GREIVI, pelas discussões e orientações que enriqueceram esse trabalho e meu percurso acadêmico.

Ao meu namorado Fabio, por me apoiar e incentivar nos momentos difíceis. Sua serenidade foi importante para conclusão deste trabalho.

Agradeço a todos meus amigos e familiares pela paciência, carinho e incentivos. Obrigado pela torcida.

RESUMO

STEFANINI, J. R. **Compreensão de pais sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adolescentes e a exposição desses em situações de violência.** 112 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Surge na infância e pode persistir ao longo da vida, podendo ocasionar dificuldades pessoal, acadêmica, familiar, social e profissional. Este trabalho objetivou compreender os sentidos e os significados para os pais ou responsáveis por adolescentes com TDAH acerca do transtorno e as respectivas relações que esses adolescentes estabelecem no convívio familiar ou fora deste. Para tanto foi realizado um estudo qualitativo com uso da história oral temática. Participaram do estudo 9 pais dos adolescentes com TDAH atendidos no Ambulatório de Psiquiatria Juvenil de um hospital público universitário do interior do Estado de São Paulo. A entrevista temática foi realizada no domicílio dos participantes. A análise das narrativas permitiu construir quatro unidades temáticas: "**Sentidos e significados acerca do TDAH"**; **" Compreensão dos pais sobre o diagnóstico e tratamento do TDAH";** "**Conflitos no convívio familiar**"; "**Conflitos no contexto da escola e da comunidade**". Os pais percebem que tanto eles como os profissionais das escolas apresentam dificuldades ao lidar com o adolescente portador do TDAH. Reconhecem que desde a infância seus filhos manifestam comportamentos diferentes de outras crianças. Referiram falta de conhecimento, informação e orientações sobre o universo desse transtorno. Diante dessas dificuldades os pais adotaram práticas educativas negativas. Apresentaram preocupações com a discriminação sofrida pelos adolescentes. As relações sociais e familiares estabelecidas com os adolescentes portadores do TDAH podem ser caracterizadas por constantes conflitos. Os atos de violência identificados foram de natureza física e psicológica. A comunicação entre áreas, setores, profissionais e família demonstra-se prejudicada, problemática que se reflete nas relações sociais estabelecidas com os adolescentes com TDAH. É necessário oferecer suporte e orientações aos pais com a participação conjunta de profissionais da saúde e da educação. As abordagens devem ser constantemente avaliadas no sentido de aperfeiçoá-las e adequá-las, acompanhando as diferentes fases do desenvolvimento dos jovens.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade; Adolescente; Família; Violência.

ABSTRACT

STEFANINI, J. R. **Parents´ understanding about Attention Deficit Disorder / Hyperactivity Disorder in adolescents and their exposure to situations of violence.** 112 f. Dissertation (Master's degree -MSc) - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014

Disorder Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by the symptoms of inattention, hyperactivity and impulsivity. It appears in childhood and can persist throughout life leading to personal, academic, family, social and professional difficulties. This study aimed to understand the senses and meanings relating to parents of adolescents with ADHD about the disorder and the relationships these adolescents establish in and out family life. A qualitative study was conducted with the use of thematic oral history. The study included nine parents of adolescents with ADHD in the Outpatient Psychiatric Trainee of a public hospital in the state of São Paulo. The thematic interview was conducted at the participants' residences. The analysis of the narratives allowed building four thematic units: "**Senses and meanings about ADHD"; "Parents ´understanding about the diagnosis and treatment of ADHD"; "Conflicts in family environment "; "Conflicts in the context of school and community."** Parents realize that both they and school professionals have difficulties in dealing with adolescents with ADHD. They acknowledged that since their childhood, children manifest different behaviors compared to others. They mentioned lack of knowledge, information and guidance relating the universe of this disorder. Considering these difficulties parents have adopted negative educational practices. They showed concerns about the discrimination faced by the adolescents. Social and family relations established with adolescents with ADHD can be characterized by constant conflict. The acts of violence identified were of physical and psychological nature. The communication between areas, sectors, professionals and family is impaired, which is reflected in problematic social relationships with adolescents with ADHD. It is vital to offer support and guidance to parents with joint participation of health and education professionals. The approaches must be constantly evaluated in order to achieve improvement and adaptation, with close attention to the different stages of the youngsters' development.

Keywords: Attention Deficit Disorder / Hyperactivity; Adolescents; family; Violence.

RESUMEN

STEFANINI, J. R. **Comprensión de los padres sobre el Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad en adolescentes y la exposición de estos en situaciones de violencia.** 112 f. Disertación (Maestrías) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es caracterizado por síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Surge en la infancia y puede persistir a lo largo de la vida, con la posibilidad de ocasionar dificultad personal, académica, familiar, social y profesional. Este trabajo tiene como objetivo comprender los sentidos y los significados para los padres o responsables por adolescentes con TDAH acerca del trastorno y las respectivas relaciones que estos adolescentes establecen en la convivencia familiar o afuera de esta. Para eso, fue realizada una investigación cualitativa con el uso de la historia oral temática. Participaron de la investigación 9 padres de adolescentes con TDAH, atendidos en el Ambulatorio de Psiquiatría Juvenil de un hospital público universitario del interior del Estado de São Paulo. La entrevista temática fue realizada en el domicilio de los participantes. El análisis de las narrativas permitió construir cuatro unidades temáticas: "**Sentidos y significados acerca del TDAH**"; "**Comprensión de los padres sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH**"; "**Conflictos la convivencia familiar**"; "**Conflictos en el contexto de la escuela y de la comunidad**" Los padres perciben que tanto ellos como los profesionales de las escuelas presentan dificultades para lidiar con adolescentes portadores de TDAH. Reconocen que desde la infancia sus hijos manifiestan comportamientos diferentes de otros niños. Hicieron referencia a la falta de conocimiento, información y orientación sobre el universo de ese trastorno. Con esa dificultad presentada, los padres terminaron adoptando prácticas educativas negativas. Presentaron preocupaciones con la discriminación sufrida por los adolescentes. Las relaciones sociales y familiares establecidas con los adolescentes portadores del TDAH pueden ser caracterizadas por constantes conflictos. Los actos de violencia identificados fueron de naturaleza física y psicológica. La comunicación entre áreas, sectores, profesionales y familia se muestra perjudicada, problemática que se refleja en las relaciones sociales establecidas con los adolescentes con TDAH. Es necesario ofrecer soporte y orientación a los padres con la participación conjunta de profesionales de la salud y de la educación. Los abordajes deben ser constantemente evaluados en el sentido de perfeccionarlos y adecuarlos, acompañando las diferentes fases del desarrollo de los jóvenes.

Palabras clave: Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad; Adolescentes; Familia; Violencia.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Caracterização social e demográfica dos pais de adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Ribeirão Preto/SP, 2013TDAH.....53

QUADRO 2 Caracterização dos adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Ribeirão Preto/SP, 2013.....55

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Modelo ecológico para compreender a violência.....40

LISTA DE SIGLAS

ABDA	Associação Brasileira de Déficit de Atenção/Hiperatividade
AC	Déficit de Atenção Combinado
APA	American Psichiatric Association
APQJ	Ambulatório de Psiquiátria Juvenil
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
DA	Déficit de Atenção
DA/HI	Déficit de Atenção/Hiperatividade
DDA	Distúrbio de Déficit de Atenção
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
QI	Quociente de Inteligência
TC	Transtorno de Conduta
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TDO	Transtorno Desafiador de Oposição

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 16

1. INTRODUÇÃO 19

1.1 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Adolescência 20

1.2 Relações Familiares e o Adolescente com TDAH 26

1.3 O Fenômeno da Violência 28

2. MARCO TEÓRICO 35

2.1 Práticas educativas parentais e o adolescente com TDAH 36

2.2 Violência na perspectiva do modelo ecológico 39

3. OBJETIVOS 44

3.1 Objetivo Geral 45

3.2 Objetivos Específicos 45

4. MÉTODO 46

4.1 Tipo de Estudo 47

4.2 Cenário do Estudo 49

4.3 Participantes do Estudo 50

4.4 Procedimentos de Coleta de Dados 50

4.5 Análise dos Dados 52

4.6 Aspectos Éticos 53

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 55

5.1 Caracterização dos Sujeitos 56

5.2 Sentidos e significados a cerca do TDAH 60

5.2.1 Opiniões dos pais sobre o diagnóstico e tratamento do TDAH 70

5.3 Conflitos no convívio familiar 78

5.4 Conflitos no contexto da escola e da comunidade 83

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 88

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 91

APÊNDICE 105
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista 106
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....108
APÊNDICE C - Carta de Autorização e Uso das Entrevistas 109

ANEXOS.....110
ANEXO A - Carta de Autorização do Ambulatório de Psiquiatria da Juventude (APQJ).....111
ANEXO B – Parecer do comitê de ética em Pesquisa.....112

APRESENTAÇÃO

O meu interesse em pesquisar o tema violência e os diversos aspectos que permeiam este fenômeno surgiu na graduação em enfermagem. Ao desenvolver meu trabalho de conclusão de curso (TCC), procurei entender como ocorre o fenômeno da violência e quais são os serviços que ofereciam assistência às vítimas, com ênfase na violência de gênero. Na minha concepção era necessário, juntamente com as mulheres participantes do estudo "Violência contra mulher: histórias que marcaram vidas", compreender como é sentir-se vítima de violência. Oportunizar estas mulheres a falarem dos seus sentimentos em relação à violência sofrida e sobre os indivíduos envolvidos neste processo. Manifestarem suas percepções sobre a assistência recebida, a separação dos familiares e de outros problemas que pudessem ocorrer durante o processo de violência e assistência. Enfim, dar-lhes oportunidade para que expusessem seus medos, aflições e anseios diante dos momentos que vivenciaram.

O contato com as vítimas de diversos tipos de violência, em serviços de saúde, me possibilitou observar revelações de sentimentos como vergonha, medo, raiva acompanhados de manifestações de dor e choro. Enquanto aluna de enfermagem, pude perceber que os cuidados às vítimas de violência não envolvem somente as atividades assistenciais técnicas. É importante buscar maneiras de assistência que também ajude as necessidades emocionais desses pacientes.

Essa primeira experiência com as vítimas de violência constituiu-se num incentivo para atuação na área de enfermagem enfatizando os aspectos emocionais do paciente. Para tanto, houve a necessidade de buscar conhecimentos específicos para atuação em saúde mental visando a subjetividade nas práticas interdisciplinares, recuperação, prevenção e promoção de saúde, o qual foi proporcionado por um curso de pós-graduação Lato Sensu em Saúde Mental pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Durante este curso de especialização, senti a necessidade de ampliar meus conhecimentos sobre a temática violência. Inseri-me na qualidade de participante do Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Violência (GREIVI), cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Cientifico e Tecnológico (CNPq) desde 2006. Neste grupo participo de discussões de projetos, de temas sobre violência, de confecção de artigos, entre outros. A partir da minha inserção no GREIVI surgiu também a oportunidade e interesse em conhecer um serviço de assistência à saúde mental para adolescentes no município de Ribeirão Preto – SP.

Desenvolvi estágio de observação, durante 6 meses (dezembro de 2010 a junho de 2011), no Ambulatório de Psiquiatria Juvenil (APQJ), localizado em um hospital público

universitário do interior do Estado de São Paulo, com o propósito de conhecer o serviço de psiquiatria juvenil e identificar as principais necessidades da clientela.

A permanência nesse serviço me permitiu participar das reuniões semanais da equipe multiprofissional, das orientações e discussões dos casos realizadas pelo psiquiatra e residentes em psiquiatria; observar a dinâmica dos atendimentos, características dos transtornos, respostas aos tratamentos, relações familiares entre outros fatores inerentes para o prognóstico do paciente com transtorno mental.

A oportunidade de conhecer a rotina do ambulatório e observar a assistência em saúde mental foi um momento que contribuiu para a motivação dessa pesquisa e a entrada no curso de pós-graduação Stricto Sensu, nível mestrado. Nas observações que fazia no ambulatório foi possível constatar, através do que os pacientes portadores de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) referiam sobre diversas histórias de violência, a naturalização do uso da violência como forma de educação em varias famílias, o que muitas vezes, fomentava dificuldades no processo terapêutico dos portadores deste transtorno.

O presente trabalho tratará de uma pesquisa com famílias de adolescentes com diagnóstico de TDAH, com ênfase nas percepções dos familiares sobre esse transtorno e as situações de violência que ocorrem no ambiente familiar e fora deste.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Adolescência

Os transtornos mentais que ocorrem na infância e na adolescência merecem atenção por causar sérios prejuízos no desenvolvimento do indivíduo. Os problemas comportamentais, gerados pelos transtornos associados aos fatores individuais e ambientais da criança e do adolescente, afetam os diversos aspectos da vida social, familiar, e repercute nas relações interpessoais da vida adulta.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM IV), existem muitas pessoas com transtornos atuais de atenção clínica durante a infância ou adolescência que, por vezes, não são diagnosticados até a idade adulta. Sabe-se que o diagnóstico deve ser dado independentemente da idade do indivíduo e as variações na apresentação do transtorno são atribuíveis ao estágio de desenvolvimento. Dessa forma, recomenda-se na avaliação de uma criança ou adolescente que se considere os transtornos geralmente diagnosticados na primeira infância ou adolescência, quais sejam: Retardo Mental; Transtornos da Aprendizagem; Transtornos das Habilidades Motoras; Transtornos da Comunicação; Transtornos Invasivos do Desenvolvimento; Transtornos de Déficit de Atenção e do Comportamento Diruptivo; Transtornos de Alimentação da Primeira Infância; Transtornos de Tique; Transtornos de Excreção; Outros Transtornos da Infância ou Adolescência (JORGE, 1995) O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) está inserido no grupo dos Transtornos de Déficit de Atenção e do Comportamento Diruptivo. Além disso, também estão incluídos nesse grupo o Transtorno de Conduta e o Transtorno Desafiador de Oposição (APA, 1994).

Os transtornos psiquiátricos atingem cerca de 20% das crianças e adolescentes de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Dentre esses diagnósticos clínicos, o de maior incidência é o TDAH (BOARATI, 2011).

Apesar da carência de pesquisas em saúde mental da criança e do adolescente, uma revisão sistemática global sobre o TDAH identificou uma prevalência do transtorno de cerca de 5% em todo mundo. No Brasil, prevalência semelhante para o TDAH (5,8%) em adolescentes em idade escolar foi observada na região sul (POLANCZYK et al., 2007; ROHDE et al., 1999).

O TDAH é um transtorno real, um obstáculo legítimo, apesar de não haver nenhum sinal exterior de que algo está errado com o Sistema Nervoso Central. Antigamente era conhecido como “Disfunção Cerebral Mínima” e foi descrito no século XVIII pelo médico Alexander Crichton (MATTOS, 2010).

Os primeiros registros que relatavam algumas características do TDAH apareceram na metade do século XIX, mas foi no início do século XX que o médico pediatra inglês George Frederick Still, proferindo palestras no Royal College of Physicians, expôs casos de sua prática médica nos quais mencionava crianças com dificuldade de seguir regras e se referia a elas como pessoas desafiadoras, desatentas, agressivas e resistentes à disciplina (TEIXEIRA, 2008; RIBEIRO, 2008).

Em 1957, surgiu o termo hiperatividade infantil. Nessa época, acreditava-se que se tratava de uma síndrome que acometia apenas meninos e que diminuiria ao longo do crescimento natural do indivíduo. Em 1960, Stella Chess utilizou o mesmo termo e afastou a hipótese da hiperatividade estar ligada a lesão cerebral. Ela acreditava que as causas estariam enraizadas na genética individual, não sendo o meio ambiente o causador do distúrbio (TEIXEIRA, 2008).

A Associação de Psiquiatria Americana (APA), em 1968, utilizou o termo Reação Hipercinética da Infância no DSM-II. Dois anos depois, com a teoria de Virginia Douglas, o foco das pesquisas passou para as questões atentivas. Acreditava-se, então, que o déficit em manter a atenção poderia provir de condições em que não existisse a hiperatividade (TEIXEIRA, 2008).

O conhecimento de que a síndrome desapareceria na adolescência e na vida adulta foi invalidado por Gabriel Weiss. Em 1976, o pesquisador mostrou por meio do seu estudo que durante a adolescência a hiperatividade poderia diminuir, mas outros problemas como a impulsividade e a falta de atenção poderiam permanecer (SCHWARTZMAN, 2001).

Em 1980, a síndrome na forma adulta foi reconhecida e trouxe mudanças significativas, deixando de lado os fatores causais e dando destaque para os sintomas. A forma adulta foi identificada como “tipo residual” e a síndrome foi renomeada para Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA), termo que mais tarde, por questões semânticas, foi renomeado para Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) (TEIXEIRA, 2008).

Em 1994, foram feitas novas modificações pela APA na publicação do DSM-IV, com a seguinte classificação: Déficit de Atenção (DA): predominantemente desatento; Déficit de Atenção/Hiperatividade (DA/HI): predominantemente hiperativo-impulsivo; Déficit de

Atenção Combinado (AC): em que os sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade estão presentes no mesmo grau de intensidade (TEIXEIRA, 2008; RIBEIRO, 2008).

Antes classificado como específico da infância, o TDAH passou a ser compreendido também como um transtorno que acompanha o indivíduo ao longo de sua vida. Assim, com os novos critérios de diagnóstico para o TDAH, estabelecidos pelo DSM-V, é possível identificar sintomas típicos do transtorno nas diferentes fases do ciclo vital. Portanto, antes dos 12 anos as crianças devem apresentar pelo menos seis sintomas em um ou ambos os grupos de critérios para desatenção e de critérios para hiperatividade e impulsividade. Adolescentes com idade acima de 17 anos e adultos devem apresentar cinco dos sintomas para um ou ambos os grupos de critérios. Os subtipos, nessa edição, foram substituídos por apresentação (desatenção, impulsivo/hiperativo ou combinado) (APA, 2012).

Atualmente, acredita-se que o TDAH é um transtorno neurobiológico crônico, com base genética, causado por alterações no desenvolvimento de algumas áreas cerebrais. A região pré-frontal e os principais neurotransmissores envolvidos no transtorno são afetados por um hipofuncionamento de suas funções e uma diminuição da irrigação sanguínea nessa região, o que pode trazer dificuldades ao indivíduo em sua vida acadêmica, profissional, familiar e social (MATTOS, 2010; PARTEL, 2011; SILVA; TAKASE, 2010).

Os sintomas característicos do TDAH são: déficit de atenção (relacionado à capacidade de organização e planejamento), hiperatividade (manifestada por inquietação e agitação) e impulsividade (relacionada ao prejuízo do senso crítico antes da realização do comportamento e da busca pela recompensa imediata) (ROHDE, 2004).

Segundo a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA, 2011), os sintomas do TDAH na infância associam-se às dificuldades na escola e no relacionamento com outras crianças, pais e professores. As crianças são tidas como "avoadas", "vivendo no mundo da lua" e, geralmente, "estabanadas" e com "bicho carpinteiro" ou “ligados por um motor” (isto é, não param quietas por muito tempo). Os meninos tendem a ter mais sintomas de hiperatividade e impulsividade do que as meninas, mas todos são desatentos.

Em relação à desatenção, crianças e adolescentes com TDAH apresentam dificuldades para manter atenção em atividades muito longas, repetitivas ou que não lhes sejam interessantes. Eles são facilmente distraídos por estímulos do ambiente externo, mas também se distraem com pensamentos "internos". Nas provas, são visíveis os erros por distração: sinais, vírgulas, acentos, entre outros. Como a atenção é imprescindível para o bom funcionamento da memória, eles são geralmente tidos como "esquecidos": esquecem recados ou material escolar, aquilo que estudaram na véspera da prova etc. O "esquecimento" é uma

das principais queixas dos pais. Quando eles se dedicam a fazer algo estimulante ou do seu interesse, conseguem permanecer mais tranquilos. Isso ocorre porque os centros de prazer no cérebro são ativados e conseguem dar um "reforço" no centro da atenção que é ligado a ele, passando a funcionar em níveis normais. Deve-se lembrar de que o fato de uma pessoa conseguir ficar concentrada em alguma atividade não exclui o diagnóstico de TDAH (ABDA, 2011).

No que diz respeito à impulsividade, os indivíduos podem apresentar comportamentos como: não esperar a sua vez, responder sem ler a pergunta até o final, interromper as pessoas quando falam e agir antes de pensar. Frequentemente, também apresentam dificuldades de organização e planejamento daquilo que querem ou precisam fazer. Adolescentes com TDAH podem apresentar mais problemas de comportamento, como, por exemplo, com regras e limites. A hiperatividade se manifesta pela tendência em estar sempre em movimento, o que ocorre através de comportamentos, como: agitar as mãos ou os pés ou se mexer na cadeira, dificuldade em permanecer sentada, falar demais (ABDA, 2011; ANDRADE, 2003).

A maioria dos portadores do transtorno tem o tipo combinado (hiperatividade e desatenção). Verifica-se que alguns deles podem apresentar determinadas características comportamentais associadas ao transtorno, tais como: comportamentos agressivos com acessos de raiva, teimosia, baixa tolerância à frustração, desobediência, humor instável e insistência excessiva para que suas vontades sejam satisfeitas (MAZZONE; TABAQUIM, 2010).

A hereditariedade associada a fatores ambientais tem sido demonstrada como determinante para a ocorrência do TDAH. Rohde (1999) mostra que, em pesquisa realizada com parentes de crianças com TDAH, foi estabelecida a ligação entre o transtorno e a hereditariedade com alta incidência de membros familiares na doença. O autor também afirma a existência da participação do componente genético na origem dessa condição por meio de estudos realizados com famílias de crianças e adolescentes, incluindo gêmeos, portadores de TDAH. No entanto, são fundamentais para o diagnóstico do TDAH a história da criança, a vida escolar, a saúde e a relação com o meio (MAZZONE; TABAQUIM, 2010).

Em muitas ocasiões, as crianças portadoras de TDAH são qualificadas como agressivas. Na maioria delas, as causas das condutas agressivas são a hiperatividade e a impulsividade. Isso nos leva a concluir que, muitas vezes, os comportamentos considerados como agressivos podem não ser intencionais, ou seja, podem ser fruto de condutas hiperativas ou impulsivas (BARROS; SILVA, 2006). Contudo, as pessoas com TDAH podem ser talentosas, criativas e bem sucedidas, mas sem ajuda adequada podem não conseguir superar

suas limitações, acumulando frustrações que, ao longo da vida, poderão gerar quadros mais graves, como a depressão e os transtornos de ansiedade (RIBEIRO, 2008). Além disso, hiperativos são mais socialmente rejeitados e apresentam frequentemente baixa autoestima (GEDA, 2001).

Nesse sentido, as comorbidades psiquiátricas no TDAH se mostram presentes em 58% dos casos estudados, sendo frequentes comorbidades de TDAH e transtorno de conduta com maior propensão ao abuso/dependência de drogas (PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2007; ROHDE; HALPERN, 2004).

Pode-se afirmar, com isso, que o TDAH não é um distúrbio temporário, a ser superado, uma vez que é neurobiológico e não o resultado da falta de disciplina ou de controle dos pais, assim como não se trata de falta de força de vontade ou de caráter da criança ou do adolescente como erroneamente muitos adultos pensam ser (BARKLEY, 2002). Portanto, o TDAH pode se manifestar na infância, persistir na adolescência e na fase adulta, tornando-se cada vez mais grave com a falta de um tratamento apropriado.

Sendo assim, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado podem reduzir drasticamente os conflitos sociais, familiares, escolares, comportamentais e psicológicos vividos por essas crianças e suas famílias. O tratamento deve ser direcionado de acordo com a gravidade da doença. Em alguns casos, é necessário o uso de medicação, em outros, terapia com o portador e a família. Em casos mais graves, é recomendável uma ação multidisciplinar: pais, professores, médicos, terapia e medicação (TEIXEIRA, 2008).

Para a avaliação inicial do TDAH, costuma-se utilizar a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (World Health Organization, 1993) ou o Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais – DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), sendo que no Brasil o segundo é o mais utilizado (MORAIS, 2009).

Ribeiro (2008) afirma que um diagnóstico correto já tem um impacto positivo no relacionamento familiar, uma vez que ameniza o sentimento de culpa, tanto dos pais quanto dos filhos, pelos comportamentos inadequados, diminuindo assim a hostilidade entre eles.

Entretanto, os adolescentes com TDAH estão frequentemente expostos aos ambientes de hostilidade. Encontram-se numa fase com características intrínsecas ao desenvolvimento que podem ser confusas e conflituosas quando associadas ao transtorno. Para melhor compreensão deste universo é importante definir a adolescência sobre diversos prismas.

A adolescência é definida pela OMS como a segunda década de vida, ou seja, a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos. A OMS refere-se à adolescência como um processo fundamentalmente biológico que abrange a pré-adolescência (faixa etária de 10 a 14 anos) e a

adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos). Esse período de desenvolvimento caracteriza-se por mudanças físicas aceleradas e características da puberdade. Tais alterações surgem influenciadas por fatores hereditários, ambientais e psicológicos (OMS, 1996).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei n. 8.069/90, estabelece que a adolescência corresponde ao período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. Ele ressalta o dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público em assegurar a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária do indivíduo enquanto criança e adolescente (BRASIL, 1995).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a maturidade não atingida, são anos conflituosos e conturbados. Momento de novos tipos de amizades, do desabrochar da sexualidade, de interesses mutáveis e consciência incipiente. Tempo em que os limites são experimentados, os princípios questionados e as perdas causam sofrimento. Um processo atravessado por inúmeros fatores de ordem biopsicossocial (TOMMASI, 1998).

As necessidades dos adolescentes não são essencialmente diferentes daquelas de quando eram crianças. Eles necessitam de um espaço mais amplo do que o mundo da família para desenvolver sua identidade. Buscam novas maneiras de ser, de se comportar e de se mostrar ao mundo. Os adolescentes podem sentir necessidade de romper os laços com a família, assim surgem os conflitos violentos, uma vez que tudo que foi recebido até o momento é inadequado e precisa ser rejeitado. Momento de conflitos, mágoas e competição. Uma fase de discussões intermináveis e provocativas é iniciada pelos adolescentes (TOMMASI, 1998).

A fase adolescente caracteriza-se pela intensa transformação de todos os membros da família. Neste momento do ciclo vital, as crises evolutivas geram a necessidade de mudanças e readaptações familiares, significados existenciais e novos papéis são assumidos na vida e na dinâmica familiar. Neste período significativo de mudanças e de transição entre fases da vida, os filhos transitam da infância para a adolescência, e os pais transitam, da fase de adulto jovem para adulto maduro; assim, todo o sistema familiar vive a “crise da adolescência” (BERTHOUD, 2002).

A adolescência, contudo, não existe à parte de um contexto social definido. Ela passou a existir para satisfazer uma necessidade, sendo uma criação de forças sociais operando na cultura. Assim, os problemas associados à adolescência devem tecer relações terapêuticas que considerem o contexto social (YEATS, 1996).

1.2 Relações Familiares e o Adolescente com TDAH

Ter um adolescente com TDAH na família representa um verdadeiro desafio para os pais que não sabem como lidar com ele (MAZZONE; TABAQUIM, 2010). Em face dessa dificuldade, os pais podem perder a perspectiva dos seus objetivos. Podem tornar-se irritados, impacientes, confusos e enfurecidos quando suas tentativas iniciais para educar não funcionarem (PARTEL, 2011). A soma disso às dificuldades sociais e escolares pode resultar em condutas inadequadas na educação das crianças, como maus-tratos físicos e emocionais por parte de pais e professores, além de exclusão e discriminação contra as crianças e suas famílias (RIBEIRO, 2008).

Pais de crianças e adolescentes com TDAH tendem a se considerar menos competentes na sua função como pais e a perceber sintomas de desatenção e comportamentos de desafio e oposição menos controláveis e mais estáveis, tendendo a reagir mais negativamente a tais sintomas em comparação a grupos-controles. Assim, autores relatam que a diminuição da satisfação conjugal em pais de crianças e adolescentes com TDAH possa estar relacionada a esses fatores (DEWOLFE; BYRNE; BAWDEN, 2000; JOHNSTON; FREEMAN, 1997; GUILHERME; MATTOS et al., 2007).

Aliado a isso existem as mudanças na relação entre pais e filhos, decorrentes das transformações pelas quais a família passa. Com isso, há um constante questionamento sobre o papel dos pais na educação de seus filhos. Atenta-se, portanto, para pais com filhos portadores de TDAH, pois a literatura sobre o transtorno retrata a disfuncionalidade das famílias com crianças e adolescentes com tal diagnóstico, bem como os conflitos constantes encontrados nesses sistemas (KUNRATH; WAGNER; DE JOU, 2006).

A família é primordial para o desenvolvimento humano, instituindo um espaço de existência não só biológica, mas também psíquica. É no ambiente familiar que a criança e o adolescente em desenvolvimento se constituem sujeitos, com identidade peculiar, suscetível às coisas do mundo, às relações, aos prazeres, às adversidades. É desse contexto que o indivíduo depende, desde o nascimento, tanto para sua sobrevivência no atendimento de suas necessidades básicas quanto para um adequado desenvolvimento emocional e psicossocial (NUNES; WERLANG, 2008).

São notórias as mudanças pelas quais as famílias vêm passando, que correspondem às mudanças da sociedade, assumindo ou renunciando à função de proteção e socialização de seus membros em resposta às necessidades da cultura. A mudança se desloca da sociedade

para a família. Assim, quanto mais flexibilidade e adaptabilidade requerem de seus membros, mais significativa se tornará como matriz do desenvolvimento psicossocial. A família é um sistema aberto em transformação, com trocas intra e extra familiar provendo adaptações às diferentes exigências dos estágios de desenvolvimento que enfrenta. Desta forma, explorar a situação mutante da família, de seus membros e de seus estresses de adaptação é importante para a motivação dos recursos da família como um caminho para a transformação (MINUCHIN, 1990).

Segundo Ribeiro (2008), a família do portador de TDAH é o primeiro núcleo responsável pela preparação desses indivíduos para a vida social, para o mundo e para o futuro. Em um de seus estudos, a autora constatou que o relacionamento entre os membros dessas famílias é muito difícil. Um dos motivos é o alto nível de estresse a que pais e filhos ambos são submetidos diariamente e que pode influenciar suas vidas de forma marcante.

Para Barkley (2002), o TDAH não é sinônimo de conduta agressiva e a presença desse tipo de comportamento está mais vinculada às condutas parentais do que necessariamente ao transtorno. O autor identificou em um estudo que os maiores índices de problemas psiquiátricos estavam presentes em pais de crianças e adolescentes com TDAH que tinham comportamentos agressivos, não em pais de crianças e adolescentes sem manifestações de agressividade. Isso significa que famílias com membros em desajuste psicológico podem propiciar o aparecimento de comportamentos agressivos e antissociais em crianças e adolescentes portadoras de TDAH.

Há na literatura dados de pesquisas que sinalizam que os portadores de TDAH são punidos mais severamente e com maior frequência do que aqueles que não são portadores. Os estudos sugerem ainda que essas pessoas são abusadas física e emocionalmente desde muito cedo, geralmente pelos pais (BLACHNO et al., 2006; ALIZADEH; APPLEQUIST; COOLIDGE, 2007). Um estudo realizado com pais de portadores de TDAH mostrou que eles costumam aumentar gradativamente o grau de severidade das punições de seus filhos diante dos comportamentos opositor e desafiador. No mesmo estudo foi apontada a presença de violência física, psicológica e a negligência das necessidades afetivas e educativas das crianças e adolescentes em seu ambiente familiar (RIBEIRO, 2008).

Ao descrever as características do TDAH com foco nos relacionamentos dos pacientes com as famílias, os amigos, os professores etc., Kunrath, Wagner e de Jou (2006) destacaram especialmente os constantes conflitos que ocorrem nessas interações.

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 consequentes desvios de comportamento (BARKLEY, 2002).

Diante disso, o tratamento efetivo para o adolescente com TDAH necessita do envolvimento e da interação da família, compreendida de forma integral e em seu espaço social, levando em consideração os contextos socioeconômico e cultural, que devem ser valorizados. As famílias são reconhecidas como portadoras de autonomia. É nesse contexto que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas. Sendo assim, é fundamental que o profissional tenha a compreensão da dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas (BRASIL, 2001).

Sabe-se que o enfermeiro é um profissional capacitado para trabalhar com a família e que tem a preocupação em incluir esta como objeto e parceria da assistência. Nesse sentido, a atuação desse profissional no tratamento dos adolescentes com TDAH seria eficiente visto que o objetivo da assistência é auxiliar as famílias a identificar e sanar as suas dificuldades interacionais, enfrentar problemas e tomar decisões. Portanto, o foco do cuidado deve estar em ajudar e em capacitar as famílias de forma que consigam atender as necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença (MARCON et al., 2005).

Sendo assim, a enfermagem pode auxiliar na minimização dos prejuízos causados às famílias e aos adolescentes com TDAH, acolhendo e orientando os pais através da criação do vinculo. Os processos de enfermagem tornam-se facilitadores no papel de intermediar ações e planos de assistência, sendo um aliado importante que orienta as famílias e aperfeiçoa as relações interpessoais dos adolescentes e seus pais.

1.3 O Fenômeno da Violência

A violência não é um fenômeno recente, visto que, através dos meios de comunicação escrita, falada etc., diversas práticas violentas são conhecidas desde a antiguidade até os dias atuais. Foi a partir do século XX que essas práticas passaram a ser discutidas e caracterizadas como um acontecimento social, o que despertou interesse do poder público e também de estudiosos (HAYECK, 2009). Do ponto de vista acadêmico, houve grande repercussão, com 90% de toda publicação científica sobre violência concentrada a partir da década de 1980,

sendo a violência contra criança e adolescente o segundo maior tema presente no conjunto da produção intelectual no período de 1990 a 2000 (MINAYO, 2006; SOUZA et al., 2006).

Desde então, as reflexões sobre a violência são fundamentadas em diversas hipóteses de investigação. Para Lorenz (1983), o comportamento humano tem suas raízes fisiológicas, bem como ambientais, portanto as teorias de agressão que ignoram tais dados comparativos podem ser inadequadas. O autor apresenta um paradoxo curioso, em que as maiores qualidades do homem, suas capacidades para o pensamento conceitual e a linguagem verbal, que o elevaram para um nível muito superior a todas as outras criaturas e que lhe deram o domínio de toda a Terra, não são exclusivamente bênçãos. Sendo assim, todos os perigos e ameaças experimentados pela humanidade são consequências do pensamento conceitual e da linguagem verbal. No entanto, os mecanismos do comportamento instintivo não conseguiram enfrentar as novas condições que a cultura inevitavelmente produziu (LORENZ, 1983).

Para Freud (1980), é comum que os conflitos de interesse entre os homens sejam resolvidos pelo uso da violência. Isso é o que se passa em todo o reino animal, do qual o homem não se exclui. No caso do homem, também ocorrem os conflitos de opinião, sendo esta uma complicação a mais. Na antiguidade, nos pequenos grupos humanos, era a superioridade da força muscular que decidia quem tinha a posse das coisas ou quem fazia predominar sua vontade. A força muscular logo foi substituída pelo uso de instrumentos, no qual o vencedor era aquele que tinha as melhores armas ou a maior habilidade no seu manejo. O objetivo de tal violência era a imposição do poder. A situação inicial dos fatos ocorreu pela dominação por parte de qualquer um que tivesse poder maior, caracterizando a dominação pela violência bruta ou pela violência apoiada no intelecto (FREUD, 1980).

Esse regime foi modificado no transcorrer da evolução. Havia um caminho que se estendia da violência ao direito ou à lei, o qual levava ao reconhecimento de que à força superior de um único indivíduo podia-se contrapor a união de diversos indivíduos fracos. A violência poderia ser derrotada pela união, assim a lei torna-se a força de uma comunidade. A união da maioria deveria ser estável, duradoura e manter-se permanentemente organizada para estabelecer regulamentos e fazer com que esses fossem respeitados. Nesse momento, o reconhecimento de uma entidade de interesses levou ao surgimento de vínculos emocionais entre os membros de um grupo de pessoas unidas. Assim, a comunidade é mantida por dois fatores: força irresistível da violência e elos emocionais entre seus membros (FREUD, 1980).

Atualmente, a ideia de que a violência não é parte da natureza humana e que a mesma não tem raízes biológicas é defendida pela maioria dos estudiosos. A violência refere-se a um

complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial com implicações na vida em sociedade (MINAYO, 1994).

De fato, a violência não pode ser analisada por meio de uma definição fixa e simples, pois isto limitaria a compreensão das suas especificidades enquanto um acontecimento complexo. Portanto, é preciso desenvolver sobre ela uma visão interativa da origem sócio-histórica e subjetiva, que questione a postura reducionista que privilegia a causalidade biológica como a unicausalidade. Frente a isso, entende-se que a violência, pela sua natureza complexa, envolve as pessoas na sua totalidade biopsíquica e social, de forma dinâmica. A busca de ampliação e aprofundamento do sentido do fenômeno da violência ainda se dá num campo obscuro de sua definição, intrínseco a suas múltiplas formas de manifestações (MINAYO, 2006).

Devemos ter, com isso, uma compreensão maior sobre o fenômeno da violência. Abordar as problemáticas que permeiam esse fenômeno é necessário para o entendimento do processo. Para compreender a teorização desse fenômeno é preciso se fundamentar de forma interdisciplinar, considerando a historicidade do fenômeno, o contexto sociocultural e as subjetividades biológicas e intrapsíquicas inerentes ao indivíduo (MINAYO, 2006).

O impacto da violência pode ser visto de várias formas e em todas as partes do mundo. No geral, a violência está entre as principais causas de morte no mundo para pessoas com idade entre 15 e 44 anos. Seu custo se traduz em bilhões de dólares gastos em despesas anuais de cuidados de saúde em todo o mundo (KRUG et al., 2002). No Brasil, a taxa de mortalidade por lesão intencional (lesões autoprovocadas intencionalmente, agressões, intervenções legais e operações de guerra), entre 1990 e 2000, foi de 27,7 por 100 mil habitantes (SOUZA et al., 2006).

Uma definição de violência foi também apresentada pelo Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (KRUG et al., 2002), o qual refere o uso intencional da força fisica ou do poder. Nesse relatório, sua definição está descrita como:

> O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al. , 2002, p. 5).

O Ministério da Saúde define a violência como “um fenômeno complexo, nos quais os eventos violentos se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento dos outros ou de seus bens” (BRASIL, 2005, p. 14).

Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo as normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais numa relação dinâmica dos envolvidos. Há, portanto, diversas formas de expressão da violência, como agressão física, abuso sexual, violência psicológica e institucional, em que diversos grupos populacionais são atingidos por diversos tipos de violência com consequências distintas (BRASIL, 2001).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (KRUG et al., 2002), a violência pode ser classificada quanto a sua tipologia, que categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas e dividida em três amplas categorias, segundo as características daqueles que cometem o ato violento: violência autodirigida, violência interpessoal e violência coletiva. É, então, para a melhor compreensão dos tipos específicos de violência que as amplas categorias são subdivididas (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Entende-se por violência autodirigida os comportamentos suicida e agressão autoinfligida. No primeiro, a tipologia contempla os pensamentos suicidas, tentativas de suicídios e suicídios propriamente ditos. A autoagressão, por sua vez, inclui atos como a automutilação (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A violência interpessoal é classificada em dois campos: de família e comunitário. Por violência de família se entende aquela que ocorre principalmente entre membros da família e acontece usualmente nos lares. Neste grupo, inclui formas de violência como abuso infantil, violência entre parceiros íntimos e maus-tratos de idosos. Considera-se que esse tipo de violência é, em geral, uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando em uma família se detecta algum tipo de abuso, ali existe, rotineiramente, uma interrelação que expressa diversas formas de violências. A violência comunitária, por outro lado, é definida como aquela que ocorre no espaço social em geral, entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecer. Consideram-se suas variáveis expressões como violência da juventude, estupro ou ataque sexual por desconhecidos, além de violência em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (DAHLBERG; KRUG, 2006; MINAYO, 2005).

Na violência coletiva se classificam os atos que causam danos, lesões e mortes e que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizando a dominação de grupos e do Estado. Na violência social incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e de multidões. No campo político, são considerados as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. A violência

econômica se refere aos ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação (DAHLBERG; KRUG, 2006; MINAYO, 2005).

A violência também pode ser classificada quanto à natureza dos atos violentos, que são físicos, sexuais, psicológicos e envolvem privação ou negligência. Para determinar a natureza dos atos violentos, deve-se considerar a relevância do cenário, a relação entre agente e vítima, e no caso da violência coletiva, as possíveis motivações para violência. Contudo, tanto na pesquisa como na prática as classificações dos diferentes tipos de violência nem sempre são claras (KRUG et al., 2002).

A violência física ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder com outra, causa ou tenta causar dano não acidental por meio da força física ou de algum tipo de arma que possa provocar lesões. A violência sexual se estabelece por meio de relação de poder e força física, coerção ou intimidação psicológica, em que obriga uma pessoa ao ato sexual sem sua vontade. A violência psicologia é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa, incluindo a negligência e a privação arbitrária da liberdade (BRASIL, 2002).

As temáticas sobre violência eram muito mais variadas nos anos de 1980, acompanhando o agravamento da crise urbana e a importante multiplicação do debate sobre a situação da infância brasileira. Na ultima década do século XX e nos primeiros anos do novo milênio, as formas de violência com elevada expressão na área de saúde pública foram: a violência familiar contra crianças e adolescentes e os serviços de atenção às vitimas de maus-tratos, a exclusão e a violação de direitos e a juventude em conflito com a lei (ASSIS; CONSTANTINO, 2006).

A violência familiar contra crianças e adolescentes deve ser considerada preocupante, uma vez que a família exerce funções importantes no desenvolvimento do indivíduo. A família é considerada uma instituição de composição variável que pode apresentar aspectos positivos, enquanto núcleo afetivo de apoio e solidariedade, e aspectos negativos, como a imposição de leis, usos e costumes, que podem se tornar elementos de coação social geradora de conflitos e ambiguidades. Nesse sentido, a problemática precisa ser mais bem compreendida, tendo em vista que a família exerce inúmeras funções que podem ser prejudicadas com a exposição a situações de violência (CAMARGO; BURALLI, 1998).

Ao abordar a temática violência familiar, podemos encontrar descrições como violência doméstica e violência intrafamiliar. Sendo assim, é importante compreender o universo a que esses fenômenos estão envolvidos e a que se referenciam, bem como suas respectivas definições.

A violência familiar é caracterizada como aquela que acontece dentro do lar, entendendo-se este como um núcleo básico de formação, no qual a criança efetiva seus laços de parentesco com indivíduos consanguíneos, ou não, e faz dele seu elemento referencial. No entanto, o lar tem sido identificado como local privilegiado para a violência contra crianças e adolescentes, à medida que nele se estabelece a disciplina, a dominação e a resistência, tornando-se lugar propício para manifestações da violência de diversas naturezas (CAMARGO; BURALLI, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p.15), violência intrafamiliar é definida como:

> [...] toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra.

Para se caracterizar violência doméstica é necessário que se inclua outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico, tais como empregados, pessoas que convivem esporadicamente, agregados, entre outros (BRASIL, 2002).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica sobre Violência Intrafamiliar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), os fatores de risco para a violência doméstica são: famílias com nível de tensão permanente, que se manifesta por meio da dificuldade de diálogo e descontrole da agressividade; famílias em situações de crise, perdas e comprometimento psicológico/psiquiátrico dos indivíduos; expectativas demasiadamente altas em relação à criança por parte dos pais; capacidade limitada dos pais em lidar com situações de estresse (perda fácil do autocontrole) e estilo disciplinar rigoroso; e déficits cognitivos, como dispersão, maior comprometimento físico ou mental e hiperatividade da criança.

A violência custa aos países valores econômicos significativos, extraindo das economias mundiais a cada ano muitos bilhões de dólares em tratamentos de saúde, gastos legais, ausência do trabalho e produtividade perdida. Portanto, é considerada um grave problema de saúde pública. Assim, desenvolver estudos sobre a violência é necessário se considerarmos seu impacto sobre a saúde da população. Mesmo sendo difícil calcular o impacto de todos os tipos de violência sobre os sistemas de saúde ou seus efeitos na produtividade econômica mundial, há evidências de que as vítimas de violência doméstica e sexual apresentam mais problemas de saúde, custos significativamente mais altos de

tratamento de saúde e consultas mais frequentes aos atendimentos de emergência durante toda sua vida do que aquelas que não sofreram tais abusos (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Sabe-se que a violência doméstica pode trazer graves consequências para a vida de crianças e adolescentes, pois aprendem com cada situação que vivenciam. Um ambiente familiar hostil e desequilibrado pode afetar os diversos aspectos do desenvolvimento, como o físico, o mental e o emocional. Além disso, os problemas relacionados a esse desenvolvimento refletem diretamente na aprendizagem da criança e do adolescente (ROSAS; CIONEK, 2006).

O comportamento dos pais e o ambiente familiar são fatores centrais para o desenvolvimento do comportamento violento nos jovens. As práticas educativas dos pais, como o monitoramento e a supervisão deficiente, o uso de punições físicas severas para disciplinar as crianças, são fortes prognósticos de violência durante a adolescência e a fase adulta. Situação preocupante visto que em todo o mundo uma média de 565 crianças, adolescentes e jovens adultos, entre 10 e 29 anos, morrem por dia como resultado da violência interpessoal (KRUG et al., 2002). Sendo assim, a violência não pode continuar sendo um assunto exclusivo das políticas nacionais, mas deve ser tratada também em nível mundial (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Frente a estas considerações temos como pressuposto que crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH têm um risco aumentado de serem vítimas de atos de violência, principalmente por parte dos pais ou responsáveis. Deve-se atentar que independentemente do tipo, da natureza e do seu grau de intensidade, a violência nessas fases do desenvolvimento humano poderá resultar em sequelas físicas, psicológicas, sociais e comportamentais que podem perdurar durante toda a vida do indivíduo. Assim, tecemos alguns questionamentos: Qual o conhecimento que os pais ou responsáveis por adolescentes com diagnóstico de TDAH têm sobre este transtorno? Os pais ou responsáveis por adolescentes com diagnóstico de TDAH cometem ou já cometeram atos violentos (físicos, psicológicos, sexuais e negligências) contra seus filhos?

Estudar as relações familiares de adolescentes com TDAH e os sentidos e significados destes em relação ao diagnóstico se faz necessário para compreender a dinâmica dessas famílias e, desse modo, proporcionar estratégias de convívio entre seus membros a fim de promover ações de educação em saúde em relação às características do transtorno e evitar possíveis situações de violência.

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Práticas educativas parentais e o adolescente com TDAH

A fim de compreender os sentidos e os significados para os pais de adolescentes com TDAH sobre o comportamento de seus filhos, as respectivas relações interpessoais e situações de conflito no convívio familiar e fora deste, se faz necessário um breve relato sobre a Teoria de Estilo Parental.

Sabe se que a família é fundamental na formação do indivíduo. Os pais são responsáveis por direcionar os comportamentos dos filhos para que possam expressar adequadamente o papel social. As técnicas educativas utilizadas pelos pais de adolescentes com TDAH podem gerar comportamentos inadequados ou influenciar condutas adequadas (PRATTA; SANTOS, 2007).

Para Gomide (2003), as estratégias e técnicas utilizadas para orientar os comportamentos de crianças e adolescentes são denominadas de práticas educativas parentais. Já o conjunto de comportamentos de pais que influencia seus filhos através das práticas de acordo com suas crenças e valores é chamado de estilo parental (GOMIDE, 2003; WEBER et al., 2004).

O conceito de estilo parental integra aspectos emocionais e comportamentais, onde crianças educadas por diferentes estilos de condutas dos pais apresentam alterações no grau de competência social (BAUMRIND, 1967). O mesmo autor propõe três modelos de controle parental: autoritativo, autoritário e permissivo. No modelo autoritativo, os pais direcionam as atividades dos filhos de forma coerente e orientada. Promovem autonomia psicológica, compartilhando com a criança o raciocínio e, ainda, são firmes no controle dos pontos de divergência. Ao contrário do modelo autoritário, em que os pais são controladores e a favor de medidas punitivas. São exigentes, monitoram e supervisionam os filhos com frequência e, apresentam baixos níveis de afeto. Já os pais permissivos se comportam de maneira não punitiva e receptiva diante das vontades e ações da criança. Neste modelo, os pais são tolerantes e não se apresentam como um agente responsável por moldar ou direcionar o comportamento dos filhos (BAUMRIND, 1967).

Para Maccoby e Martin (1983), os estilos parentais se caracterizam em função das exigências e responsividade. A partir do modelo de Baumrind, esses autores desmembraram o

estilo parental permissivo em dois tipos: negligente e indulgente. Os pais indulgentes são responsivos e não exigentes, ou seja, são afetuosos e amorosos, mas não monitoram ou supervisionam as atividades dos filhos. Os pais negligentes não são responsivos nem exigentes, não assumem seus papéis de pais e com o passar do tempo o papel parental tende a diminuir cada vez mais. Pais autoritativos manifestam altos níveis de exigência e responsividade, mas há um equilíbrio entre o afeto e a monitoria dos filhos. Já os pais autoritários são exigentes e com baixa responsividade (MACCOBY; MARTIN, 1983).

Segundo Gomide (2003), há diferentes dimensões do estio parental. O autor apresenta fundamentação teórica para oito estilos parentais: as chamadas Práticas Educativas Positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e as Práticas Educativas Negativas (abuso físico e psicológico; disciplina relaxada; monitoria negativa; negligência e punição inconsistente). Essas podem gerar comportamentos anti-sociais ou pró-sociais.

A monitoria positiva estabelece uma harmonia entre atenção e distribuição de privilégios, afeto, estabelecimento de regras, acompanhamento e supervisão das atividades dos filhos. Essa prática educativa reduz o comportamento anti-social, pois os jovens se sentem monitorizados e/ou falam abertamente com seus pais (GOMIDE, 2003; SAMPAIO; GOMIDE, 2007).

O comportamento moral envolve culturas inerentes à vida na comunidade. É uma prática educativa positiva, na qual os pais transmitem valores como honestidade, generosidade, compaixão, justiça. A transmissão desses valores podem inibir o comportamento agressivo e anti-social (GOMIDE, 2003).

Das práticas educativas negativas, o abuso físico é caracterizado quando os pais machucam ou causam dor a seus filhos com propósito de corrigir ou educar. A prática de abuso físico esta diretamente relacionada a distúrbios psiquiátricos que podem levar ao comportamento violento. O abuso psicológico é considerado como o abuso de poder e falta de afeto. As crianças se sentem como se estivessem em perigo e não amadas. Esse abuso pode ocorrer juntamente com a punição física como dar palmada e bater (GOMIDE, 2003; SAMPAIO; GOMIDE, 2007). Esses estilos parentais são considerados como reforçadores de agressividade, além de facilitar comportamentos anti-sociais que trazem varias consequências negativas e afetam o desenvolvimento da criança (BARROS; SILVA, 2004).

É sabido, que a forma como a família reage aos comportamentos da criança tem forte influência na construção de suas habilidades sócio-emocionais. Frente a isso, o temperamento e as variáveis ambientais têm responsabilidade na formação dos comportamentos anti-sociais. Esses indivíduos apresentam comportamentos como desobediência, agressividade,

temperamento exaltado, baixo controle de impulsos etc. Nesse sentido, os estilos e práticas parentais são relevantes no desenvolvimento social do adolescente com TDAH (BARROS; SILVA, 2006; PACHECO, 2004).

A disciplina relaxada é uma prática educativa negativa que se caracteriza pelo não cumprimento de regras. Os pais estabelecem regras, no entanto, diante dos comportamentos opositores e desafiadores dos filhos, deixam de monitorar e fazer valer as regras. Esse estilo parental segue uma tendência à impulsividade e agressividade para as crianças, visto que os pais também possuem essas características. Sendo assim, uma criança opositora/desafiadora tem mais chances de estar exposta a práticas educativas ineficazes (GOMIDE, 2003; GOMIDE et al., 2005).

Nesse modelo, a baixa capacidade dos pais em fazerem valer as regras gera um ambiente familiar instável, com potencial risco para os adolescentes desenvolverem comportamentos delinquentes. Uma vez que, esses compreendem que os comportamentos de agressividade e oposição são favoráveis para o seu desenvolvimento (SALVO; SILVARES; TONI, 2005; GOMIDE et al., 2005).

A monitoria negativa é caracterizada pela fiscalização e ordens excessivas dadas aos filhos que na maioria das vezes não são obedecidas. Geram relações interpessoais fundamentadas na hostilidade, insegurança e simulação. Essa prática educativa inibe ou interfere no desenvolvimento da independência da criança, pelo fato de manterem dependência emocional dos pais. A manipulação emocional e limitações psicológicas podem estar associadas às práticas educativas severas, onde os pais desde muito cedo pretendem controlar os comportamentos dos filhos. Essa prática impede que os filhos desenvolvam a autonomia (GOMIDE, 2003).

Diante disso, os adolescentes podem apresentar comportamentos agressivos em resposta ao controle excessivo dos pais, na tentativa de proteger sua privacidade. As interações negativas entre pais e filhos geram desconfiança e conduzem a comportamentos hostis que resulta em rejeição e isolamento (GOMIDE, 2003; SALVO; SILVARES; TONI, 2005).

A prática educativa negligente corresponde aos pais não responsivos. São ausentes em situações difíceis e se eximem das responsabilidades. Esses, em geral, são passivos na infância e sofrem com déficits comportamentais. A negligência esta relacionada à falta de envolvimento com a família, exposição das crianças à situações de exclusão e promoção de reforços negativos. A carência afetiva decorrente dessa prática é associada ao crime, visto que a carência prejudica a capacidade de se estabelecer relações afetivas com os outros. Assim,

indivíduos expostos a essa prática poderá prejudicar as pessoas sem remorso (GOMIDE, 2003).

Na literatura é descrito que as práticas educativas negativas estão correlacionadas aos comportamentos anti-sociais, estresse, ansiedade, agressividade e baixo índice de habilidades sociais. Além disso, a negligência é vista como uma prática preditora de problemas de pensamento e está associada a diversos riscos para o desenvolvimento do adolescente (SALVO; SILVARES; TONI, 2005).

A punição inconsistente interfere na percepção do indivíduo. Nessa prática educativa, os pais agem de acordo com seu estado emocional. Assim, uma criança pode ser punida ou reforçada positivamente pelo mesmo comportamento. Nesse modelo, os pais perdem o controle sobre os comportamentos dos filhos, utilizando de punição física na tentativa de controlar o adolescente (GOMIDE, 2003). Nessa prática educativa, há presença efetiva dos pais que apresentam afeto e envolvimento, porém com poucas regras e limites. Os pais costumam dar pouca estrutura positiva e direção aos filhos. Esses podem se colocar em situações de risco por não terem aprendido que existem regras e limites (BROECKER; DE JOU, 2007).

Sendo assim, os estilos parentais são fundamentais no processo de socialização do indivíduo. As práticas educativas positivas e negativas levam aos comportamentos pró-sociais ou anti-sociais. Sendo que, as práticas positivas estão relacionadas ao adequado ou efetivo desenvolvimento de comportamentos sociais na adolescência e as práticas negativas estão relacionadas aos comportamentos anti-sociais como a delinquência. Portanto, as práticas que os pais utilizarem com maior frequência contribuí para que o repertório da criança se desenvolva para um ou outro extremo (WEBER et al., 2004; SALVO; SILVARES; TONI, 2005). Além disso, as práticas educativas negativas podem gerar situações de violência que afetam as relações interpessoais dos pais e dos adolescentes com TDAH.

2.2 Violência na perspectiva do modelo ecológico

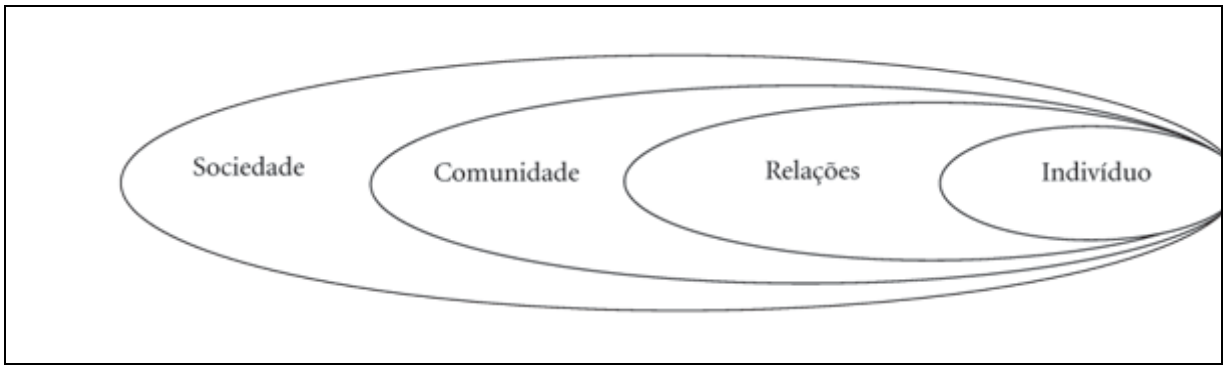
Diante das transformações vivenciadas pelo ser humano ao longo do seu desenvolvimento, a ciência demonstrou a necessidade de estudar modelos teóricos que envolvessem os fatores individuais e ambientais no processo de investigação na área do

desenvolvimento humano. Nesse contexto, o fenômeno da violência pode ser compreendido como um processo multifatorial, com transformações individuais e sociais.

Para compreender a natureza multifacetada da violência, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (KRUG et al., 2002), propõe o modelo ecológico. Tal modelo já foi aplicado ao abuso infantil, à violência juvenil, a violência praticada pelo parceiro íntimo e abuso contra os idosos. O modelo ecológico explora a relação entre os aspectos individuais e contextuais, considerando a violência como resultado das relações que ocorre entre diferentes sistemas (KRUG et al., 2002).

A figura abaixo auxilia na compreensão da violência na perspectiva do modelo ecológico, ou seja, ilustra a interação entre os aspectos individuais e contextuais:

Figura 1. Modelo ecológico para compreender a violência



Fonte: Krug et al., 2002.

O primeiro nível do modelo ecológico refere-se à identificação dos aspectos individuais (biológicos e pessoais) que afetam o relacionamento entre pais e filhos e quais características que aumenta a possibilidade deles serem vítimas ou perpetradores de violência. O segundo nível explora como as relações pessoais mais próximas o que aumentam o risco para vitimização e perpetração da violência como, por exemplo, o convívio diário com membros da família. O terceiro nível do modelo ecológico analisa contextos comunitários em que as relações estão envolvidas como nas escolas, locais de trabalho e vizinhança. Esse nível busca identificar as características desses cenários que estão relacionadas ao fato de a pessoa ser vítima ou perpetrador da violência. O quarto nível analisa os aspectos sociais mais amplos que influenciam os níveis de violência, incluindo os fatores que favoreçam ou inibem sua ocorrência. Os principais aspectos relacionados são: normas culturais; normas que dão prioridades aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; normas que incentivam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; normas que validam o uso abusivo da força

pela polícia contra os cidadãos; normas que apoiam os conflitos políticos (KRUG et al., 2002).

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (KRUG et al., 2002), o modelo ecológico enfatiza diversas causas da violência e a associação dos fatores de risco dentro da família e de contextos comunitário, social, cultural e econômico. O modelo mostra, ainda, que a violência pode ser causada por diversos aspectos e em diferentes estágios da vida.

O modelo teórico que busca responder a estas indagações foi delineado e apresentado por Urie Bronfenbrenner (1996). O autor denominou suas proposições de Teoria dos Sistemas Ecológicos e contemplou de forma mais detalhada os aspectos do desenvolvimento vinculado à pessoa, no qual a interação entre pessoa e ambiente é caracterizada pela reciprocidade. A pessoa em desenvolvimento molda-se, muda e recria o meio no qual se encontra (BRONFENBRENNER, 1996; PRATI et al, 2008).

O autor tem como foco principal de seus estudos o ambiente em que o indivíduo está inserido e se desenvolve, e a forma como ele percebe este contexto. O uso desse modelo mostra-se fundamental para compreender o desenvolvimento do individuo (BRONFENBRENNER; CECI, 1995).

Nessa perspectiva, a evolução da teoria gerou uma ampliação do entendimento do desenvolvimento humano ao considerar os quatro aspectos inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo. Com essas alterações esse modelo passou a ser denominado de Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (COPETTI; KREBS, 2004).

Há na literatura outros estudos que considera a abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano apropriada ao se analisar o fenômeno da vitimização (LORDELLO; OLIVEIRA, 2012; BARRETO et al., 2009). Essa abordagem conceitua as expressões comportamentais como produtos da interação genética e do ambiente. Além disso, não se pode considerar somente o tempo atual, mas todo o processo temporal e as diferenças de variações nas conseqüências comportamentais, sendo esses produtos interativos da relação genética e ambiental (BRONFENBRENNER; CECI, 1995).

A fim de promover uma compreensão maior sobre o desenvolvimento humano, Urie Bronfenbrenner apresentou uma proposta para formar conceitos acerca dos contextos do desenvolvimento utilizando a organização de sistemas de quatro níveis que progressivamente se tornam mais amplos: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema (BRONFENBRENNER, 1996).

O microssistema envolve estruturas e processos que ocorrem em um contexto imediato no qual a pessoa em desenvolvimento está inserida. Nesse sistema se estabelece relações

caracterizadas por sua manutenção e por atividades que influenciam diretamente o desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais. Como, por exemplo: a família, a escola, a creche, a universidade, a depender da situação de vida de cada um. Quando a pessoa interage em outros sistemas, com vínculos e processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes, além do microssistema, o conjunto e as relações entre eles formam o mesossistema. Como, por exemplo: as relações entre a casa e a escola, a escola e o trabalho. O exossistema engloba os vínculos e os processos que ocorrem entre dois ou mais contextos, em que a pessoa não estabelece relação face a face, mas sofre influência direta em seu desenvolvimento. Como, por exemplo: no caso da criança, a relação entre sua casa e o local de trabalho dos pais, para os pais, a relação entre a escola e o grupo de amigos do bairro. O macrossistema é o envolvimento de aspectos relacionados às crenças, cultura, valores, ideologia de um grupo social, no qual a pessoa está inserida e que influência seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996; YUNES; JULIANO, 2010). O macrossistema reuni em um todo as características dos padrões do micro, meso e exossistema de uma determinada sociedade ou segmento. Este nível compreende os valores, crenças, maneiras de ser ou fazer, hábitos, estilos e formas de viver características de determinadas sociedades ou culturas, veiculados ao nível dos subsistemas (BRONFENBRENNER, 1996).

Para Lordello e Oliveira (2012), o modelo bioecológico na compreensão da violência procura análisar os diferentes sistemas envolvidos, de forma que contemple as peculiaridades desse processo. Sendo assim, os estudos utilizam o modelo bioecológico como uma ferramenta heurística para organizar e analisar os quatro níveis em interação, que são: pessoal, o qual compreende as características biológicas e psicológicas da pessoa; processual, que envolve as interações interpessoais; contextual, que inclui os aspectos da rede de apoio social, da comunidade, da cultura da pessoa; e temporal, que corresponde à intrageracionalidade, intergeracionalidade e transgeracionalidade, que favorece a compreensão do fenômeno da violência de maneira multifacetada e sistêmica (CARVALHO-BARRETO et al., 2009; LORDELLO; OLIVEIRA, 2012).

Alguns autores descrevem que a cultura na qual os pais foram educados, os valores e as crenças transmitidos por suas famílias, bem como a sociedade onde se vive interferem na maneira como educam seus filhos. Sendo que essas influências podem contribuir negativamente nas práticas parentais adotadas pelos pais. Além disso, os aspectos micro, meso, exo e macrosistêmicos podem atuar como fatores de risco ou proteção para situações de violência intrafamiliar (ALVES; EMMEL, 2008).

Frente a essas considerações, famílias onde a punição fisica é empregada como forma de educação ou quando há práticas que ameaçam às habilidades emocionais do adolescente, podem possibilitar fatores de risco para esses jovens (POLETTO; KOLLER, 2008). Sendo assim, as condições oferecidas por determinadas práticas educativas prejudicam as relações afetivas entre os pais e o adolescente, ameaçam o equilíbrio de poder e afeto, e consequentemente afeta de forma negativa o desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER, 1996).

Além da família, a escola é outro contexto desenvolvimental responsável pela socialização do indivíduo. Nesse microssistema são vivenciadas situações de aprendizagem e comportamentos, regulação da atenção e das emoções. É nesse contexto, ainda, que são experimentadas as relações entre pares, grupos, amizades, competição, rivalidade. A escola pode promover a autoestima dos estudantes, capacitar suas habilidades sociais, além de influenciar nas relações entre grupos de iguais por meio de regras, normas, provenientes da cultura da instituição. Portanto, assim como a família a escola pode representar um fator de risco ou proteção para o desenvolvimento do adolescente (LISBOA; KOLLER, 2001).

Neste sentido, a abordagem proposta por Bronfenbrenner, ao apontar diferentes sistemas com diversas conexões entre eles, destaca o papel das interações proximais e enfatiza o contexto de desenvolvimento. Reforça a noção de que a intervenção contra a violência não deve ocorrer apenas em parâmetros de políticas públicas ou melhorias nos programas de atendimento à vítima e ao agressor, mas em todos os níveis de relação interpessoal, envolvendo a participação da sociedade civil, das instâncias governamentais e das instituições nacionais e internacionais (BARRETO et al, 2009).

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender os sentidos e os significados para os pais ou responsáveis por adolescentes com TDAH acerca do transtorno e as respectivas relações que esses adolescentes estabelecem no convívio familiar ou fora deste.

3. 2 Objetivos Específicos

- Descrever o conhecimento que os pais ou responsáveis por adolescentes com diagnóstico de TDAH têm sobre este transtorno.
- Identificar a compreensão dos pais ou responsáveis por adolescentes com diagnóstico de TDAH sobre a exposição desses como perpetradores e/ou vítimas de situações de violência no convívio familiar ou fora deste.

MÉTODO

4. MÉTODO

A abordagem metodológica que se apresentou mais adequada ao estudo foi a qualitativa em virtude das preocupações em buscar compreensões para os sentidos e significações dos fenômenos. A pesquisa qualitativa procura capturar, ouvir e observar os participantes da pesquisa, bem como dar as interpretações para compreender os fenômenos observados e investigados (TURATO, 2011).

A busca pelo significado dos fenômenos constitui a pesquisa qualitativa e apresenta um papel organizador dos seres humanos. O que os fenômenos representam, dá molde a vida das pessoas. Os significados passam a ser compartilhados culturalmente e assim se organiza o grupo social em torno das representações e simbolismo (TURATO, 2005).

O ambiente natural do sujeito deve ser o campo onde ocorrerá a observação, característica importante do método qualitativo, onde o pesquisador utilizará como instrumento apenas seus órgãos do sentido e então em sua consciência se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados (TURATO, 2005).

4. 1 Tipo de Estudo

Para que os significados possam ser expressos, foi utilizado neste estudo, como método de investigação a história oral temática. No Brasil, essa técnica é aplicada para coleta de dados desde 1972. Emprega-se a entrevista e as observações participantes e não participantes, para registrar fatos e/ou acontecimentos do passado, visando compreender a sociedade (MARCONI; LAKATOS, 2008).

A história oral deve ser vista como um recurso de transformação e não apenas de acesso ao conhecimento ou informação. Pensando na história oral como divisão dos saberes, criou-se uma linha divisória que separa dois campos abertos à definição de história oral: culturalista e instrumental. De um lado encontramos a formulação de conteúdos acadêmicos gastos e sem função social. Contrário a esta postura encontra-se um saber ativista e que propõe remodelações no papel da produção acadêmica com contribuição para políticas publicas instruídas (MEIHY, 2006).

A história oral proporciona o entendimento dos aspectos subjetivos, que muitas vezes, são ignorados ou dificultados pela lógica da documentação escrita, assim como a pesquisa qualitativa permite a identificação e interpretação dos dizeres de uma população sobre um fenômeno estudado. Na história oral temática a objetividade é direta, uma vez que se limita ao tema a ser discutido. Entretanto, a essência deste método é a busca do discurso com a realidade de quem presenciou um acontecimento (MEIHY, 1996; TURATO, 2003).

Autores afirmam que a riqueza da pesquisa com este método está na ênfase e importância atribuída ao sujeito da história, construtor do seu destino, entre possibilidades e limites. Contudo, durante todas as fases de execução da história oral temos como compromisso a transformação. Sem isso, não se tem história oral e sim o velho consagrado uso de entrevistas de cunho testemunhal (FORTUNATO; RUSCHEINSKY, 2004; MEIHY, 2006).

A história oral proporciona a interação entre entrevistado e pesquisador, preenchimento das lacunas existente nos documentos escritos e possibilita o registro das coisas que se fixaram na memória das pessoas, reinterpretando o passado e/ou relevando fatos desconhecidos. Tem como suporte as lembranças, evidenciando uma memória coletiva. Investiga os fatos e acontecimentos registrados na memória das pessoas. A história oral permite coletar tudo sobre o passado de certos indivíduos, suas opiniões e maneiras de pensar e agir, procurando captar principalmente dados desconhecidos (MARCONI; LAKATOS, 2008).

A entrevista é uma fórmula da história oral, no entanto, a palavra dita e gravada não existe como fenômeno isolado, muito do que integrado à oralidade, como gestos, lagrimas, risos, silêncios, pausas e expressões faciais são agregados ao discurso e devem ser trabalhados para a dimensão e compreensão do que foi expresso em uma entrevista de historia oral (MEIHY; HOLANDA, 2013).

De acordo com Meihy e Holanda (2007), há três modalidades de história oral que são definidas da seguinte forma:

- História oral de vida é o depoimento do individuo acerca de sua experiência de vida. O espaço onde se realiza a entrevista deve proporcionar a maior liberdade possível, com o mínimo de interferência do entrevistador. O que importa é a vida do narrador, a história de sua experiência pessoal. O uso de questionários é inapropriado, devemos adotar entrevistas livres, com perguntas amplas que abordem a trajetória de vida do entrevistado.

- Tradição oral trabalha com grandes mitos, visões de mundo, valores, crenças e tradições antigas de uma comunidade. Neste contexto, o sujeito da pesquisa é mais coletivo e menos individual, sendo utilizada em tribos, clãs e sociedades urbanas entre outros.
- História oral temática parte de um assunto especifico, preestabelecido, a objetividade esta presente. Esta modalidade não só admite o uso de questionário, mas também o coloca como peça fundamental para aquisição dos detalhes procurados. O entrevistador deve ser previamente e quanto maior conhecimento tiver sobre o fenômeno investigado, mais interessantes e profundas podem ser suas questões (MEIHY;HOLANDA, 2013).

Com base nos conceitos teóricos mencionados, optamos pela história oral temática, por considerá-la adequada aos objetivos definidos para este estudo. Acreditamos que a história oral temática pôde subsidiar as questões relacionadas ao tema violência e o TDAH.

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Psiquiatria Juvenil (APQJ), vinculado à Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, localizado em um hospital público universitário do interior do Estado de São Paulo.

A Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência atende em média de 80 a 90 pacientes com diversos transtornos mentais. A instituição em questão oferece atendimentos à crianças e adolescentes. O Ambulatório de Psiquiatria da Infância (APQI) é responsável pelos atendimentos de crianças até 12 anos e o APQJ é responsável pelos atendimentos dos adolescentes com idade a partir de 13 anos.

O APQJ é caracterizado por atender em média 63 adolescentes com idade entre 13 e 19 anos, com diversas patologias psiquiátricas, entre elas o TDAH, Transtorno Psicótico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Síndrome de Torrent, Transtorno de Humor, entre outros. Os pacientes atendidos no ambulatório são encaminhados de várias cidades da região e por outros serviços do município. Os atendimentos são realizados por médicos psiquiatras e psicólogos (atendimento individual e de grupo) uma vez na semana. O APQJ também conta com os serviços da assistente social do hospital.

4.3 Participantes do Estudo

Os participantes desse estudo foram 9 pais de pacientes adolescentes com diagnóstico de TDAH, atendidos no APQJ. Foram incluídos no estudo os pais que atenderam os seguintes critérios:

- Ser pai, mãe ou responsável por paciente atendido pelo APQJ, com diagnóstico clínico de TDAH, independente do tempo de diagnóstico;
- Ser pai, mãe ou responsável que resida na mesma casa e que tenha convivência direta com o adolescente portador de TDAH;

4.4 Procedimentos de Coleta dos Dados

Após a autorização dos responsáveis pelo APQJ (ANEXO A) tivemos acesso à lista de pacientes atendidos no serviço.

A coleta dos dados ocorreu de abril a setembro de 2013 e seguindo o método da história oral (MEIHY; HOLANDA, 2013) foi estruturada em três etapas, as quais serão apresentadas a seguir:

O contato prévio com o participante corresponde a etapa 1 da **Pré-Entrevista**, caracterizada pela preparação do encontro. Nesta etapa é necessário um aviso prévio para que o participante tenha conhecimento do projeto e do âmbito de sua participação na pesquisa (MEIHY, 1996). A enfermeira, aluna de mestrado, foi preparada com instruções do assunto abordado e treinamento para realização da entrevista temática. Também, foi feito uma seleção cuidadosa nos arquivos do APQJ, onde foram identificados os adolescentes com diagnóstico clinico de TDAH. Após esta seleção foi feito o contato telefônico para agendar dia e horário para a realização da entrevista com os pais. Foi ressaltada a importância do adolescente não estar presente no momento da entrevista.

A **Entrevista** corresponde a etapa 2, na qual foi feito um roteiro investigativo (APÊNDICE A) com dados de identificação dos participantes e questões abertas sobre o foco de interesse do estudo. Estas questões foram previamente elaboradas pelos pesquisadores e submetidas à apreciação de três juízes.

No dia e horário agendado, a pesquisadora compareceu na residência dos participantes. Para maiores esclarecimentos foram explicados aos pais os objetivos da pesquisa e convidados a colaborar voluntariamente, sendo-lhes assegurados a não obrigatoriedade de participação, o total anonimato e que os mesmos poderiam retirar sua participação do estudo a qualquer momento que julgassem necessário. Esclarecemos aos pais que os benefícios por sua participação neste estudo seriam maiores que os riscos, mas, ao falar sobre esse tema algum desconforto poderia ocorrer. Os pais que concordaram, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) em duas vias, sendo uma cópia que ficou com o entrevistador e a outra com o entrevistado.

As entrevistas foram gravadas e realizadas na residência do sujeito, o que segundo Turato (2003) pode ser um campo interessante, onde o fenômeno da relação entrevistador-entrevistado será necessariamente valorizado. As entrevistas tiveram duração de 30 minutos a 1h20 e realizadas uma única vez.

A etapa 3 corresponde a **Pós-Entrevista**, que segue a realização das entrevistas, onde os cuidados devem ser mantidos para que não ocorram falhas, impressões erradas e equívocos de digitação. É importante ressaltar que o acúmulo de gravações e distâncias prolongadas entre uma etapa e foram evitados. Nessa etapa, utilizamos os processos de transcrição, textualização e transcriação (MEIHY, 1996):

A **transcrição** ocorreu com a mudança do estagio da gravação oral para o escrito, nesta primeira etapa foi necessário ouvir muitas vezes a entrevista. Os vícios de linguagem, erros de gramática e palavras repetidas foram corrigidos. As correções foram feitas para aproximar o leitor do tipo de narrativa. Contudo, a fidelidade do conteúdo foi mantida.

Na **textualização** as eventuais perguntas foram excluídas, pois fundidas às respostas superam suas importâncias. O texto passa a ser dominantemente do narrador. Nesta etapa, os entrevistados narraram sua própria história.

A **transcriação** é a recriação do texto, onde há interferência do autor, obedecendo aos acertos combinados com os participantes. Neste sentido, as entrevista foram transformadas em textos, que narram a história de cada participante.

Os textos construídos através dos discursos registrados foram apresentados aos participantes deste estudo para o reconhecimento procedido da conferência e autorização (APÊNDICE C) que determinou se o participante se identificou ou não com o resultado, sendo esta a prova da qualidade do texto final (MEIHY; HOLANDA, 2013).

4.5 Análise dos Dados

Os procedimentos sistemáticos para análise dos dados foram iniciados durante a coleta de dados, onde as questões de potencial interesse do estudo eram notadas em busca de significados padrões inerentes aos participantes do estudo. Esta estratégia auxiliou na compreensão geral dos depoimentos, o que facilitou o processo de análise temática e permitiu a identificação de algumas particularidades das experiências vivenciadas por cada mãe e pai dos adolescentes com TDAH, oportunizando explorar aspectos e questões de interesse de estudo da pesquisa.

O presente estudo apresenta como ferramenta de trabalho teórica o método de analise temática indutiva pela perspectiva essencialista ou realista, que relata experiências, significados e realidades dos participantes. Na abordagem indutiva, os dados devem ser coletados especificamente pelo pesquisador, onde os temas identificados podem ter pouca relação com as questões especificas que foram feitas aos participantes. A análise indutiva é, portanto, um processo de codificação dos dados, sem tentar encaixá-lo em um quadro pré-existente de codificação ou pré-concepções analíticas do pesquisador. Neste sentido, está forma de analise temática é orientada pelos dados. Assim, a análise temática indutiva tende a fornecer uma descrição menos rica dos dados em geral e uma análise mais detalhada de alguns aspectos dos dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Analises, envolvem um constante movimento entre o conjunto de dados, os códigos dos dados que você analisa e, a análise dos dados que produz (BRAUN; CLARKE, 2006). Contudo, para análise temática indutiva este estudo seguiu o processo das seis fases descritas por Braun e Clarke (2006):

- Fase 1: Familiarizar com seus dados - contextualiza a imersão do pesquisador nos dados, o que envolve uma repetida leitura dos dados de maneira ativa, ou seja, procurando por padrões de significado. Pode ser compreendida como a etapa de transcrição.
- Fase 2: Gerar códigos iniciais - envolve a produção inicial de códigos através dos dados. Um trabalho sistematizado que envolve o conjunto dos dados coletados, direcionando plena e igual atenção para cada item do dado e, assim, identificar aspectos interessantes que podem formar as bases de padrões repetidas, ou seja, os temas extraídos dos dados. Nesta fase, devem-se formar códigos para muitos temas.
- Fase 3: Procurar por temas - a análise se concentra nos amplos temas encontrados, envolve a classificação dos códigos em diferentes temas potenciais, seguido da comparação

dos códigos relevantes extraídos dos dados dentro dos temas identificados. Assim, começa a analise dos códigos, considerando os códigos diferentes podem combinar num grande tema, o que podemos chamar de traçar o Mapa Temático.

- Fase 4: Revisar temas - envolve o refinamento dos temas. Os dados dentro dos temas devem atribuir juntos significados, devem ser claros e identificar as distinções entre os temas. Esta fase envolve dois níveis, de revisão e aprimoramento, que verifica se os temas aparecem de forma coerente. Ao final desta fase você deve ter uma idéia razoável de quais são seus diferentes temas, como eles se apresentaram juntos e, o mais importante, a história que os temas contam sobre os dados.
- Fase 5 – Definir e nominar os temas - momento em que se tem um mapa temático satisfatório. Então você deve definir e refinar ainda mais os temas que irá apresentar para sua análise. Nesta fase é importante identificar o que é interessante sobre o tema e o porquê, bem como a história que cada tema diz, relacionando a questão ou questões de pesquisa para assegurar que não exista muita sobreposição entre os temas. Para tanto, se deve considerar os próprios temas e cada tema em relação aos outros. Também é importante que no final desta fase você tenha claramente o que são e o que não são temas. Assim, os temas são definidos e nomeados.
- Fase 6 – Produzir o relatório - estabelece os temas totalmente trabalhados e envolve a fase final de análise, que é o desenvolvimento escrito do relatório. Processo importante para que a análise proporcione concisão, coerência, lógica, não repetibilidade e conteúdo interessante de histórias que os dados dizem. Nesta fase também ocorre a escolha de exemplos particularmente vividos, sínteses que represente a essência da questão que é demonstrada, descrição dos dados e os argumentos feitos em relação à questão de pesquisa.

4.6 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) protocolo 013700/2012 (ANEXO B). Considerando as exigências contidas na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúdo do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). A instituição onde foi realizada a coleta de dados também aprovou a

realização da pesquisa com os pais dos adolescentes com TDAH atendidos no ambulatório (ANEXO A).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados será descritas em duas etapas. A primeira trata-se da caracterização dos pais e dos seus filhos adolescentes com TDAH, considerando os aspectos sociais e demográficos e condições relacionadas ao transtorno. A segunda corresponde à apresentação do conteúdo extraído das entrevistas por meio da analise temática indutiva.

5.1 Caracterização dos Sujeitos

Participaram do estudo 2 casais e 5 mães. Destas, uma era viúva, uma solteira e 3 casadas. A faixa etária das mães variou de 35 a 49 anos e os pais tinham, respectivamente, 42 e 44 anos de idade. Dos entrevistados, 7 possuíam ensino fundamental incompleto (6 mães e um pai), uma mãe tinha o ensino fundamental completo e um pai o ensino médio completo. Quanto à Ocupação/Profissão, conforme Grandes Grupos Ocupacionais da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO – Ministério do Trabalho e Emprego) os 9 sujeitos exerciam atividades relacionadas com o nível de escolaridade: 2 domésticas, 2 auxiliares de serviços gerais, uma dona de casa, uma auxiliar de costura, uma cuidadora de idoso, um pai motorista afastado pelo INSS e um autônomo. Com base nos critérios do IBGE, as famílias pertenciam aos estratos sociais[1] C, D e E.

A caracterização individual dos pais, quanto a idade, ao estado civil, ao grau de escolaridade, a ocupação/profissão e a classe social pode ser visualizada no quadro 1.

Quadro 1. Caracterização social e demográfica dos pais de adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Ribeirão Preto/SP, 2013.

Participantes	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação/Profissão	Estrato Social
Maria	35 anos	Casado	Fundamental Incompleto	Dona de casa	C

[1] Há cinco faixas de renda ou classes sociais definidas pelo número de salários mínimos da família de acordo com IBGE de: Classe A (acima de 20 salários mínimos); B (10 a 20 salários mínimos); C (4 a 10 salários mínimos); D (2 a 4 salários mínimos); E (até 2 salários mínimos). Salário mínimo em R$ 678,00 no ano de 2013 (IBGE, 2013).

Participantes	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação/Profissão	Estrato Social
Silvia	48 anos	Casado	Fundamental Incompleto	Auxiliar de costura	D
Neusa	35 anos	Casado	Fundamental Incompleto	Doméstica	E
Antônio	44 anos	Casado	Fundamental Incompleto	Motorista afastado	E
Camila	49 anos	Casado	Fundamental Incompleto	Cuidadora de idoso	D
José	42 anos	Casado	Médio Completo	Autônomo	D
Lusia	44 anos	Solteira	Fundamental Incompleto	Doméstica	E
Carla	40 anos	Viúva	Fundamental Completo	Auxiliar de serviços gerais	E
Joana	43 anos	Casado	Fundamental Incompleto	Auxiliar de serviços gerais	D

Conforme o quadro, os participantes deste estudo eram em sua maioria mães, que se mostraram mais presentes e participativa no cuidado com os filhos. Corroborando com esta observação, um estudo mostrou que o cuidar da criação, educação dos filhos e da casa é visto como uma obrigação inerente á mulher (MARTIN; ANGELO, 1999). Isso está associado aos papeis parentais que o homem e a mulher desenvolvem no seio familiar, que influencia os diferentes estilos parentais adotados pelos pais (BAIÃO, 2008).

Quanto à ocupação dos participantes, essa está relacionada à baixa escolaridade dos pais. É sabido, que a baixa renda e baixa escolaridade contribuem para taxas elevadas de transtornos mentais na infância e adolescência, visto que os fatores socioeconômicos se apresentam como mecanismos de risco para prevalência de transtornos mentais (FLEITLICH; GOODMAN, 2002; LIMA, 1999). Além disso, a violência familiar está mais evidenciada nas classes sociais menos favorecidas como as famílias desta pesquisa. A pobreza extrema, desemprego e crises sociais constantes são fatores que a provocam e a exacerbam (CAMARGO; BURALLI, 1998). Não existem, no entanto, pesquisas com dados sociodemográficos que fundamentem a associação entre a estrutura familiar e situações de violência com pacientes com TDAH.

No nosso estudo não tivemos a pretensão de utilizar os adolescentes como sujeitos. No entanto, por serem filhos dos participantes deste estudo e portadores do TDAH, consideramos importante fazer uma apresentação do perfil destes, pois a caracterização nos permite uma melhor compreensão dos dados.

A caracterização individual dos adolescentes com TDAH, quanto à idade, a frequência escolar, o grau de escolaridade, o tipo de atendimento recebido, o tempo de seguimento psiquiátrico e o uso de medicação pode ser visualizada no quadro 2.

Quadro 2. Caracterização dos adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Ribeirão Preto/SP, 2013.

Adolescente	Idade	Frequenta Escola	Escolaridade	Atendimento Recebido	Tempo de Seguimento	Medicação
João	15 anos	Sim	Ensino Médio	Psiquiátrico e Terapêutico Ocupacional	6 anos 2 anos	Não
Pedro	14 anos	Sim	Ensino Fundamental	Psiquiátrico	8 anos	Metilfenidato
Paulo	15 anos	Sim	Ensino Médio	Psiquiátrico	5 anos	Metilfenidato
André	14 anos	Não	Fundamental Incompleto	Psiquiátrico	9 anos	Risperidona
Fabio	17 anos	Não	Fundamental Incompleto	Psiquiátrico	1 ano e 6 meses	Metilfenidato Risperidona Carbamazepina
Fernando	16 anos	Não	Fundamental Incompleto	Psiquiátrico	4 anos	Acido volproico
Gabriel	17 anos	Não	Fundamental Incompleto	Psiquiátrico (abandonou)	4 anos	Não

Os 7 adolescentes tinham idade entre 14 e 17 anos e eram todos do sexo masculino. Destes, 4 haviam abandonado a escola; um frequentava o ensino fundamental e dois o ensino médio. O tempo em que estavam em seguimento psiquiátrico variou de 4 a 9 anos, sendo que 5 faziam uso de medicação contínua; um recebia atendimento psiquiátrico e psicoterapêutico, sem uso de medicação; e um com história de abandono do tratamento no decorrer do estudo.

O TDAH em menino é facilmente identificável, devido aos aspectos, hiperativo e impulsivo, mais frequentes do que em meninas que apresentam características relacionadas à falta de atenção (ANDRADE et al., 2011; BARKLEY, 2002). É possível inferir que, o fato de, todos os adolescentes deste estudo ser do sexo masculino esteja associado aos comportamentos característicos em meninos que chamam mais atenção e são levados com mais frequência a assistência.

Os pais participantes deste estudo relataram que seus filhos tinham repetência e/ou não frequentavam a escola. Tais achados são importantes, visto que o adolescente com TDAH apresenta dificuldades em permanecer no sistema escolar e concluir seus estudos, com maior probabilidade de desenvolver problemas acadêmicos de diversas ordens (JÚNIOR; LOOS, 2011). É sabido ainda, que o TDAH é apresentado como uma das potenciais causas tratáveis de mau desempenho escolar e merece ser investigado e adequadamente tratado (PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2007).

Um dos principais motivos de conflitos no ambiente familiar ocorre em razão do desempenho escolar, do desemprego, das dificuldades financeiras e pelo controle excessivo

dos pais sobre a vida social e afetiva dos jovens. Essas situações são fontes de desajustes e tornam o ambiente de difícil convívio (COCCO; LOPES, 2010). Sendo assim, as dificuldades no desempenho escolar dos adolescentes com TDAH podem gerar conflitos no contexto familiar, o que pode comprometer o tratamento adequado desses indivíduos e a convivência com seus pais.

O mau desempenho escolar dos adolescentes referido pelos pais do nosso estudo pode, portanto, estar associado não só as dificuldades do transtorno, mas também, às práticas educativas adotadas pelos pais. O conjunto destas práticas utilizadas na educação dos filhos, também esta relacionado ao desempenho acadêmico do adolescente. Resultados de um estudo revelaram que os pais de alunos com bom desempenho utilizam mais práticas educativas positivas e menos práticas educativas negativas do que os pais de adolescentes com baixo rendimento acadêmico. Esses pais, portanto, utilizam mais de monitoria e não punição fisica na educação dos filhos (SAPIENZA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2009). Em nosso estudo, no entanto, os pais na tentativa de corrigir os comportamentos dos adolescentes com DTAH utilizavam de práticas educativas negativas.

Os pais revelaram também que seus filhos recebiam acompanhamento psiquiátrico e faziam uso de medicação continua. Neste modelo de tratamento, a doença é compreendida como um problema físico/biológico ou mental/psicossocial, mas raramente como um fenômeno multidimensional (UCHÔA; VIDAL, 1995). De fato, a maioria dos estudos sobre o TDAH é voltada para os efeitos terapêuticos dos psicoestimulantes, sendo escassas pesquisas com variáveis sociodemográficas (ROWLAND; LESESNE; ABRAMOWITZ, 2002). A ausência de integração entre os diferentes serviços terapêuticos no tratamento dificulta a compreensão do fenômeno TDAH.

Identificamos, ainda, o abandono do tratamento no decorrer deste estudo. É sabido, que a participação do paciente nas decisões do seu tratamento pode influenciar positivamente na adesão evitando o abandono (RIBEIRO et al., 2008). Sendo assim, o tratamento requer uma abordagem sistêmica, com a participação do adolescente, família e professores.

No presente estudo, vale ressaltar que não identificamos a participação do enfermeiro na assistência dos adolescentes com TDAH do APQJ, apesar da importância da interconsulta nos serviços de psiquiatria, a qual pode ser desenvolvida por este profissional. A interconsulta quando desenvolvida por um especialista em psiquiatria, em uma unidade ou serviço geral busca a integralidade da assistência a partir de um tratamento humanizado, de curta duração, sem isolamento e, principalmente sem práticas abusivas (SCHERER; SCHERER; LABATE, 2002). Nossos achados corroboram com a observação do estudo realizado por Scherer;

Scherer; Labate (2002) ao mencionarem que a atividade do enfermeiro psiquiátrico interconsultor é pouco conhecida e aplicada no Brasil, mas poderia ser usada para dar suporte aos serviços. O APQJ se beneficiaria ao empregar de forma interdisciplinar o saber deste profissional para orientar os familiares e adolescentes sobre o TDAH.

Ressaltamos, ainda, que desenvolver as habilidades sociais educativas dos pais é importante para o tratamento do TDAH. Visto que, esses são os principais agentes sociais na educação dos filhos e pode ser um recurso para trabalhar com as dificuldades dos adolescentes, inclusive na adesão ao tratamento (ROCHA, 2009).

A partir da análise das narrativas dos pais foi possível construir quatro unidades temáticas: **"Sentidos e significados acerca do TDAH"**; **"Compreensão dos pais sobre o diagnóstico e tratamento do TDAH"**; "**Conflitos no convívio familiar**" e "**Conflitos no contexto da escola e da comunidade**". As categorias que emergiram da análise dos dados foram descritas e exemplificadas com frases extraídas dos discursos das mães e dos pais entrevistados e que neste estudo, foram identificados por nomes fictícios escolhidos pela pesquisadora.

5.2 Sentidos e significados acerca do TDAH

Nesta categoria, os pais relataram situações em que o adolescente manifestava comportamentos característicos do TDAH como falta de atenção, hiperatividade e impulsividade. Revelaram informações sobre como ocorreu o diagnóstico e as percepções deles sobre o tratamento. Além disso, descreveram como receberam a informação sobre o TDAH e as dificuldades na compreensão dos aspectos que permeiam o transtorno. Falaram, ainda, sobre as práticas educativas que adotavam para corrigir os comportamentos dos adolescentes.

Nos relatos abaixo, os sintomas de falta de atenção foram manifestados por usar roupas invertidas, chorar a toa, perder objetos com frequência, ser desligado e ter dificuldades no aprendizado. Esses comportamentos eram geradores de sofrimento para os pais e seus filhos com TDAH.

O que me chamou atenção foi o João, quando criança, colocar as roupinhas invertidas, tudo de trás para frente. Ele já foi com tênis trocado para escola, mas o que mais me doeu foi

quando chegou da escola com os bolsos da calça de trás para frente, fiquei com o coração doendo, coitadinho. Fazia birrinha, chorava, fazia pirraça. Mandava fazer as coisas, falava que não ia fazer e sempre chorando. Eu achei que isso não era normal, uma criança chorar a toa. Se ele falasse: eu vou ligar a televisão, e você falasse não vai ligar, já era motivo para chorar. (Maria)

Antigamente ele não sabia ler, escrever, completar texto, tem um pouco de dificuldade ainda, mas em matemática, essas coisas, ele vai embora. É muito bom em contas. O déficit de atenção é ele não prestar muito atenção nas coisas. (Silvia)

Caderno, lápis, borracha eu não vencia comprar, ele sumia com tudo. Ele aprende as coisas ouvindo, mas para aprender no caderno, com lápis, olhando a professora, a lousa, não aprende. Ele está mexendo na bicicleta, se sair, quando voltar já não sabe o que estava fazendo. (Camila)

Tudo você tem que avisar. Está atravessando a rua, eu tenho que falar: olha o carro. Não sei se acostumou com nosso comando, que a gente toda hora tem que ficar André faz isso, faz aquilo. Tem hora que ele desliga. Começa fazer uma coisa, escrever, de repente para. Quando chega o limite ele para. (José)

Sabe quando você fala com a pessoa e ela não te ouve. (Joana)

De acordo com a literatura o TDAH é caracterizado por três sintomas clássicos: a falta de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. Estes podem ser considerados problemas na vida diária ao resultarem numa defasagem no desenvolvimento da criança ou adolescente (NAPARSTEK, 2004).

O TDAH é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que causa problemas com os períodos de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividade (BARKLEY, 2002). Os sintomas de desatenção são efeitos do comprometimento das funções executivas, que geram dificuldades como planejar, estabelecer prioridades e organizar-se para o trabalho, declínio rápido da motivação após um momento inicial de entusiasmo, interrupções de tarefas antes de concluí-las, baixa tolerância à frustração e problemas com a memória. Esses comprometimentos manifestam-se na dificuldade de manter os eventos em mente, manipula-los ou agir de acordo com eles (ROHDE; MATTOS, 2003).

A falta de atenção é umas das características do TDAH e pode se manifestar de diversas formas como não conseguir manter a concentração por muito tempo, qualquer estimulo é capaz de desviar sua atenção, ocorrendo dificuldades de, por exemplo, dar um recado. Tudo isso porque o que falha nessas pessoas é um tipo de memória denominada memória de curto prazo ou memória operacional (ABDA, 2012).

Além das dificuldades com a memória, o adolescente com TDAH apresenta maior propensão de resposta a eventos externos que não estejam relacionados com a tarefa, ou seja, os comportamentos de distração (BARKLEY, 2008).

A falta de atenção do adolescente com TDAH, quando não compreendida como um dos sintomas do transtorno, pode resultar em prejuízos no convívio com a família, amigos, vizinhos e educadores. A falta de informação da população pode favorecer a manutenção de quadros de violência na dinâmica familiar. Portanto ações psicoeducativas no processo de tratamento poderiam constituir estratégias eficientes no processo de conscientização e, consequentemente, mudança comportamental (PADOVANI; WILLIAMS, 2008). Acreditamos assim, que orientações sobre transtorno para todos que convivem com o adolescente e estratégias de manejo do comportamento são fundamentais para efetividade do tratamento.

Os pais participantes deste estudo referiram varias dificuldades apresentadas pelos filhos com TDAH, dentre essas, a falta de atenção que afetava os adolescentes no contexto escolar e familiar. Os problemas de atenção estavam relacionados ao desempenho escolar e a dificuldades em concluir tarefas no dia a dia. Na literatura é descrito que crianças, adolescentes e adultos com TDAH apresentam dificuldades com a atenção em relação aos indivíduos considerados saudáveis. Além disso, a distração se apresenta como problema comum em crianças com esse transtorno. Isso ocorre, devido a maior dificuldade que a criança com TDAH tem para inibir sua reação à distração e, portanto, leva mais tempo para concluir suas tarefas do que crianças sem o transtorno (BARKLEY, 2008).

Com relação aos sintomas de hiperatividade os pais relataram a manifestação de comportamentos de desespero, agitação, descontrole, não ficar parado, inquietação e falta de paciência. A dificuldade de concentração do adolescente gerava, em muitos momentos, os comportamentos hiperativos.

Ele é muito desesperado. Está fazendo uma coisa, já faz outra. Um menino muito agitado. O comportamento dele é assistir televisão, jogar vídeo game e computador, tudo ao mesmo tempo. Ele senta, deita, levanta, pula, não tem controle, fica descontrolado. Não fica sentado, para ele é tudo mais rápido. Se o desenho não está legal ou ele não quer assistir, vai para o computador, brinca um pouquinho, deixa o computador ligado e volta para o vídeo game. Depois volta para televisão. Não para, é rotativo. Tem dia que está muito agitado. É aquela criança que fica 24 horas elétrica. (Silvia)

Chegava ao pediatra ele não parava, andava o tempo todo, brincava, pulava. Ele tinha esse comportamento de brincar, de andar e de subir nas coisas. Era muito agitado. (Neusa)

Não senta para ver televisão, para ver jogo, filme, jogar videogame, tudo isso eu ponho para ele e nada. Ele não para, por isso eu dou o remédio. É uma criança que não para sentada, não para nem para te ouvir, para nada. Foi participar do projeto Guri, que é de música. Lá ele não parava de jeito nenhum. A única coisa que gostava era natação, porque brincava na piscina, isso ele adorava. (Camila)

Em casa ele é inquieto. Se ficar um dia quieto é porque fez alguma arte na rua, está doente ou com febre, bebeu alguma coisa, fez mal e o estomago está ruim. Ele é muito acelerado. (José)

Em casa é muito agitado. Não para em casa, vem e volta. Sempre muito agitado. Eu precisava trabalhar, deixava nas escolas, na creche, no parque e sempre dando trabalho. (Lusia)

Em casa ele não ajuda, não tem paciência de ficar em casa. É difícil, ele não para em casa. Não tem horário para comer, não tem horário para sair. (Carla)

Os comportamentos hiperativos estão relacionados com a dificuldade de controlar impulsos em indivíduos com TDAH. Inquietação, agitação e movimentos corporais bruscos desnecessários são comuns, e são relatados com frequência pelos pais e professores (BARKLEY, 2008). A agitação pode ser considerada um sinal de hiperatividade, o que caracteriza o TDAH. O fato de não se manter sentado, está quase constantemente em movimento, dificilmente se interessa por uma brincadeira em que tenha que ficar quieto, está sempre correndo, subindo em móveis, árvores, e frequentemente em locais perigosos são manifestações típicas do transtorno (ABDA, 2012).

Podemos perceber nos relatos dos pais, que os sintomas clássicos relacionados ao TDAH aparecem como pouca capacidade para fixar-se numa tarefa até seu final, incapacidade de pensar antes de agir e frequente hiperatividade ou impaciência. O individuo hiperativo apresenta grande dificuldade em sentar-se quieto durante uma refeição ou enquanto assiste televisão, ainda, em ficar na cama na hora de dormir, corre por todo canto e frequentemente sobe em mobílias da casa, situações que acontece com os adolescentes do nosso estudo (BARKLEY, 2002).

O comportamento hiperativo do adolescente com TDAH pode propiciar um ambiente de hostilidade no contexto familiar, visto que, os pais na tentativa de controlar os comportamentos do filho adotam práticas educativas negativas. Nesse sentido, a exigência parental pode não favorecer os adolescentes no desenvolvimento de formas adequadas para lidar com situações interpessoais. Além disso, os adolescentes podem apresentar comportamentos agressivos pela falta de repertório para lidar com as dificuldades relacionadas ao transtorno e às situações interpessoais (PACHECO; TEIXEIRA; GOMES,

1999). Sendo assim, a convivência com os sintomas do TDAH pode tornar o ambiente familiar agressivo e conflituoso.

Percebemos que as práticas educativas exercidas pelos pais influenciam a percepção e comportamentos dos filhos. Corroborando com esta observação, um estudo com crianças com TDAH revelou que elas se sentiam inadequadas, incompreendidas e rejeitadas. Percebiam, ainda, o ambiente familiar como punitivo e intolerante, representando um estado permanente de tensão e ansiedade vivido pela criança (ANTONY; RIBEIRO, 2004).

De fato, entre os principais fatores relacionados à personalidade e comportamento que podem predispor a violência juvenil estão a hiperatividade, a impulsividade, o controle comportamental deficiente e os problemas de atenção. Contudo, fatores associados às relações interpessoais dos adolescentes também podem afetar o comportamento violento e agressivo. Neste sentido, a influência das famílias é um fator importante durante a infância (KRUG et. al., 2002).

Os pais também descreveram sintomas de impulsividade que foram manifestados por interromper conversas dos outros, falar e agir sem pensar, mentir e falta de controle. Esses comportamentos não eram compreendidos pelos pais e nem pelas pessoas que conviviam com o adolescente com TDAH.

Ele não entende o não, para ele tudo pode. Se estou conversando, ele fica interrompendo, não é todo mundo que entende. Eu queria que ele tivesse controle, mas ele não consegue. (Silvia)

Dá um de repente nele, pode estar fazendo o que for ele larga. O vizinho levou ele para trabalhar na roça. Largou o homem sozinho e veio embora, não falou nada, saiu quietinho, porque achou ruim que o homem gritou com ele, mas o homem não fez nada é coisa da cabeça dele. Ele é assim, dá um de repente nele, pode estar fazendo o que for que ele larga. Mente muito, cria muita coisa da cabeça. Às vezes estou conversando, que nem eu estou conversando com você, ele entra no meio, fica ouvindo a conversa, depois sai falando as conversas. (Joana)

No TDAH, o processamento irregular das funções executivas geram danos no autocontrole dos comportamentos intencionais e na maximização dos resultados futuros. Por isso os adolescentes deste estudo agem sem pensar e apresentam falta de controle. O comprometimento da memória de trabalho manifesta-se na dificuldade de manter os eventos em mente, manipula-los ou agir de acordo com eles, e na dificuldade de antecipar consequências futuras. Assim, as ações do adolescente com TDAH são comandadas pelo presente imediato, não importando com o que isso lhe custará depois, a resposta comportamental obedece ao reforço imediato (ROHDE; MATTOS, 2003).

Nas falas acima podemos identificar que o comportamento, dos adolescentes com TDAH, de interromper a conversa dos pais, é visto como indisciplina pelas pessoas que não compreendem o transtorno. No entanto, na literatura é descrito que o indivíduo com TDAH apresenta um retardo do desenvolvimento de controle de impulsos, isso faz com que ele não consiga inibir comportamentos em circunstâncias que outros normalmente inibiriam tal conduta. Infelizmente, a maioria das pessoas acredita que esses comportamentos acontecem, pois os jovens não aprenderam a se controlar (BARKLEY, 2002).

Os comportamentos impulsivos, que podemos compreender como a resposta automática e imediata a um estimulo, característicos do TDAH, são frequentemente interpretados como indisciplina e oposição, como nos achados do nosso estudo, situação que poderá desenvolver comportamentos rebeldes e agressivos em reação ao ambiente hostil (SILVA, 2003; BALBI, et al. 2008).

Os comportamentos impulsivos dos adolescentes com TDAH também foram descritos pelos pais como situações que causavam preocupação, quais sejam colocar fogo em objetos e tirar a roupa em local público. Podemos identificar, ainda, que os comportamentos dos filhos causavam indisposição com outras crianças e vizinhos. Além disso, a impulsividade ocasionava dificuldades no ambiente de trabalho e geravam prejuízos morais e sociais para o adolescente com TDAH.

Quando fica em casa, ele fica inquieto, já começa a provocar a irmã dele. Aqui onde a gente mora ele já furou pneu, quebrou bicicleta, nós já arrumamos até bicicleta dos outros. Ele sabe o que esta fazendo. Não dá para dosar o rapaz. Ele e os amigos ficam a noite inteira na praça curtindo. Eles apostavam refrigerante para tirar toda roupa, tirava tudo. Então quer dizer, é dessas aventuras que eu tenho medo. (José)

Ele é assim, antes da hora ele já quer. As crianças menores reclamavam: ele rasgou minha pipa. Eu tinha que comprar outra pipa para o menino, para não chorar. Tinha que negociar com eles, para não ter briga e inimigo com os outros. Quando ele era pequeno, botava fogo na minha cama, botava fogo lá fora e queimava as coisas. Então eu tinha medo de deixar ele em casa. (Camila)

Tinha arrumado um serviço, começou a trabalhar bem, depois já encrencou com o rapaz e não foi mais. (Joana)

Os comportamentos de impulsividade e a falta de atenção são identificados pelos autores como dificuldades dos adolescentes na organização em um trabalho, instabilidade profissional com rendimentos baixos nas reais capacidades no trabalho, tomadas súbitas de decisão sem medir consequências, baixas tolerância à frustração e problemas de memória

como acontece no nosso estudo (LOPES; NASCIMENTO; BANDEIRA, 2005; ROHDE; MATTOS, 2003).

A dificuldade em controlar impulsos característica dos adolescentes com TDAH, como no nosso estudo, faz com que esses pareçam constantemente necessitados e muito centrados em si próprios. Além disso, apresentam problemas para conter suas respostas frente a uma situação e para pensar antes de agir, o que causa problemas nas relações interpessoais desses jovens e de seus pais. Esses comportamentos são encarados como grosseiro e insensível, e têm consequências negativas em ambos cenários: social, familiar e de ensino (BARKLEY, 2002).

A desobediência e as dificuldades em cumprir regras também foram referidas pelos pais como características dos adolescentes.

Proibir não existe, se eu proibir ele não aceita. Já foi trabalhar em dois lugares e não deu certo, porque a desobediência estava em primeiro lugar. Mexeu nas coisas que não era para mexer. (José)

Na hora de por regras às vezes é difícil, porque você tem que por uma regra e ele não aceita. Às vezes fala coisa para gente que não pode falar. Depois que acontece tudo isso, pede desculpa, se arrepende. (Neusa)

Teimoso, você fala uma coisa, ele responde. Agressivo com as palavras. (Antônio)

A desobediência é um comportamento característico do TDAH, isto se deve a distração que faz com que o adolescente tenha dificuldades em seguir orientações e cumprir regras (ABDA, 2012).

Contudo, os comportamentos de desobediência descritos pelos pais, muitas vezes podem ocasionar esgotamento nas relações interpessoais dos adolescentes com TDAH. De fato, o comportamento de crianças e adolescentes com TDAH incita uma atitude violenta por parte dos pais, o que deixa esses indivíduos vulneráveis a situações de maus-tratos. Corroborando com essa informação, um estudo realizado em um ambulatório de psiquiatria da infância e adolescência, com crianças de 3 a 12 anos, de ambos os sexos, mostrou que há uma associação significativa entre crianças diagnosticadas com TDAH e abuso físico. Os dados mostraram, ainda, que os meninos têm 5,43 vezes mais chances de sofrer abuso físico do que as meninas (ABRAMOVITCH; MAIA; CHENIAUX, 2008).

As consequências dos sintomas do TDAH aparecem através da reprovação ou evasão escolar, dos acidentes automobilísticos, da gravidez na adolescência ou prisões por crimes. Os indivíduos com TDAH são considerados como portadores de dificuldades crônicas que

comprometem o seu desenvolvimento (BARKLEY, 2008). Essas observações corroboram com nosso estudo, em que os adolescentes deixavam de estudar, devido às dificuldades com professores e colegas.

Ele cresceu tão revoltado com escola, com alunos, que não gosta de estudar. Na escola era assim, a molecada aproveitava que o André era "o problema", faziam "arte" e tudo era culpa dele. Ele cresceu revoltado com a escola, não gosta de estudar.. Ele não quis mais ir para escola, eu não mandei mais. (Camila)

Hoje ele não entra na escola. Quando entrava, ficava no pátio, ouvindo música e não entrava na sala de aula. Ele não quer estudar. (Lusia)

Hoje ele não frequenta a escola. Esse ano inteirinho não foi à escola, desde o ano passado que ele não estuda. (Carla)

Da escola da prefeitura ele foi expulso, dizem que ele pisou no calcanhar da professora, mas ele fala que não pisou. Ele queria fazer supletivo, porque já estava grandão no meio dos pequenos. Tinha uns alunos pequenininhos, que já tinham passado de serie e ele ficou para trás, não ia de jeito nenhum. (Joana)

As dificuldades dos adolescentes com TDHA no contexto escolar, referidas pelos pais, causaram o afastamento dos seus filhos da escola ou influenciaram no mau desempenho escolar. Há autores que descrevem que o TDAH está relacionado ao mau desempenho escolar. Atrelado a isso, os portadores de TDAH possuem mais de uma repetência em seu currículo e apresentam problemas de comportamentos que levam à suspenção ou expulsão, como revelado pelos participantes do nosso estudo. Apesar do mau desempenho escolar se remeter ao aprendizado, os mesmos autores divulgaram que não há estudos investigando a correlação do mau desempenho e as características de professores e da escola (PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2005; ROHDE et al., 1999).

Embora não seja a pretensão desse estudo investigar o TDAH associado às comorbidades, já foi comprovado por meio de uma pesquisa observacional analítica, que a prevalência do TDAH e suas comorbidades em escolares estão presentes em 58% dos casos estudados, sendo o Transtorno Desafiador de Oposição (TDO) o mais prevalente. O TDAH já traz diversas dificuldades para o paciente, seus familiares e a sociedade como podemos identificar nas falas dos pais desse estudo. Ter o TDAH e TDO agrava mais o problema, visto que crianças com TDO implicam constantemente com pais e professores, desobedecendo de forma ativa ou passivamente seus comandos, isso resulta em respostas de raiva ou de crítica, durante as quais as crianças respondem discutindo, culpando os outros e tendo acessos de

raiva (PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2007; ABRAMOVITCH; MAIA; CHENIAUX, 2008; SOUZA; PINHEIRO, 2003).

Apesar de baixa incidência, o Transtorno de Conduta - TC também pode ocorrer em diferentes tipos de TDAH. Os tipos mais comuns de problemas de conduta apresentados na literatura são mentira, furto, vadiagem e agressividade física. Esse grupo de pacientes com comorbidades tem pior prognóstico acadêmico e de funcionamento psicossocial (BARKLEY, 2008; SOUZA; PINHEIRO, 2003).

Contudo, ainda há controvérsias quanto ao papel das comorbidades no prognóstico e tratamento dos portadores de TDAH. Além disso, as dificuldades na compreensão sobre os aspectos que permeiam o TDAH afetam as relações interpessoais dos pais e dos adolescentes. Diante da complexidade do transtorno e do tratamento, os pais apresentam incapacidade em implementar estratégias de reforço positivo e outras técnicas de controle, o que contribui para os comportamentos opositivos e coercitivos dos adolescentes (BARKLEY, 2008; GREVET et al., 2007). Acreditamos, assim, que as consequências do TDAH para o adolescente geram diversos problemas cognitivos, acadêmicos, sociais, emocionais, de saúde e desenvolvimento.

Diante dos comportamentos dos adolescentes com TDAH, os pais relataram utilizar de proibições como forma de colocar limites em comportamentos indesejáveis dos filhos. Além disso, os adolescentes não obedeciam às regras impostas pelos pais e reagiam de forma "alterada" e "explosiva". Os pais referiram, ainda, ignorar alguns comportamentos dos adolescentes a fim de evitar conflitos.

Não deixava ver televisão, ele desobedecia e ligava a televisão. Colocava sentado no sofá, ele saia, colocava no quarto, chorava e saia. Quando ficava muito nervoso, vomitava. (Silvia)

A gente quer colocar regras, ele não aceita, é onde ele altera. (Neusa)

Chega em casa, liga a televisão, põe numa altura, eu peço para abaixar o volume, liga o rádio, eu falo para abaixar o radio, mas ele não está nem ai. Não obedece. É explosivo o que tiver que falar, ele fala mesmo. Ele é de veneta. (Joana)

Quando eu vejo que ele começa alterar, eu já paro, me acalmo, fico na minha, vou para o quarto. Fico muito chateado. (Antônio)

Tem hora que eu fico sem conversar com ele, porque se não eu estresso a toa. (Joana)

Conforme as falas acima podemos inferir que as práticas educativas adotadas pelos pais do nosso estudo se caracterizam pela disciplina relaxada, onde os pais não conseguem fazer com que os adolescentes com TDAH cumpram as regras gerando comportamentos

opositores e agressivos. Podemos identificar, ainda no presente estudo, a prática educativa negligente, uma vez que diante dos problemas dos filhos os pais fazem menos cobrança por obediência sendo menos consistentes em suas práticas (GOMIDE, 2003; PACHECO; TEIXEIRA; GOMES, 1999).

Com isso, podemos observar que os adolescentes do nosso estudo estão frequentemente expostos às punições, castigos e às verbalizações negativas. Diante disso, na tentativa de educar os filhos, os pais assumem estilos parentais que geram situações de violência (SILVA, 2003; BALBI, et al. 2008; GOMIDE, 2011).

Embora haja poucas pesquisas sobre a ação dos pais diante da conduta inapropriada do adolescente com TDAH ao longo do tempo, Barkley (2002) refere se impressionar clinicamente com pais que buscam esforços para controlar os comportamentos disruptivo de seus filhos. No entanto, a experiência clinica do autor sugere que os pais inicialmente tentam ignorar ou sonegar a atenção a seus filhos quando esses apresentam comportamentos disruptivo, como nos achados do nosso estudo. Os pais acreditam que algo do comportamento do adolescente com TDAH se destina a chamar a atenção. Assim, ignorar esse jovem poderia diminuir o problema (BARKLEY, 2002).

Os padrões de comportamento desatento, hiperativo e impulsivo de crianças e de adolescentes com TDAH entram em conflito com a demanda que os pais devem receber de seus filhos. Isso ocorre, pois muitas tarefas diárias envolvem exigência sobre a habilidade de uma criança e de um adolescente em manter a atenção. Quando a criança e o adolescente com TDAH apresentam dificuldades de submissão e controle dos comportamentos, a relação entre os pais e esses jovens se tornam conflituosas, mesmo sabendo que o adolescente não faz isso intencionalmente (BARKLEY, 2002).

Os pais revelaram também que procuravam conversar com seus filhos a fim de evitar agressividade e conflitos no convívio familiar e com amigos. Portanto, por conviver com o comportamento do TDAH as mães participantes desse estudo reconhecem o sofrimento tanto para o filho como para elas e passam a buscar alternativas para ajudá-lo. São tentativas para amenizar as manifestações do comportamento e melhorar seu relacionamento com o filho, assim, para facilitar o convívio familiar e na sociedade (BALBI et al, 2008)

Eu converso com ele, falo que tem que entender as coisas, mas ele não entende. (Silvia)

Não é passar a mão na cabeça. Eu tento por limite, mas não consigo. Sei dos defeitos dele, mas ele tem esse déficit de atenção, e eu não sei mais o que fazer. (Carla)

Converso muito com ele, mas tem hora que não ouve. (Camila)

Ajudar um adolescente com TDAH que apresenta problemas sóciais é um grande desafio para os pais do nosso estudo. Para Anastopoulos, Rhoads e Farley (2008), o treinamento parental é uma opção de tratamento a se pensar em qualquer programa de intervenção multimodal para o TDAH. As intervenções de treinamento parental ensinam aos pais como interagir com os adolescentes de formas mais efetivas e menos estressantes, o que pode contribuir para uma melhora no víncluo emocional entre pais e filho e, consequentemente, reduzir os conflitos familiares. Para que isso ocorra, o treinamento parental deve ter como objetivo terapêutico o desenvolvimento de consciência do adolescente sobre a conexão entre seu comportamento e prováveis consequências, a fim de obter maior autocontrole sobre seu comportamento (ANASTOPOULOS; RHOADS; FARLEY, 2008).

5.2.1 Compreensão dos pais sobre o diagnóstico e tratamento do TDAH

Nesta subcategoria, os pais revelaram os sentidos e significados atribuídos ao tratamento de seus filhos. Contaram como ocorreu o diagnóstico, o que sabem e onde obtiveram informações a respeito do transtorno. Além disso, referiram como foi a adesão e resposta ao tratamento do TDAH.

Nos relatos abaixo, os pais descreveram a trajetória que percorreram para descobrir o que havia de diferente com seus filhos. Revelaram levá-los ao médico desde a infância e as dificuldades para identificar e diagnósticar o TDAH. A não compreensão sobre o transtorno gerava situações de sofrimento para os pais e seus filhos.

Levava ao médico, fez eletro. Diziam que ele não tinha nada, é uma criança normal. Foi com 10 anos de idade que o João começou o tratamento em Barrinha. Depois foi para o hospital das clínicas. (Maria)

O Pedro começou o tratamento no hospital das clínicas desde quando nasceu. Foi pequenininho quando descobriu o que ele tinha, porque era muito agitado. (Silvia)

Eu pedi para o pediatra um encaminhamento para o neurologista, porque aquilo não era normal. O pediatra achava que tinha muita saúde. (Neusa)

Foi com seis anos que ele recebeu o diagnóstico, primeiro foi com a Silvia, depois estavam querendo mandar para APAE. (Jose)

Recebeu o diagnóstico e começou o tratamento com 11 anos, em 2011 no hospital das clínicas. Faz três anos que faz tratamento para o TDAH, porque antes ele tratava como depressão. (Carla)

Eu levava nos médicos daqui, mas a medicina era mais devagar, nunca descobriu nada. Depois foi para o hospital das clínicas e foi diagnosticado, aqui ate então, não tinha descoberto. Já estava com 12 anos quando recebeu o diagnóstico do TDAH e iniciou o tratamento. (Joana)

Desde pequeninho, passava pelo psicólogo, pedagogo e não resolvia nada. Ele tinha uns 8 anos quando começou o tratamento. (Lusia)

Os pais tiveram dificuldades para econtar profissionais que fizesse o diagnóstico correto de seus filhos. Isso ocorre, porque durante muitos anos o TDAH foi compreendido equivocadamente como um diagnóstico com poucas implicações na vida dos pacientes. Frequentemente as crianças eram avaliadas e tratadas pelo não especialista, que se baseava nas queixas dos pais ou professores, e acreditava na remissão da sintomatologia até a adolescência. Existia, ainda, a crença de que se tratava de transtorno que acomete meninos com problemas comportamentais (SOUZA et al., 2007). Atualmente, sabemos que o TDAH é um problema crônico e pode trazer um impacto significativo ao longo da vida, atingindo o desempenho acadêmico, as relações sociais e familiares do individuo portador do transtorno, como mostra os achados do nosso estudo (DESIDÉRIO; MIYAZAKI, 2007).

Acreditamos, no entanto, que é necessário uma avaliação cuidadosa para se estabelecer o diagnóstico de TDAH. Visto que, há uma popularização das informações, nem sempre claras. O desconhecimento ou pouco conhecimento sobre o transtorno geram dificuldades e pode induzir crianças, adolescentes e adultos a receber o rótulo de TDAH. Do mesmo modo, que muitos indivíduos podem ser ignorados e ficar sem tratamento (GRAEFF; VAZ, 2008).

Na avaliação de um indivíduo com TDAH, cada caso deve ser analisado de maneira particular. Na literatura, há descrito vários métodos para uma avaliação abrangente do trantornso, quais sejam: a entrevista clínica com pais, professores e crianças/adolescentes, o exame médico com uso de escalas de avaliação comportamental e testes psicológicos da atenção ou observações diretas do comportamento. Esses métodos se complementam para um diagnóstico clínico diferencial (BARKLEY, 2008).

No entanto, os pais buscam pela avaliação profissional quando os problemas de seu filho excedem a capacidade da família e da escola em conseguir resolvê-los e quando vivem o máximo da frustração. Nesse momento, é importante a identificação preliminar, do diagnóstico e do encaminhamento de uma criança com TDAH para o tratamento, o mais breve possível a fim de evitar danos maiores a ela (BARKLEY, 2002). Essas observações

corroboram com nosso estudo, em que os pais se sentiam perdidos em relação ao diagnóstico, com dificuldades na compreensão sobre o TDAH e, muitas vezes, se sentiam culpados pelos comportamentos dos seus filhos.

Foram tantas coisas, tanta mistura, esse monte de gente tratando dele, então eu não sei mais o que é. Se esse é o comportamento dele, a nova era, se essa hiperatividade já foi embora ou vai ser para sempre, se isso é ate ficar mais velho, eu não sei. (Jose)

Antes do tratamento era difícil você fica sem saber o que fazer. Todo mundo achando que eu passava a mão na cabeça, mas a gente sabendo que tinha alguma coisa de diferente. (Carla)

Sabemos que os pais têm duvidas em relação às características e tratamento do TDAH. Estudos evidenciam, que para o bom prognóstico do transtorno é fundamental que os pais recebam orientações que facilitem o entendimento do comportamento do adolescente com TDAH, bem como o ensino de técnicas de manejo dos sintomas e programas de intervenção baseado nas práticas educativas. Para os autores, essas técnicas terapêuticas auxiliam no convívio familiar e ajuda na prevenção de futuros problemas de comportamento dos adolescentes (DESIDÉRIO; MIYAZAKI, 2007; GOMIDE, 2011). Contudo, as dificuldades na compreensão sobre o TDAH influenciam as práticas educativas adotadas pelos pais do nosso estudo. Diante disso, essas práticas poderiam caminhar para dois extremos que geram desenvolvimento de comportamentos sociais e antissociais dos adolescentes com TDAH.

Apesar do avanço de pesquisas sobre o transtorno, ainda há vários mitos que afirmam ser o TDAH causado pela falta de disciplina dada pelos pais. Assim, as crianças com sintomas do TDAH acabam sendo encaminhadas ou não, tardiamente a avaliação diagnóstica, o que dificulta o tratamento do transtorno e a possível amenização de futuras complicações como as comorbidades (REIS; SANTANA, 2010).

Além dos principais problemas com os sintomas do TDAH podem ocorrer outras dificuldades como no desempenho intelectual. Isto porque o quociente de inteligência (QI) está relacionado com as funções executivas da memória de trabalho, região que é afetada no individuo com TDAH. É provável que as crianças com esse transtorno representem diferentes espectro de desenvolvimento intelectual, algumas são superdotadas, outras têm baixa inteligência, aprendem lentamente ou apresentam retardo mental leve (BARKLEY, 2008). Essas observações corroboram com nosso estudo, em que o adolescente apresentava o TDAH e retardo mental leve.

Ele começou indo ao neurologista. Fez o teste do Q.I e deu a hiperatividade. Então ele tem hiperatividade e retardo mental, bem fraquinho, mas tem. No começo foi fogo, dava muito trabalho. (Lusia)

Um estudo com estudantes adolescentes, que objetivou avaliar o QI e identificar a presença do TDAH comprovou que 65,7% dos participantes avaliados apresentavam o transtorno, sendo que o menor valor de QI ocorreu nos estudantes com TDAH. O QI é um preditor do desempenho acadêmico, portanto o estudo também verificou que 31 estudantes repetiram algum ano, desses 27 tinham o diagnóstico de TDAH (LOPES et al., 2012). Diante disso, é necessário que os profissionais envolvidos no tratamento do TDAH tenham um olhar multidimensional, com o envolvimento da escola e da família. O processo terapêutico deve ir além dos aspectos físico-biológicos, de forma que integre os aspectos sociais, culturais, econômicos entre outros, do indivíduo com TDAH e de todos que se relacionam com o mesmo.

Os pais revelaram que seus filhos durante o tratamento do TDAH, quando usaram a medicação contínua tiveram melhora nos comportamentos. Ficaram mais controlados, calmos, sonolentos, ajuizados e conseguiram emprego. Descreveram que o não uso do medicamento gerava situações de agressividade manifestadas por gritar, xingar, quebrar objetos. Relataram, ainda, dificuldades da adesão ao tratamento, onde os adolescentes não queriam tomar o remédio e nem ia às consultas no ambulatório.

Desde que iniciou o tratamento, está um sossego, mais ajuizado, tem mais responsabilidade, parou de chorar a toa, porque chorava demais. O tratamento está evoluindo, porque descobri rápido o transtorno e a medicação ajudou. Eu não quero que o João pare o tratamento, porque eu vou ficar com dois com problemas, ele e o pai, e não vou dar conta. (Maria)

Quando não toma o remédio ele grita, xinga, quebra as coisas. Quando toma o remédio fica calmo. Com o remédio a gente já tem mais controle. Agora eu acho que está mais tranquilo, dormindo, sossegado. Ele toma o remédio a noite, mas quando é final de semana eu não dou, porque ele bebe. Teve uma época que ele não queria tomar remédio de jeito nenhum. Quando não dou o remédio peço para o pai dele dar, porque se não no outro dia ninguém aguenta. O médico falou que o remédio não é para ficar dopado, dormindo, mas para ter consciência que ele é uma pessoa normal, vai dormir e acordar para trabalhar, ser uma pessoa normal. (Camila)

Ele deu uma boa melhorada, mas passou uns tempos sem querer tomar os remédios. Foi muito difícil. Ele fica mais agressivo sem o remédio, mas decidiu voltar e começou a tomar. (Lusia)

Depois que ele começou o tratamento, achei que deu uma melhorada. Depois largou esse tratamento, não deu mais problema com conselho tutelar, nem cadeia, nem nada, mas ele é explosivo. Durante o tratamento ele ficava mais tranquilo, deve ser o remédio que deixava ele assim. Agora está tranquilo, mas tem hora que dá aqueles de repente. Quando ele estava fazendo tratamento no hospital das clínicas tinha melhorado, mas não muito, tinha melhorado muito pouco, porque ele é difícil de lidar. Com o remédio ele só ficava meio sonolento. Não quis tomar mais esse remédio, porque estava fazendo dormir. Não quer ir mais ao ambulatório. O remédio mesmo, eu falei para o médico, ele não vai mais tomar o remédio e não tomou. (Joana)

Na literatura é descrito que o tratamento ideal para o TDAH é a associação de farmocoterapia, educação familiar e orientações aos educadores. A abordagem farmacológica para o TDAH consiste na utilização de psicoestimulantes. No Brasil temos disponível o metilfenidato, sendo que, sua posologia deve ser individualizada de acordo com as necessidades do paciente (SIQUEIRA; GIANNETTI, 2011; BARKLEY, 2008).

No que se refere à educação familiar e às orientações aos educadores, os autores descrevem as abordagens terapêuticas com instruções sobre o TDAH para a família e educadores, que implicam em gerar entendimento e aceitação com relação ao diagnóstico e características do transtorno, além de, desenvolver no adolescente, sua família e educadores atitude positiva e participação ativa nas diferentes modalidades psicoeducativas (SIQUEIRA; GIANNETTI, 2011; BARKLEY, 2008).

Os pais associaram os comportamentos positivos do adolescente com o uso da medicação.

Ele melhorou bastante com o tratamento, chegou até a trabalhar. Arrumou um coleguinha e foi, trabalhou uma semana. Chegou e meu deu o dinheiro. (Antônio)

Ele melhorou muito com o tratamento. Cada vez que troca de remédio, temos uma nova esperança, isso ajuda. Não que está melhorando, mas acho que é o psicológico. Nós vamos ao hospital das clínicas, o médico trocou o remédio para experimentar, tirar a ansiedade, não vejo a hora de pegar esse remédio e automaticamente dar para ele. Aí você nota que isso já ajuda a gente. Vê mudança de comportamento, mudança da forma da gente conversar. (Jose)

Tem dia que ele está bem, tem dia que está nervoso. Durante o tratamento o humor fica diferente. Esta chegando a época de tomar injeção o humor está mudando. (Carla)

Corroborando com os achados do nosso estudo, pesquisas mostram que os psicoestimulantes têm efeitos positivos sobre os diversos comportamentos inadequados à idade, que causam comprometimento no cotidiano do indivíduo com TDAH. Além disso,

auxiliam no aumento da qualidade das interações sociais entre o adolescente, seus pais, professores e colegas. Desta maneira, também influenciam os comportamentos de seus familiares para com eles. Quando esses relacionamentos melhoram contribuem para uma resposta positiva ao tratamento. Apesar da eficácia da medicação, é sabido que, as abordagens psicoterápicas são importantes no tratamento do TDAH, e podem ser desenvolvidas isoladamente ou associadas ao medicamento (BARKLEY, 2008; PEIXOTO; RODRIGUES, 2008). No entanto, nem todos participantes desse estudo relatou a abordagem psicoterápica como tratamento do TDAH. Isso mostra que o processo terapêutico está centralizado na medicalização, o que pode comprometer a eficácia do tratamento, já que não foi mencionado participação em programas educativos que envolvam a família e a escola.

Estudos revelam que o sucesso do tratamento para o TDAH corresponde à redução dos sintomas e dos consequentes prejuízos funcionais causados pelo transtorno, além da diminuição dos sintomas associados às comorbidades. Sendo assim, a melhora dos principais sintomas que caracterizam o TDAH permite aos adolescentes, em tratamento, o bom desempenho diário, assim, como adaptação social e familiar (SCHMITZ; POLANCZYK; ROHDE, 2007; ROHDE et al., 2004; LOUZÃ; MATTOS, 2007).

Os pais relataram dificuldades ou nenhum entendimento em compreender os aspectos relacionados ao TDAH. Revelaram ainda, não saber lidar com o adolescente e que, as informações obtidas sobre o transtorno foram transmitidas por profissionais da saúde como médicos e psicólogos, por reportagens veiculadas em revistas, livros e filmes.

Eu perguntei para o médico sobre o João, falou que não poderia dar um diagnóstico certo, porque ainda está em avaliação, mas tudo leva a crer que teve esse problema. (Maria)

Os médicos do hospital das clínicas falaram que ele deve ter uma hiperatividade. Eu não sabia o que era e perguntei. O médico falou que é um problema, que vai entrar com medicamento e vai ser um longo tratamento. Até eu entender o problema, eu não sabia nada. Hoje eu entendo muito pouco. Tive que passar por psicóloga, aprender a lidar, porque não sabia. Que nem eles falaram, tem que dar tempo ao tempo. A hiperatividade eu acho que é esse ritmo dele. Se for ter uma prova, um passeio ele fica bem nervoso, agitado, falando, repetindo aquilo toda hora. (Silvia)

Eu achava que não era nada, mas comecei aceitar o problema do jeito que é. Sei que é uma pessoa muito teimosa, descobri numa revista, eu acho que dos Estados Unidos, tinha tudo aquilo que o Paulo passava. Daí em diante caiu minha ficha. (Neusa)

Os médicos falam que essas crianças que são hiperativos, são muito inteligentes, mas no papel, para escrever ele não concentra, porque não para. Quando ele começa fazer alguma coisa, ele já não sabe o que estava fazendo, isso é o déficit de atenção. A hiperatividade é quando é muito agitado, quer conhecer tudo ao mesmo tempo (Camila)

Já peguei livro, li, saber eu sei o que é, mas também não sei explicar. Às vezes eu vou à igreja e converso com o padre, lá no lar tem uma pessoa, tem um livro, um filme que explica isso. (Jose)

Não sei nada sobre TDAH, não entendo nada. Nunca recebi informação. Eu não vejo essa parte de TDAH, porque eu não entendo. Então eu só sei assim, que ele tem um problema. (Lusia)

Eu vou falar a verdade, o pouco que eu sei sobre o transtorno eu não entendi, eu acho cada vez mais difícil. É um descontrole né, eles não têm controle. O déficit de atenção é uma coisa que eles não têm controle da própria mente, nem do que vai fazer. (Carla)

Sobre o transtorno, não sei nada. Às vezes eu ia ao grupo de mães do ambulatório, uma falava o jeito que o filho agia, era igual meu filho tanto em falar como não ficar quieto. Ele sempre foi assim. (Joana)

Um estudo que investigou as principais fontes de informação sobre o TDAH revelou que a TV, o jornal, as revistas, os amigos/parentes e os médicos são provedores de conhecimento sobre o transtorno. No entanto, 91% da população em geral respondem negativamente quando são interrogadas se já ouviram falar em TDAH. Da população geral, ou seja, os 9% dos entrevistados que já tinham ouvido falar sobre o transtorno, acreditam que o TDAH afeta crianças, adolescentes e adultos. Já quando se tem o conhecimento estimulado, como a leitura de uma definição para o TDAH, a proporção de indivíduos que afirmam ter ouvido falar do transtorno na população geral sobe para 67% (GOMES et al., 2007).

Nesse sentido, a falta de informações ou não compreensão dos pais sobre o transtorno pode causar prejuízos no convívio familiar e no desenvolvimento do adolescente com TDAH. Visto que o manejo bem sucedido de pacientes com esse transtorno depende do entendimento da doença e do apoio de todos que convivem com o paciente. Sendo assim, é importante conhecer o nível de informação das pessoas que participam do processo de diagnóstico e tratamento do TDAH (GOMES et al., 2007).

O treinamento dos pais pode ser uma estratégia eficaz no manejo adequado do comportamento do TDAH. Para isso, é importante compreender e respeitar o tempo individual de cada pessoa durante o processo de orientação. Para elaborar um programa de treinamento para pais é fundamental considerar as queixas apresentadas pela família. No nosso estudo os pais queixaram da falta de informação e de assistência para quem têm filho com TDAH.

A gente não sabe se já era assim, se está todo mundo assim, se realmente faz parte do tratamento, se é o remédio ou se não. Ficamos sem ter para onde recorrer. Desses anos que tratamos lá, nunca alguém como psiquiatra, psicólogo, algum terapeuta explicou. (Jose)

Na verdade a mãe que tem filho com TDAH não tem muito que fazer, ainda não existe isso para gente. (Carla)

Estudos confirmam que a identificação de queixas apresentadas pelas famílias de indivíduos com TDAH permitem elaborar e implementar estratégias de intervenções com objetivo de contribuir para o tratamento de problemas comportamentais e prevenir futuros agravos (DESIDÉRIO; MIYAZAKI, 2007; PINHEIRO et al., 2006). No entanto, os participantes desse estudo não relataram ter recebido treinamento parental como tratamento do TDAH. Outro dado referido pelos pais é o incentivo de práticas de esporte feito pelos médicos.

Arrumou judô para ele, porque os médicos falavam que ele precisa de esporte, precisa fazer alguma coisa, mas nada. (Jose)

No entanto, esta observação é oposta a de um estudo realizado com 190 médicos que investigou o manejo e tratamento do TDAH. Desses entrevistados, 94% disseram tratar o paciente com TDAH com a prescrição de medicamento. Esse estudo mostrou, ainda, que são os educadores que referem à prática de esportes como mais vantajosa para o hiperativo do que o uso de medicamento (GOMES et al., 2007). Diante disso, vale ressaltar a necessidade de capacitar e informar os profissionais a fim de evitar equívocos no diagnóstico e tratamento do TDAH.

Os pais descreveram também práticas educativas negativas relacionadas ao papel desses no tratamento dos adolescentes com TDAH. Podemos identificar práticas de negligência e de punição inconsistente.

Para ele tomar o remédio, eu dava dinheiro. Aí os médicos começaram a falar que eu não podia fazer isso, que era chantagem. Aí os médicos conversaram com ele, hoje já toma o remédio sem pedir dinheiro. Já andou fumando maconha, eu conversei com ele. (Lusia)

Ele não quer mais fazer o tratamento. Ele está nessa idade, eu vou pegar no colo e levar. Ele escondeu a cartinha para não ir ao retorno e não me falou nada. Desde quando ele começou a tratar eu sempre levei, nunca faltei, mas é difícil. (Joana)

Para Gomide (2011), os pais negligentes não são responsivos e se omitem de situações difíceis, como nos achados do nosso estudo em que os pais ignoram os comportamentos dos

adolescentes diante da dificuldade de adesão ao tratamento. Desta forma, os pais impedem o desenvolvimento da autonomia de seus filhos. Além disso, o uso de punição inconsistente influencia na percepção do indivíduo, prejudicando seu julgamento dos efeitos que suas ações têm sobre os outros e sobre o meio. Nessa prática educativa, os pais punem os adolescentes algumas vezes e outras não, pelo mesmo comportamento, como nos achados do nosso estudo (GOMIDE, 2011). Frente a isso, é importante lembrar que para o adequado desenvolvimento do adolescente com TDAH, muito deve ser feito para melhorar o relacionamento entre pais e filhos (FRASSETTO; BAKOS, 2010).

5.3 Conflitos no convívio familiar

Nesta categoria, identificamos a ocorrência de situações de violência entre irmãos, pais e o adolescente com TDAH. As dificuldades dos pais em lidar com os comporatemntos desses jovens eram fontes geradoras de violência interpessoal, sendo os atos violentos de origem fisica e psicológica.

Nos relatos abaixo, a violência física e verbal foram manifestadas por xingamentos e agressões corporais, inclusive com o uso de objetos. Situações de conflito com o portador do transtorno levaram irmãos a deixar a casa da família. Além disso, a dificuldade dos pais em impor limites e regras para o adolescente com TDAH geravam desentendimentos, agressões e castigos.

Quando o irmão chega, eles já começam a se pegar, xingar, brigam muito. Um dia meu outro filho bebeu e avançou em mim, o Mateus deu duas pauladas nele. (Carla)

Você pode conversar, tirar o computador, bater, não adianta, ele não faz. Eu brigava muito, batia nele porque achava que aquilo era birra, porque tudo que falava ele chorava, empacava e não fazia. Eu me estressava e batia nele. (Maria)

Eu conversava com ele, às vezes batia, porque achava que tinha que bater para parar. Eu achava assim, que não era nada, que não tinha nada a ver. Na hora de por regras às vezes é difícil, porque ele não aceita. Com o pai dele sempre tem momentos de discussões. Meu marido achava que eu estava inventando doença. Que o Paulo fazia isso porque queria. Eu estava para pegar minhas coisas e ir embora. Ele fica agressivo, conversei com ele que o filho tem que obedecer o pai. (Neusa)

Você vai falar alguma coisa ele xinga e quebra. Eu não consigo mais segurá-lo em casa, porque ele avança e vai embora e realmente se eu prender dentro de casa, ele vai quebrar tudo. Colocava de castigo, porque a gente pensava que aquilo era uma peraltice, coisa de

menino. Teve um dia que ele estava nervoso, me mandou calar a boca, fui para cima dele, ele veio para cima de mim. Peguei pelo pescoço e segurei. Fiquei uns 20 minutos o segurando ele. (José)

O conceito da violência na literatura é descrito de formas diferentes. Essa conceituação é dirigida pelo julgamento social cuja multiplicidade impede uma formulação consensual. Além disso, a direção de muitas definições está relacionada aos objetivos do estudo e a aplicabilidade para seus resultados. Outro fator que se relaciona as discussões sobre esse tema é o ponto de vista reducionista e preconceituoso que remete à questão da causalidade da violência (RISTUM; BASTOS, 2004).

Neste sentido, buscamos estudar a violência como um problema de saúde pública, que envolve diversos fatores como interações individuais, de relacionamentos, sociais, culturais e ambientais (DAHLBERG; KRUG, 2006). Estes autores acreditam que estes fatores possibilitam a melhor compreensão da violência por explorar a relação entre fatores individuais e contextuais, considerando as interações que ocorre em diversos sistemas.

No nosso estudo, evidenciamos nos relatos dos pais situações de violência nas relações interpessoais desses e dos adolescentes com TDAH. Pudemos constatar tanto episódios de violência de família, ou seja, aquela que ocorre principalmente entre membros da família e acontece usualmente nos lares, como violência de parceiros íntimos, que se caracteriza por comportamentos que numa relação íntima causam danos físicos, psicológicos e sexuais para aqueles que estão na relação (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Verificamos, ainda, a prática de atos violentos de origem física como bater, chutar ou machucar e psicológica com xingamentos e castigos (BRASIL, 2002).

Peço para ele fazer as coisas, ele resmunga. Eu mando, tenho que chamar atenção, dar uns gritos ai ele faz. Batia, tirava o computador, televisão, DVD. Colocava de castigo. (Maria)

Tinha briga dia sim, dia não. Eles brigavam de luta corporal, ele e o pai dele. (Neusa)

Amarrava ele, amarrava a bicicleta, trancava no quarto. (Jose)

As práticas educativas adotadas pelos pais deste estudo podem influenciar as situações de violência interpessoal. Sendo assim, "pais que administram punição corporal tendem a ser abusivos verbalmente com seus filhos através de insultos, xingamentos e ameaças. Essa combinação pode gerar o desenvolvimento da agressão, da delinquência e do comportamento anti-social na criança" GOMIDE (2011, p.18). Além disso, é sabido que há uma transmissão

intergeracional da violência, o que pode justificar as situações de violência nas relações dos pais e dos adolescentes com TDAH (GOMIDE, 2011).

Um estudo confirmou a observação de que a punição física é uma prática aceita pela sociedade como um modo de disciplinar os jovens e adolescentes, como nos achados do nosso estudo (MENEGHEL; GIUGLIANI; FALCETO, 1998). Essa naturalização da violência expressa características do quarto nível do modelo ecológico, que se refere aos aspectos sociais em que as normas culturais apoiam a violência como uma forma aceitável para solucionar conflitos e dão prioridades aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança (CAVALIM, 2013; KRUG et al., 2002).

Na literatura encontramos dados de um estudo mostrando que a violência física grave pode ser frequente em meninos que pertencem a famílias de baixa renda, sendo comum agressão entre irmãos. Nestas agressões, os adolescentes mais punidos por seus pais apresentaram oito vezes mais chances de serem violentos com os irmãos (MENEGHEL; GIUGLIANI; FALCETO, 1998). Essas observações corroboram com nosso estudo, em que frequentemente ocorriam agressões entre irmãos.

Às vezes ele é meio estourado, responde, briga com o irmão. Adora brigar com o irmão. (Maria)

Ele e os irmãos só brigam, não podem se ver. Um dos irmãos, que nem mora aqui, hoje já brigou com ele na rua. (Carla)

Em casa briga com o irmão, a irmã já não conversa mais com ele, o outro irmão brigou com ele e foi embora, não mora mais aqui. (Joana)

A agressividade não é considerada pela literatura como característica do TDAH, porém os atos impulsivos dos adolescentes podem ser interpretados como indisciplina e oposição, situação que poderá desenvolver comportamentos rebeldes e agressivos em reação ao ambiente hostil gerado pelos comportamentos do adolescente (RIBEIRO et. al., 2008). Na literatura é descrito que nesse grupo, portanto, os comportamentos considerados como agressivos podem não ser intencionais. Apesar disto, os portadores de TDAH são punidos mais severamente e com maior frequência e abusados física e emocionalmente desde muito cedo, geralmente pelos pais (BARROS; SILVA, 2006; BLACHNO et al., 2006).

As situações de violência que ocorre entre os pais e os adolescentes com TDAH podem ser fundamentados principalmente na idéia de punição, decorrentes das dificuldades em impor limites e regras, associando-se a concepção da agressão física e verbal ser percebida

como medida educativa para correção do comportamento do adolescente em nossa sociedade (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007). Além de não ser eficiente para a mudança do comportamento no TDAH, o excesso de punições, especialmente na ausência de recompensas e respostas positivas, gera ressentimento e hostilidade na criança com consequentes desvios de comportamento (BARKLEY, 2002). Essa vitimização da violência no contexto familiar esta relacionado ao segundo nível do modelo ecológico, o qual explora as relações sociais mais próximas como, por exemplo, membros da família para o aumento de ocorrencia da violência.

Desta forma, a família, que deveria constituir a primeira instância de inclusão social, muitas vezes contribui para segregar a pessoa com TDAH. É comum ver crianças com distúrbios de comportamento, sendo contidas com cordas, ataduras ou isoladas em quartos sem qualquer estímulo (BRASIL, 2002). Acreditamos assim, que as punições descritas por pais e responsáveis no presente estudo poderiam comprometer o prognóstico dos adolescentes com TDAH. Já que a conduta adotada pelos pais diante dos comportamentos desses, se associa as práticas educativas negativas que geram os comportamentos anti-sociais do adolescente com TDAH.

O ambiente familiar em que os adolescentes do estudo vivem é permeado por diferentes conflitos. Pais que trocam agressões físicas na presença dos filhos. Houve relato de que o portador do transtorno chegou a intervir na briga dos pais.

Meu marido sempre jogava minhas coisas no chão. Ele não me agredia, mas jogava as coisas no chão e agredia em palavras. Uma vez saímos nos tapas e o João estava perto. Eu briguei com meu marido, joguei a almofada nele e falei para ficar quieto. Nesse dia nos estapeamos e chamei a policia. Depois disso ele não me agrediu mais. O João participou de tudo. Até hoje a gente briga, discute, ele não me agride mais, só que a gente briga. (Maria)

O Pedro entrou no meio da briga entre eu e o pai dele. Foi bem difícil. (Silvia)

Identificamos nos relatos dos pais muitas discussões e agressões físicas que ocorria entre o casal, onde os filhos testemunharam ou participaram dos conflitos. Corroborando com esta observação, estudos mostraram que os índices de divórcios e separação são maiores em famílias que têm filhos com TDAH. Resultados destes estudos revelaram ainda, que pais de crianças e adolescentes com TDAH consideraram menos competentes na sua função de pais e a reagir mais negativamente aos sintomas de desatenção e comportamentos de impulsividade e hiperatividade (BELLI, 2008; GUILHERME; MATTOS, 2007).

Os conflitos conjugais relatados pelos pais deste estudo se relacionam aos estilos parentais adotados para educação dos filhos. Além disso, as discussões envolvem os adolescentes com TDAH e afetam a organização familiar dos participantes.

Eu e a mãe dele brigamos quase o tempo todo do nosso casamento por causa da educação dos filhos. (Jose)

Meu marido viaja muito, trabalhando fora. A gente tinha "uns pegas", começou a entrar em conflito, a brigar, eu cheguei a avançar nele. (Silvia)

Na literatura é descrito que as dificuldades na relação conjugal diminuem o envolvimento e a disponibilidade parental. Além disso, os conflitos conjugais estão diretamente relacionados à intergeracionalidade do estilo materno autoritário, o que constitui um fator de risco, visto que esse estilo parental pode gerar comportamentos nos adolescentes de rejeição dos pares e hostilidade (BENETTI, 2006; OLIVEIRA et al., 2002).

Um estudo revelou que o relacionamento conjugal é o principal fator para qualidade de vida das famílias, o qual influencia a relação que os pais mantêm com os filhos. A insatisfação no relacionamento conjugal traz consequências negativas para os padrões de cuidados com o filho e a qualidade das relações entre pais e filhos (BRAZ; DESSEN; SILVA, 2005). Nesse sentido, os conflitos conjugais relatados pelos pais desse estudo podem influenciar os estilos parentais adotados por esses na educação dos adolescentes e consequentemente gerar comportamentos de agressividade e hostilidade no ambiente familiar.

Verificamos também posturas opostas entre os pais, com relação a educação dos adolescentes com TDAH, em que emitiam mensagens contraditórias e mutuamente excludentes.

Quando eu vou chamar a atenção do André, a mãe dele fala para eu ficar quieto, calar a boca, aí estragou quem? Não pode ser assim. Quando ele quer fazer a manobra ao contrário, colocar eu contra a mãe dele, ele consegue. Então um manda o outro para aquele lugar, para o inferno. Ela me xingou, eu xinguei ela, e aí? (José)

De acordo com a teoria, desenvolvida pela Escola Palo Alto, a situação de duplo vinculo ocorre quando, em uma relação entre duas ou mais pessoas, acontece experiências repetidas de mensagens negativas e conflitantes, de maneira que, a vitima percebe seu universo em padrões de injunções contraditórias, que podem precipitar o pânico ou a raiva. Esse tipo de comunicação desde a infância poderia levar ao desenvolvimento de uma fragilidade psíquica com o desencadeamento de doenças mentais (BATESON et al., 1956).

Sendo assim, a relação de duplo vínculo identificada neste estudo pode comprometer a comunicação e organização familiar, e consequentemente o envolvimento e participação dos pais no tratamento do adolescente.

5.4 Conflitos no contexto da escola e da comunidade

Nesta categoria os pais relataram situações de violência no contexto escolar e brigas na rua com o envolvimento de professores, alunos, amigos e desconhecidos.

Os pais descreveram que, no contexto da escola, os filhos não eram compreendidos, não recebiam apoio de professores ou dirigentes. Sofriam discriminação, eram excluídos, considerados doentes mentais, preguiçosos ou vagabundos e eram responsabilizados pelo que outros faziam.

As professoras não o suportavam dentro da sala de aula. Ninguém sabia lidar com ele. (Joana)

Na escola diziam que ele era preguiçoso, vagabundo, que não gostava de fazer as coisas. (Carla)

A escola não tinha dialogo com meu filho, ele era excluído. O hiperativo era considerado doido. Na boca do povo, meu filho era doido. (Silvia)

A professora não tem paciência, a diretora age como um sargento. Qualquer coisa, elas pedem para eu deixar meu filho em casa durante uma semana. (Camila)

A falta de conhecimento sobre os sintomas do TDAH e incompreensão desses comportamentos faz com que o indivíduo portador do transtorno seja constantemente vítima de discriminação, acusam-no de ser mal educado, insuportável, maldoso e, até mesmo o consideram com pouca inteligência (BALBI, et al., 2008).

Observamos com os achados do nosso estudo a frustração das mães pela falta de apoio dos professores e da escola. Evidenciamos, portanto, que o tratamento requer uma abordagem sistêmica, com a participação do adolescente, família e professores. Um estudo realizado com professores do ensino fundamental comprovou que o lidar com os alunos com TDAH e sua família mobilizam nesses educadores sentimentos intensos como irritação, impaciência, receio e cansaço (NERI, 2009). O conhecimento desses professores a respeito do transtorno faz

referência às causas orgânicas, psicológicas, conflitos familiares e a dificuldade dos pais em impor limites. Há ainda, professores que discordam do diagnóstico médico (LANDSKRON; SPERB, 2008; BELI, 2008).

Os pais falaram sobre a representação que a escola tinha na vida dos seus filhos. Revelaram que os adolescentes eram discriminados pelos professores e colegas. Corroborando com está observação, uma pesquisa realizada com adolescentes diagnosticados com TDAH mostrou que esses ao serem questionados sobre o que seus professores e colegas costumavam falar a seu respeito, os participantes apontaram uma lista de comentários ou atributos que eram dispensados a eles na escola, como burro, aluno-problema, diferente, chato, irresponsável, líder-negativo, brigão, desatento e desligado. Segundo informação dos pais que entrevistamos, a percepção dos adolescentes sobre o papel da escola no seu desenvolvimento psicossocial é considerada negativa e de baixa efetividade. Isto revela que os adolescentes portadores de TDAH frequentemente são alvos de chacotas e preconceitos no ambiente escolar o que podem gerar dificuldades de adaptação na escola (JÚNIOR; LOOS, 2011). Acreditamos assim, que esses acontecimentos podem gerar dificuldades de adaptação na escola. No entanto, ate o momento, não há estudos que descrevam as situações de violência na escola que envolva adolescentes com TDAH.

A deficiência de conhecimento dos professores sobre o TDAH pode gerar situações de violência nas relações interpessoais dos adolescentes com TDAH e de seus pais. Para Benedetti e Urt (2008), o desconhecimento sobre o TDAH é um dos principais fatores geradores de estereótipos e atitudes inadequadas ante ao aluno (BENEDETTI; URT, 2008). Situação preocupante visto que o nível de informação dos educadores sobre o TDAH encontra-se deficiente.

Os professores não entendiam o problema do Pedro. Foi um trabalho muito complicado para eu explicar para os professores, até eles entenderem. (Silvia)

Corroborando com esta observação, um estudo com médicos brasileiros mostrou que 64% dos encaminhamentos de pacientes com TDAH, que chegaram ao consultório, foram indicados pela escola. Ainda assim, 59% dos professores acreditam que muitas crianças têm o diagnóstico de TDAH, porque os pais são ausentes e não sabem impor limites e outros 52% acreditavam que a prática de esportes substituí o tratamento com medicamentos (GOMES, et al., 2007). Isso mostra a falta de informação do grupo de profissionais que estão em situação privilegiada para triar e encaminhar possíveis casos de TDAH para as especialidades

(PFIFFNER; BARKLEY; DUPAUL, 2008). Assim sendo, devemos ressaltar a necessidade urgente de desenvolver intervenções escolares com treinamento e recursos adequados para professores.

Os pais revelaram que seus filhos, por sua vez, apresentavam comportamentos agressivos tanto verbais quanto físicos com colegas e professores, contribuindo com a segregação e mesmo expulsão da escola.

Ele agredia as crianças na escola. Ele era agressivo, xingava, maltratava o professor. Era "bocudo", falava palavrão. (Lusia)

Ele foi expulso da escola da prefeitura. Disseram que ele pisou no calcanhar da professora. Ele fala que não pisou, ela fala que pisou e virou aquela "rolaiada". Foi parar na cadeia, por causa dessa discussão, fez boletim de ocorrência, nossa fizeram uma coisarada. Depois o juiz falou que ele não podia ficar sem estudar. (Joana)

Quando ele ia à escola, brigava com professor, com amigo. Agressivo, não conseguia fazer as coisas, mas para os professores ele não queria fazer. (Carla)

Evidenciamos nas falas dos pais situações de violência comunitária que ocorreu no contexto escolar (DAHLBERG; KRUG, 2006). A violência escolar é definida como aquela que ocorre em contextos escolares, que pode ser dirigida contra alunos, professores ou propriedades. No entanto, o que é caracterizado como ato violento depende dos valores culturais de cada grupo social, das circunstancias que foi praticado e de disposições subjetivas (LOPES; GASPARIN, 2003).

Os pais relataram que seus filhos agrediam outras crianças na escola e xingavam os professores. Podemos inferir que esses comportamentos agressivos na infância influência os comportamentos anti-sociais dos adolescentes com TDAH. Para Gomide (2011), "a relação entre comportamento agressivo, relacionamento pobre entre os pares e delinquência é que as crianças que quebram regras e são agressivas serão desaprovadas e rejeitadas por seus pares devido a seus comportamentos". Nesse sentido, os comportamentos associados ao TDAH podem ser preditores de situações de violência nas relações interpessoais dos adolescentes e dos pais desse estudo (GOMIDE, 2011).

Existem diversos fatores que estão relacionados à agressividade na infância e adolescência. Para Barros e Silva (2006), o individuo agressivo apresenta distorções nas interpretações dos eventos e o processo de solução de problemas acontece de forma diferente do que nos indivíduos considerados não agressivos. Outro fator que está associado às causas da agressividade nos períodos da infância e adolescência é a presença dos transtornos

neuropsiquiátricos, dentre esses o TDAH, no qual a origem das condutas agressivas pode sofrer influencia do fator neurobiológico sendo propiciadas e mantidas pelo ambiente (BARKLEY, 2002).

Por outro lado, pais relataram que os filhos sofriam, mostravam a dificuldade de adaptação na escola com sintomas somáticos (vômitos, febre) e não tinham estímulo para estudar, resultando em desinteresse e abandono escolar.

Quando Pedro começou na escola era bem complicado, ele não se adaptava. Muitas vezes eu tinha quer buscar ele na escola, porque ele vomitava, tinha febre, chorava e atrapalhava os outros alunos. Isso atrapalhou muito a convivência na escola. Pedro não queria estudar mais porque na escola era o doido. Isso só o colocava para trás, não tinha incentivo. Então ele não queria estudar. (Silvia)

Um dia, um cara o pegou no refeitório e deu uma gravata no pescoço dele. Disseram que a briga foi feia, não deu para separar. Depois desse dia ele não quis ir mais para escola. Aí eu não mandei mais. (Camila)

As dificuldades de adaptação na escola foram referidas pelos pais como fatores que contribuíram para a expulsão ou abandono escolar pelo adolescente com TDAH. Tais achados são importantes, visto que, na literatura consultada, o adolescente com TDAH apresenta dificuldades em permanecer no sistema escolar e concluir seus estudos, apresentando ainda maior probabilidade de desenvolver problemas acadêmicos de diversas ordens (JÚNIOR; LOOS, 2011). No entanto, o TDAH é apresentado como uma das potenciais causas tratáveis de mau desempenho escolar e merece ser investigado e tratado adequadamente. Para isso a atuação interdisciplinar de profissionais, pais e escolas, são fundamentais para um melhor prognóstico do adolescente com TDAH (PASTURA; MATTOS, 2007; SILVA; SOUZA, 2005).

Em consequência desses problemas os pais revelaram dificuldades dos adolescentes no desempenho escolar. Isso ocorre devido ao retardo no processo de maturação das funções executivas que acontece no indivíduo com TDAH, a qual esta relacionada ao mau desempenho escolar dos adolescentes. Os problemas emocionais e preocupações familiares também podem ser sintomas desse mau desempenho e repercutir nas esferas individuais, familiares, escolares e sociais desses jovens (SIQUEIRA; GIANNETTI, 2011). Além disso, os baixos níveis de desempenho na escola têm sido associados à violência juvenil (KRUG et. al., 2002).

Assim como na escola, nas relações com parentes, os pais percebiam que as pessoas não tinham conhecimento acerca do TDAH e os discriminavam como “doidos” ou “mal-

educados". De acordo com os pais, seus filhos são impulsivos, reagem com agressividade (verbal ou física), mentem e acreditam em coisas que imaginam. Por conta disto se envolvem em brigas fora de casa, que podem culminar com ameaças de morte. Os pais denotam sua preocupação e desabafam que não sabem mais o que fazer.

Ele era praticamente excluído. Eu procurava não sair com ele para casa dos parentes, ficava mais em casa. As pessoas que estão de fora não entendem, acham que a criança é doida, sem educação. (Silvia)

Na rua era muito briguento, muito agressivo. Com os amigos, ainda briga muito. (Lusia)

O policial me chamou na delegacia quando ele estava estudando, eu falei: olha, doutor eu não passo a mão na cabeça, sei dos defeitos dele, só que ele tem esse déficit de atenção e eu não sei mais o que eu faço. Uma coisinha assim, já briga, tanto com os irmãos como com outras pessoas na rua. Brigava demais com todo mundo na rua. Eu não sei o que aconteceu, ele e um cara discutiram no baile, o cara veio para cima dele e ele agrediu. O rapaz falou até de matá-lo. (Carla)

Xingava os outros, brigava com qualquer um na rua. Ele mente muito, cria muita coisa da cabeça dele. É explosivo, começa a gritar e o que tiver que falar, fala mesmo, não está nem ai. (Joana)

As situações de violência pode estar relacionado aos comportamentos impulsivos do adolescente com TDAH, como nos achados do nosso estudo. O agir sem pensar foi referido pelos pais como um fator que gerava os conflitos tanto na escola como na rua. Na literatura é descrito que o indivíduo portador do transtorno apresenta dificuldade com a regulação de estados emocionais. A baixa tolerância à frustração indica que o adolescente com TDAH apresenta níveis mais elevados de agressividade, raiva, tristeza ou depressão. Além disso, as tendências comportamentais como agressividade, impulsividade e hiperatividade conduzem comportamentos desafiadores e opositores na infância, delinquência na adolescência e comportamento criminoso na idade adulta (BARKLEY, 2008; GOMIDE et al, 2005).

Assim sendo, o comportamento violento causa preocupação e temor, visto que são resultantes da interação entre o desenvolvimento individual e os contextos sociais como a família, escola e comunidade (NETO, 2005). Neste sentido, é necessário uma intervenção integral nos casos de proteção infantil e juvenil e de prevenção da violência. O trabalho em rede é a estratégia mais reconhecida no mundo contemporâneo para atuar de forma eficaz na proteção ou prevenção da violência (MINAYO et al., 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados deste trabalho demonstraram que as mães desse estudo estão mais envolvidas nos cuidados com os filhos, e apresentaram maior compreensão sobre o TDAH do que os pais. As dificuldades deles no entendimento sobre os aspectos que permeiam o transtorno afetam as relações interpessoais dos adolescentes com TDAH. Essas dificuldades influenciam, ainda, nas práticas educativas adotadas pelos pais, que na tentativa de controlar os comportamentos inadequados dos filhos com TDAH, adotam práticas negativas o que compromete o desenvolvimento desses jovens.

O estudo demonstrou ainda que, o tratamento recebido pelos adolescentes com TDAH é fundamentado no modelo biomédico com ênfase na medicalização. Além disso, a comunicação entre áreas, setores, profissionais e família demonstra-se prejudicada. Esta situação pode ser constatada quando os participantes desse estudo referem falta de conhecimento, informação e orientações sobre o universo do TDAH. Problemática que se reflete nas relações sociais, familiares e escolares estabelecidas com os adolescentes portadores do transtorno.

Evidenciamos também que os adolescentes com TDAH apresentam sintomas como falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, os quais, como já analisados, trazem diversos prejuízos para vida acadêmica e social desses jovens. As dificuldades e o abandono escolar ocorreram como consequência desses comportamentos, que não são compreendidos pela escola e pela comunidade. Diante disso, percebemos que os adolescentes com TDAH estão expostos às situações de violência, resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais.

Pessoas com TDAH podem ser talentosas, criativas e bem sucedidas, mas sem ajuda adequada para interlocução dessas habilidades e conhecimentos podem ser privadas de superar limitações. Assim sendo, podemos inferir que o acúmulo de frustrações, ao longo da vida, poderá gerar quadros graves de transtornos mentais.

Portanto, consideramos importante a atuação interdisciplinar de profissionais da saúde junto aos pais, não somente em instituições de saúde, mas em outros serviços como a escola, com o trabalho da prevenção de agravos. Através de programas educativos o profissional da saúde pode ser o mediador entre famílias e os profissionais da educação. A intervenção mediada pelo diálogo vai ajudá-los a romper o ciclo de violência e intimidações, fortalecendo-

os a desenvolverem mecanismos de enfrentamento para lidar com a perpetração e a vitimização.

Para que isso aconteça é importante capacitar e educar os profissionais que trabalham com indivíduos com TDAH, além de criar programas efetivos de informações para pais e escola. A compreensão sobre as diversidades do transtorno é fundamental para um bom prognóstico do adolescente com TDAH e o desenvolvimento adequado de suas relações interpessoais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVITCH, S.; MAIA, M. C.; CHENIAUX, E. Transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância. **Rev Psiq Clín**., v. 35, n. 4, p.159-64, 2008.

ALIZADEH, H.; APPLEQUIST, K. F.; COOLIDGE, F. L. Parental self-confidence, parental styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. **Child Abuse Negl**., v. 31, n. 5, p.567-72, 2007.

ALVES, H. C; EMMEL, M. L. G. Abordagem bioecológica e narrativas orais: um estudo com crianças vitimizadas. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 39, 2008.

ANASTOPOULOS, A. D.; RHOADS, L. H.; FARLEY, S. E. Aconselhamento e treinamento para os pais. In: BARKLEY, R. A. et. al. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ANDRADE, C. R. M. et al. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Rev Med Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p. 455-464, 2011.

ANDRADE, E. R. Quadro clínico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: ROHDE, L. A. MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 75-83.

ANTONY, S.; RIBEIRO, J. P. A Criança Hiperativa: Uma Visão da Abordagem Gestáltica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 127-134, 2004.

APA. American Psichiatric Association. 4. ed. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** In: APA. American Psichiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington DC: American Psichiatric Association, 1994.

APA. Associação Americana de Psiquiatria. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. 5. ed. Washington DC: American Psychiatry Association. 2012. Disponível em: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>. Acesso em: 06 dez. 2013

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p.163-198.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (ABDA). Disponível em: <http://www.tdah.org.br/>. Acesso em: 29 jun. 2012.

BAIÃO, C. F. **Aliança parental e estilos parentais em famílias com e sem crianças autistas.** 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Lisboa. Portugal, 2008.

BALBI, C. et al. Compreendendo a vivência de ser mãe de uma criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**., v. 8, n. 2, p. 57-66, São Paulo, 2008.

BARKLEY, R. A. et al. T**ranstorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade:** manual para diagnóstico e tratamento. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH):** guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Editor Artmed, 2002.

BARRETO, A. C. et al. Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. **Psicologia: Reflexão e Critica**, v.22, n. 1, p. 86-92, 2009.

BARROS, P.; SILVA, F. B. N. Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva,** v. 2, n. 1, 2006.

BATESON, G. et al. Toward a theory of schizophrenia. **Behavioral Science**, v. 1, n. 4, p. 251-254, 1956.

BAUMRIND, D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. **Genetic Psychology Monographs**, v.75, n. 1, p. 43-88, 1967.

BELLI, A. A. **TDAH**! E agora? A dificuldade da escola e da família no cuidado e no relacionamento com crianças e adolescentes portadores de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. São Paulo: Editora STS, 2008.

BENEDETTI, I.; URT, S. C. Escola, ética e cultura contemporânea: reflexões sobre a constituição do sujeito que "não aprende", **Psc. da Ed**., v. 27, n. 2, p. 141-155, 2008.

BENETTI, S.P.C. Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 261-268, 2006.

BERTHOUD. C. M. E. Visitando a fase adolescente. In: CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BLACHNO, M. et al. Parental corporal punishment in children with attention-deficit hyperactivity syndrome. **Psychiatr. Pol. Warszawa**., v. 40, n. 1, p. 43-55, 2006.

BLACHNO, M., et al. Parental corporal punishment in children with attention-deficit hyperactivity syndrome. **Psychiatr. Pol. Warszawa** , v.40, n.1, p.43-55, 2006.

BOARATI, M. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. 2011. **VIVER SAÚDE**. Disponível em <http://www.viversaude.com.br/> Acesso em: 05 jul. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica** nº 8. Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília/DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientação para prática em serviço.** Caderno de Atenção Básica n°8. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2001.

_____. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. **Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução n° 196/96-CNS. Brasília, 1996.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente**. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRAZ, M. P.; DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p.151-161, 2005.

BROECKER, C. Z.; DE JOU, G. I. Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. **Psico-USF**, v. 12, n. 2, p. 269-279, 2007.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S.J. Hereditariedade, ambiente e a questão "como"?uma primeira aproximação. In: PLOMIN, R.; MCCLEARN, G. E. **Nature, nurture, and psychology**. Washington: APA Books, 1995.

CAMARGO, C. L.; BURALLI, K**.** O. **Violência familiar: contra crianças e adolescentes**. Salvador: Editora Ultragraph, 1998.

CARVALHO-BARRETO, A. Desenvolvimento Humano e Violência de Gênero: Uma Integração Bioecológica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 86-92, 2009.

CAVALIM, L. A. **Violência psicológica**: estudo com adolescentes de uma instituição escolar pública do interior do estado de São Paulo. 2013. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2013.

COCCO, M.; LOPES, M. J. M. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.151-9, 2010.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CBO). Ministério de Trabalho e Emprego. Disponível em: <ttp://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/informacoesGerais.jsf;jsessionid=BwsRdXReJzmvxUkjPE1YgMUf.slave17:mte-233-cbo-01#6>. Acesso em: 1 jul 2013.

COPETTI, F.; KREBS, R. J. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. In: KOLLER, S. H. **Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, p. 67-89, 2004.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

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

DESIDÉRIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): orientações, **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional** (ABRAPEE), v. 11, n. 1, p. 165-178, 2007.

DEWOLFE, N.; BYRNE, J. M.; BAWDEN, H. N. ADHD in preschool children: parent-rated psychosocial correlates. **Developmental Medicine & Child Neurology,** v. 42, n. 12, p. 825-830, 2000.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Psiquiatr**., v. 24, n. 1, p. 2, 2002.

FORTUNATO, E.; RUSCHEINSKY, A. A história oral na pesquisa social sobre espaço urbano. **Biblos**, Rio Grande, v. 16, p. 25-36, 2004.

FRASSETTO, S. S.; BAKOS, D. G. S. Estilos parentais e práticas educativas de pais de crianças com TDAH: um estudo piloto. **Aletheia**, n.33, p. 6-17, 2010.

FREUD, S. Por que a guerra? In: FREUD, S. Ed 22. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1980, p. 241-259.

GOMES, M. et. al. Conhecimento sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no Brasil, **J. Bras. Psiquiatr.,** v. 56, n. 2, p. 94-101, 2007.

GOMIDE, P. I. C. Estilos Parentais e comportamento anti-social. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P**. Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea, p. 21-60, 2003.

_____. **Inventário de estilos parentais (IEP)**: modelo teórico – manual de aplicação, apuração e interpretação. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

GOMIDE, P. I. C.et al. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **Psico-USF**, v. 10, n. 2, p. 169-178, 2005.

GRAEFF, R. L.; VAZ, C. E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicol. USP,** v.19, n.3, 2008.

GREVET, E. H.et al. Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. **J. Bras. Psiquiatr**., v. 56, n. 1, p. 34-38, 2007.

GRUPO DE ESTUDOS DO DÉFICIT DE ATENÇÃO (GEDA) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). **Arquivos de Neuropsiquiatria**, Rio de Janeiro, 2001.

GUILHERME, P. R., et al. Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p. 201-207, 2007.

HAYECK, C. M. Refletindo sobre a violência. **Revista Brasileira de Histórias & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 3 -8, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 29 jun. 2013.

JOHNSTON, C.; FREEMAN, W. Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and children with attention deficit-hyperactivity disorder. **Journal of Consulting & Clinical Psychology,** v. 65, n. 4, p. 636-645, 1997.

JORGE, M.R. **Critérios Diagnósticos do DSM-IV: referência rápida.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

JÚNIOR, E. B. R.; LOOS, H. Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH. **Paidéia,** v. 21, n.50, p. 373-382, 2011.

KRUG, E.G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World health Organization, 2002.

KUNRATH, L. H.; WAGNER, A.; DE-JOU, G. Y. A educação dos filhos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: o que fazer? **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 12, n. 20, p. 235-250, 2006.

LANDSKRON, L. M. F.; SPERB, T. M. Narrativas de professores sobre TDAH: um estudo de caso coletivo. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional** (ABRAPEE), v. 12, n. 1, p. 153-167, 2008.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr**., v. 21, n. 1, p. 1-5, 1999.

LISBOA, C. S. M.; KOLLER, S. H. Considerações éticas na pesquisa e na intervenção sobre violência doméstica. In: HUTZ, C. (Org.). **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 187-212..

LOPES, C. S.; GASPARIN, J. L. Violência e conflitos na escola: desafios à prática docente. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences Maringá**, v. 25, n. 2, p. 295-304, 2003.

LOPES, R. M. F. et al. Sensibilidade do WISC-III na identificação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade(TDAH). **Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neuropshychology**, v. 6, n. 1, p. 128-140, 2012.

LOPES, R. M. F.; NASCIMENTO, R. L. F.; BANDEIRA, D. R. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. **Avaliação Psicológica,** v. 4, n. 1, p. 65-74, 2005.

LORENZ, K. A agressão. In: MEGARGEE, E.; HOKANSON, J. **A dinâmica da agressão**. São Paulo: EPU – Editora Pedagogia/Universitária, 1983.

LORDELLO, S. R.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Contribuições conceituais e metodológicas do modelo bioecológico para a compreensão do abuso sexual intrafamiliar. **Psico**, v. 43, n. 2, p. 260-269, 2012

LOUZÃ, M. R. MATTOS P. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. **J. Bras. Psiquiatr**., v. 56, supl. 1, p. 53-56, 2007.

MACCOBY, E. E.; MARTIN, J. A. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. Em E. M. Heteringhton (Org.), **Mussen Manual of Child Psychology**. New York: Wiley, p. 1-10, 1983.

MARCON, S.S., et. al. Vivência e reflexão de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto Contexto Enferm,** v. 14, p.116-24, 2005.

MARCONI. M. A.; LAKATOS. E. M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análises e interpretação de dados. 7 ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v. 7, n. 4, p. 89-95, 1999.

MATTOS, P. ABREU, P. B., GREVET, E. H. **O TDAH no adulto: dificuldades diagnosticas e de tratamento**. Porto Alegre: Artimed, 2003.

MATTOS, P. TDAH é um doença inventada? **Associação Brasileira do Déficit de Atenção**, 2010. Disponível em: < http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/223-tdah-é-uma-doença-inventada?.html>. Acesso em: 05 jul. 2011.

MAZZONE, H. M. O.; TABAQUIM, M. L. M. Distúrbio de conduta e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: uma análise diferencial. **Rev de Psicologia – Universidade Federal do Ceará**, v. 13, n. 18, 2010.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. Os novos rumos da história oral: o caso brasileiro. **Revista de História**, v. 155, n. 2, p. 191-203, 2006.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral; como fazer, como pensar**. Contexto. São Paulo, 2007.

_____. **História oral; como fazer, como pensar**. Contexto. São Paulo, 2013.

MENEGHEL, S. N.; GIUGLIANI, E. J.; FALCETO, O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. **Cad. Saúde Pública,** v. 14, n. 2, p. 327-335, 1998.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 23-47.

_____. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Públ**., Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 07-18, 1994.

_____. Violência: um problema para saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília, 2005.

MINAYO, M. C. S. et al. **Experiências exitosas de prevenção da violência**: Relatório Final. Ministério da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

MINUCHIN, S. Um modelo familiar. In: MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Editora: Artes Médicas, 1990.

MORAIS, V. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 2009. Disponível em: < http://vaniademorais.blogspot.com/>. Acesso em: 25 jun. 2011

NAPARSTEK, R. Bioenergética: uma alternativa para o tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). In: Convenção brasil latino america, congresso brasileiro e encontro paranaense de psicoterapias corporais., v. 1, n. 4. Foz do Iguaçu. **Anais**... Centro Reichiano, 2004.

NERI, M. C. **O tempo de permanência na escola e as motivações dos sem escola**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2009.

NETO, A. A. L. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, 2005.

NUNES, M. M. S.; WERLANG, B. S. G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e escolares. **ConScientiae,** v. 7, n. 1, p. 207-216, 2008.

OLIVEIRA, E. A. et al. Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais: conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, p. 1-14, 2002.

PACHECO, J. *A* **construção do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais:** uma análise a partir das práticas educativas e dos estilos **parentais**. 2004. Tese (Doutorado em Psicologia) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PACHECO, J. T. B.; TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. Estilos parentais e desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 15, p. 117-126, 1999.

PADOVANI, R. C.; WILLIAMS, L. C. A. Histórico de violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 520-535, 2008.

PARTEL, C. H. **Universo TDAH**. 2011. Disponível em: <http://www.universotdah.com.br/>. Acesso em: 05 jul. 2011.

PASTURA, G.; MATTOS, P.; ARAÚJO, A. P. Q. C. Prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares, **Arq Neuropsiquiatr**, v. 65, n. 4, p. 1078-1083, 2007.

_____. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Psiq. Clín**., v. 32, n. 6, p. 324-329, 2005.

PEIXOTO, A. L. B.; RODRIGUES, M. M. P. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. **Aletheia,** n.28, p. 91-103, 2008.

PFIFFNER, L. J.; BARKLEY, R. A.; DUPAUL, G. J. Tratamento do TDAH em ambientes escolares. In: BARKLEY, R. A. et al. T**ranstorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade:** manual para diagnóstico e tratamento. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PINHEIRO, M. I. S. et al. Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento**. Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, p. 407-414, 2006.

POLANCZYK, G., et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. **Am J Psychiatry**. v. 164, n. 15, p.942-8, 2007.

POLETTO, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e proteção. **Estud. Psicol**., Campinas, v. 25, n. 3, 2008.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007.

PRATI, L. E. et al. Revisando a Inserção ecológica: uma Proposta de sistematização. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** v. 2, n.1, p. 160-169, 2008.

REIS, G. V.; SANTANA, M. S. R. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): doença ou apenas rótulo, **An. Sciencult,** v. 2, n. 1, p. 188-195, 2010.

RIBEIRO, M. S. et al. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 16-22, 2008.

RIBEIRO, V. L. M. **A família e a criança/adolescente com TDAH:** Relacionamento social e intrafamiliar. Dissertação – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

RISTUM, M.; BASTOS, A. C. S. Violência urbana: uma análise dos conceitos

de professores do ensino fundamental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 225-239, 2004.

ROCHA, M. M. **Programa de habilidades sociais educativas com pais**: efeitos sobre o desempenho social e acadêmico de filhos com TDAH. 2009. 235 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos. 2009.

ROHDE, L. A. et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 38, p. 716-22, 1999.

ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. Psiq. Clin**., v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, 2004.

ROHDE, L. A.; MATTOS, P. (Cols). **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 11-235.

ROSAS, F. K.; CIONEK, M. I. O impacto da violência doméstica contra crianças e Adolescentes na vida e na aprendizagem. **Conhecimento Interativo**, São José dos Pinhais, v. 2, n. 1, p. 10-15, 2006.

ROWLAND, A. S.; LESESNE, C. A.; ABRAMOWITZ, A. J. The epidemiology of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. **Ment Retard Dev Disabil Res Ver,** v. 8, p. 162-170, 2002.

SAMPAIO, I. T. A.; GOMIDE, P. I. C. Inventário de estilos parentais (IEP) – Gomide (2006) percurso de padronização e normatização. **Psicol. Argum**., Curitiba, v. 25, n. 48 p. 15-26, 2007.

SAPIENZA, G.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Competência social e práticas educativas parentais em adolescentes com alto e baixo rendimento acadêmico, **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 2, p. 208-213, 2009.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; LABATE, R. C. Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade?, **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 7-14, 2002.

SCHMITZ, M.; POLANCZYK, G.; ROHDE, L. A. P. TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. **J. Bras. Psiquiatr**., v. 56, supl. 1, p. 25-29, 2007.

SCHWARTZMAN, J. S. **Transtorno de déficit de atenção**. São Paulo: Memnom Edições Cientificas, 2001.

SILVA, R. A. S.; SOUZA, L. A. P. Aspectos lingüísticos e sociais relacionados ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 295-299, 2005.

SILVA, A. B. B. **Mentes inquietas**: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. São Paulo: Gente, 2003.

SILVA, J. V. A.; TAKASE, E. Aspectos neurobiológicos do TDAH e a TCC como modelo psicoterápico. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 14, n. 141, p.1-1, 2010.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface**., v. 11, n. 21, 2007.

SIQUEIRA, C. M.; GIANNETTI, J. G. Mau desempenho escolar: uma visão atual. **Rev Assoc Med Bras,** v. 57, n. 1, p. 78-87, 2011.

SOUZA, E. R., et al. Tendências da produção cientifica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde:** a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 49-82.

SOUZA, I. G. S. et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. **J. Bras. Psiquiatr,** v. 1, p. 14-18, 2007.

SOUZA, I.; PINHEIRO, M. A. S. Co-morbidades. In: ROHDE, L. A. et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 85-106.

TEIXEIRA, V. S. S. L. **Entendendo os portadores de TDAH.** São Paulo: Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem, 2008.

TOMMASI, M. C. F. Desenvolvimento emocional e cognitivo do adolescente. In: ASSUMPÇÃO, J.; FRANCISCO, B.; KUCZYNSKI, E. **Adolescência normal e patológica.** Editora: Lemos Editoral, 1998.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev Saúde Pública,** v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

_____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

_____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemiológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2011.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Públi**, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1995.

WEBER, L. N. D. et al. Continuidade dos estilos parentais através das gerações - transmissão intergeracional de estilos parentais. **Paidéia**, v.16, n. 35, p. 407-414, 2006.

WHO – World Health Organization. **Global consultation on violence and health**.Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

YEATS, W. B. Terapia familiar: o tratamento de escolha para os adolescentes. In: FISHIMAN, H. C. **Tratando adolescentes com problemas: uma abordagem da terapia familiar.** Editora: Artes Médicas, 1996.

YUNES, M. A. M.; JULIANO, M. C. A bioecologia do desenvolvimento humano e suas interfaces com educação ambiental. **Caderno de Educação**, v. 37, p. 347-379, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Este questionário deve ser preenchido pelos pais ou responsável do adolescente.

Inicio:_____Termino:_____

Parte I - Identificação dos Participantes

1. Idade: _____ **2. Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino

3. Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) União Consensual ( ) Viúvo ( ) Separado/Divorciado

4. Profissão: _____Ocupação:_____

5. Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo

( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

6. Religião:_____ (entrevistador deve lembrar que não basta colocar p.ex. evangélico, necessário colocar qual Igreja)

7. Renda familiar:_____

8. Mora em casa: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) De favor

11. Quantas pessoas moram na casa:

( )2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ou mais

12. Quantos filhos você tem:

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais (Caberia especificar se são legítimos ou adotivos, em especial no que se refere ao filho com TDAH).

Dados do Adolescente

1-Qual a idade do seu filho (a)?_____anos

Estuda? _____ Qual série:_____

2-Que tipo de atendimento seu filho (a) recebe: ( ) psiquiátrico ( ) psicológico ( ) pedagógico ( ) psicopedagógico ( ) outro, qual:_____

3-Há quanto tempo ele recebe estes atendimentos? _____

4- Seu (ua) filho (a) faz uso de alguma medicação de forma contínua? ( ) Sim ( ) Não

5- Em caso afirmativo qual (is)? _____ Há quanto tempo?_____

7- Alguém mais na família tem o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)? ( ) Sim ( ) Não Quem: _____

Parte II - Questões Abertas

1- Como é o comportamento do seu (ua) filho (a) com a família, amigos, em casa ou na rua?

2- Como os professores dizem que é o comportamento do seu (ua) filho (a) na escola?

3- Como os vizinhos, amigos, parentes dizem que é o comportamento do seu (ua) filho (a)?

4- O que você sabe sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)?

5- Com qual idade seu filho recebeu o diagnóstico do TDAH e iniciou o tratamento?

6- Como era seu relacionamento com seu (ua) filho (a) antes dele iniciar o tratamento do TDAH.

7- Como tem sido seu relacionamento com seu (ua) filho (a) desde que ele iniciou o em tratamento do TDAH.

8- O que você observa de melhora no comportamento do seu (ua) filho (a) durante o tratamento?

9- O que você observa de piora no comportamento do seu (ua) filho (a) durante o tratamento?

10- Já ouve momentos de discussão, brigas ou agressões entre você ou alguém da sua família e seu (ua) filho (a) com TDAH?

11- Conte algum destes momentos, explicando como começou e o que aconteceu?

12- Como você reage nestes momentos de discussão, brigas ou agressões que envolvem seu (ua) filho (a) com TDAH?

13- O que você sente em relação às discussões, brigas ou agressões que envolvem seu (ua) filho (a) com TDAH?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Senhor pai, mãe ou responsável
Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa "VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E O ADOLESCENTE COM DIAGÓSTICO DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE**"** que objetiva buscar seus conhecimentos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e informações sobre o convívio familiar com seu filho, portador do transtorno. Acreditamos que com suas respostas poderemos criar um espaço de trocas de informações através de atividades educativas, a respeito do transtorno, a serem realizadas junto às famílias e os adolescentes portadores de TDAH. Poderá ser um momento para falar sobre o convívio entre os familiares e o adolescente. As respostas poderão ser usadas também para desenvolver outros estudos, discutir acerca do tema em eventos científicos.
Caso o Sr.(Sra.) concorde em participar, será convidado a responder a uma entrevista com questões sobre o tema do estudo. Esta será agendada no horário da atividade escolar do seu filho e será realizada em sua residência.
A entrevista será realizada em um único encontro de aproximadamente trinta minutos e será gravada. Sua participação é voluntária e o Sr.(Sra.) poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo a sua pessoa. Cabe ressaltar que a qualquer manifestação de desconforto do Sr. (a) a entrevista poderá ser interrompida e remarcada se assim o desejar. Caso ocorra qualquer desconforto durante a entrevista, por abordar problema de saúde do seu(a) filho(a) e dos possíveis transtornos familiares, poderá ser minimizado com o conforto oferecido por mim enquanto enfermeira e entrevistadora. Este termo terá duas vias, sendo que uma cópia ficará com o entrevistador e a outra com o Sr. (a) assinada pelos pesquisadores.
Os nomes dos participantes não serão divulgados publicamente. Não serão feitas análises individuais dos resultados uma vez que as respostas serão estudas em conjunto.

Eu, _____, estou ciente das informações sobre a pesquisa e que nenhuma informação que julgue confidencial será divulgada. A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa. A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a qualquer momento.
Tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos, concordo em participar voluntariamente deste estudo. Estou ciente de que minha participação na pesquisa não trará prejuízos a minha rotina e que dependerá da minha disponibilidade de horário.

Ribeirão Preto, ___, de_____ de 2013

_____
Assinatura do entrevistado

_____ _____
Jaqueline Rodrigues Stefanini — Pesquisadora responsável
Profª Drª Zeyne Alves Pires Scherer — Orientadora responsável

CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP. Telefone: (0XX16) 3602-340

APÊNDICE C - Carta de Autorização e Uso das Entrevistas

Ribeirão Preto, ___/_____/____

À pesquisadora,

Eu,_____, RG_____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita e autorizada para leitura para Jaqueline Rodrigues Stefanini usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros a ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem a mesma guarda.

_____

(Assinatura do colaborador)

ANEXOS

ANEXO A - Carta de Autorização do Ambulatório de Psiquiatria da Juventude (APQJ)

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3.900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP: 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633.3271 / 55 - 016 - 630.2561 / FONE: 55 - 016 - 633.0379 / 55 - 016 - 602.3394

Ribeirão Preto, 05 de Março de 2012.

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado
Responsável pelo Serviço Ambulatorial de Clínica Psiquiátrica do HC-FMRP-USP

Prezado Senhor,

Solicito de vossa senhoria o fornecimento da lista de pacientes adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) atendidos no serviço, a fim de realizar o projeto de pesquisa intitulado "VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E O ADOLESCENTE COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE".

Segue anexa cópia do projeto em questão para seu conhecimento.

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração, uma vez que sem ela, a realização do projeto estaria prejudicada. Coloco-me à disposição para esclarecimentos que se façam necessário.

Atenciosamente,

Jaqueline Rodrigues Stefanini
Mestranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica
Psiquiatria e Ciências Humanas da EERP-USP
Jaqueline.rstefanini@usp.br

Zeyne Alves Pires Scherer
Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem
Psiquiatria e Ciências Humanas da EERP-USP
Fone: (16) 3602-3404 – scherer@eerp.usp.br

De acordo
Prof. Dr. Wilson Marques Júnior
Chefe do Departamento de Neurociências
e Ciências do Comportamento
14/3/2012

Ciente.
De acordo
Docente-Responsável
pela Psiquiatria da
Infância e Adolescência
12/03/2012
Prof. Dr. Erikson F. Furtado
Professor Doutor De Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa