

Adolescentes com transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e exposição à violência: opinião dos pais¹

Jaqueline Rodrigues Stefanini²

Zeyne Alves Pires Scherer³

Edson Arthur Scherer⁴

Luciana Aparecida Cavalin⁵

Mariana Santos Guazzelli⁶

Objetivo: identificar a opinião de pais ou responsáveis por adolescentes com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade sobre a exposição desses como perpetradores ou vítimas de situações de violência, no convívio familiar ou fora desse. Método: estudo qualitativo com uso da história oral temática. Participaram 9 pais de 7 adolescentes com transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. Os dados foram coletados de abril a setembro de 2013, utilizando-se entrevista temática. As entrevistas foram gravadas, realizadas em horários combinados nas residências dos participantes, com duração média de 30 minutos. Os achados foram submetidos à análise temática indutiva. Resultados: a análise dos dados permitiu identificar a ocorrência de “conflitos no convívio familiar” e “conflitos no contexto da escola e da comunidade”. Os pais relataram o envolvimento dos filhos como vítimas, perpetradores e testemunhas de violências físicas e psicológicas, e a dificuldade deles e da escola em entender e manejar essas situações. Conclusão: ocorre violência nas relações interpessoais dos adolescentes com transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. A comunicação entre profissionais da saúde, da escola e famílias é deficiente. O enfermeiro, mediante a sistematização da assistência de enfermagem, pode planejar estratégias que articulem as redes de apoio e as relações interpessoais dos adolescentes com o transtorno (família e escola).

Descritores: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; Adolescente; Família; Violência.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado “Compreensão de pais sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adolescentes e a exposição desses em situações de violência”, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

³ PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Psiquiatra, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ MSc, Psicóloga, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁶ Terapeuta Ocupacional.

Correspondência:

Zeyne Alves Pires Scherer

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Av. Bandeirantes, 3900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: scherer@eerp.usp.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Os transtornos psiquiátricos atingem cerca de 10-20% das crianças e adolescentes em todo o mundo e são uma das principais causas de incapacidade relacionada à saúde, nessa faixa etária⁽¹⁾. O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurodesenvolvimental que afeta cerca de 5% das crianças e adolescentes em todo o mundo⁽²⁻⁵⁾.

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 hipofuncionamento de suas funções e diminuição da irrigação sanguínea nessa região. 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 busca pela recompensa imediata)⁽³⁾.

É sabido que o aparecimento de comportamento violento na infância e adolescência é resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos e comportamentais sob influência social, cultural, de pessoas da família e colegas⁽⁶⁾. Em famílias de nível socioeconômico reduzido, com baixos níveis de afeto, desarmônicas e onde os pais não monitoram as atividades dos filhos, esses tendem a apresentar indiferença generalizada e vínculo pouco afetivo nas relações interpessoais. Ficam mais sujeitos à influência de colegas que podem levá-los a se associar a pessoas agressivas ou usuárias de drogas, e a consequente exposição a situações de risco⁽⁷⁾. Assim, é possível que episódios de violência, provocada e recebida pelo indivíduo com TDAH, estejam presentes nos diferentes contextos vivenciados na adolescência. A literatura retrata a disfuncionalidade e presença de conflitos constantes nas famílias com crianças e adolescentes com esse transtorno⁽⁸⁾. Há indícios de que seus pais tendem a empregar métodos para discipliná-los que podem configurar violência física e/ou psicológica. Outro aspecto observado é o de que a exposição indireta à violência, ou seja, o testemunhar a violência na família, atinge emocionalmente o portador de TDAH⁽²⁾.

Realizar pesquisa sobre fatores psicossociais, relacionados à violência de crianças e adolescentes com TDAH, é relevante, pois, independente do tipo, da natureza e do seu grau de intensidade, a violência

nas diferentes fases do desenvolvimento humano pode resultar em sequelas físicas, psicológicas, sociais e comportamentais para o indivíduo.

A Teoria de Estilo Parental⁽⁹⁾ foi utilizada para 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 desse. Essa teoria integra os aspectos emocionais e comportamentais, onde crianças e adolescentes são educadas por diferentes estilos de condutas dos pais, sendo essas fundamentadas nas práticas educativas positivas ou nas práticas educativas negativas. As práticas positivas levam os filhos a desenvolver comportamentos pró-sociais e são conhecidas como monitoria positiva e comportamento moral. O abuso físico e psicológico, a disciplina relaxada, a monitoria negativa, a negligência e a punição inconsistente constituem práticas educativas negativas e estão relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos antissociais. Assim sendo, os estilos parentais são fundamentais no processo de socialização do indivíduo⁽⁹⁾.

No presente estudo, buscou-se identificar a opinião de pais ou responsáveis por adolescentes com diagnóstico de TDAH, sobre a exposição desses como perpetradores ou vítimas de situações de violência no convívio familiar ou fora dele.

Método

Trata-se de estudo qualitativo em que foi utilizada a história oral temática⁽¹⁰⁾. Participaram 9 pais de pacientes adolescentes com diagnóstico de TDAH, atendidos no Ambulatório de Psiquiatria Juvenil (APQJ) de um hospital público universitário do interior do Estado de São Paulo. O APQJ, na época do estudo, atendia 63 adolescentes de 13 a 19 anos com diferentes transtornos mentais, dos quais 8 com diagnóstico clínico de TDAH. Os critérios de inclusão foram: ser pai, mãe ou responsável pelo adolescente com TDAH, residir na mesma casa e ter convivência direta com ele. A amostra foi composta por pais de 7 adolescentes com TDAH. Um dos pacientes foi excluído por não residir com seus pais ou responsáveis.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a setembro de 2013. Foi utilizada entrevista temática com questões previamente elaboradas pelos pesquisadores e submetidas à apreciação de três juízes. O roteiro continha dados de identificação dos participantes e questões abertas sobre o foco de interesse do estudo. As entrevistas foram agendadas por contato telefônico

com os participantes, e foi solicitada a não permanência do adolescente no momento da coleta de dados. No dia e horário combinado, a pesquisadora apresentou os objetivos da pesquisa e os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram gravadas, realizadas em encontro único, em suas residências, com duração média de 30 minutos.

Os dados foram organizados mediante transcrição, textualização e transcrição⁽¹⁰⁾. A transcrição foi apresentada aos participantes do estudo para sua anuência, como proposto no método de história oral temática. Os achados foram submetidos à análise temática indutiva⁽¹¹⁾. Na apresentação dos resultados, os sujeitos foram identificados por nomes fictícios.

O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob Processo nº013700/2012.

Resultados

Foram entrevistados dois casais e cinco mães (uma viúva, uma solteira e três casadas). A faixa etária das mães variou de 35 a 49 anos e os pais tinham, respectivamente, 42 e 44 anos de idade. Quanto à escolaridade, uma mãe possuía ensino fundamental completo, um pai médio completo, enquanto os demais não tinham completado o ensino fundamental (seis mães e um pai). Quanto à ocupação/profissão, conforme Grandes Grupos Ocupacionais da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO – Ministério do Trabalho e Emprego), os nove sujeitos exerciam atividades relacionadas ao nível de escolaridade: duas domésticas, duas 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 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma das famílias pertencia à classe social C, três à D e três à E.

Os adolescentes eram do sexo masculino e tinham idade entre 14 e 17 anos. Dos sete, quatro haviam abandonado a escola, dois frequentavam o ensino médio e um o fundamental. O tempo em que estavam em seguimento psiquiátrico variou de quatro a nove anos. Em relação ao tratamento, cinco usavam medicação de forma contínua, um era seguido em atendimento psiquiátrico e psicoterapêutico sem uso de medicação, e um abandonou o tratamento no decorrer do estudo.

A partir da análise das narrativas dos pais foi possível construir duas categorias: “conflitos no

convívio familiar” e “conflitos no contexto da escola e da comunidade”. Elas foram descritas e exemplificadas com trechos extraídos dos discursos dos entrevistados.

Conflitos no convívio familiar

Nesta categoria, foi identificada a ocorrência de situações de violência entre irmãos, pais e o adolescente com TDAH. As violências físicas e verbais 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. A falta de conhecimento dos pais sobre o transtorno e, conseqüentemente, a dificuldade deles em impor limites e regras para o adolescente com TDAH geravam desentendimentos, agressões e castigos.

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

Quando o irmão chega, eles já começam a se pegar, xingar e brigam muito. Ele e os irmãos só brigam, não pode ver um ao outro. Um dos irmãos, que nem mora aqui, hoje já brigou com ele na rua. Um dia meu outro filho bebeu e avançou em mim, o Mateus deu duas pauladas nele (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).

Peço para ele fazer as coisas, ele resmungo. Eu mando, tenho que chamar atenção, dar uns gritos aí ele faz. 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. Batia, tirava o computador, televisão, DVD e o colocava de castigo (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 pô+r 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. Tinha briga dia sim, dia não. Eu estava para pegar minhas coisas e ir embora. Eles brigavam de luta corporal, ele e o pai dele. Ele fica agressivo, conversei com ele que o filho tem que obedecer ao 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 o prender dentro de casa, ele vai quebrar tudo. Colocava-o de castigo, porque a gente pensava que aquilo era uma peraltice, coisa de menino. Amarrava-o, amarrava a bicicleta, trancava no quarto. Teve um dia que ele estava nervoso, me mandou calar a boca, fui para cima dele, ele

veio para cima de mim. Peguei-o pelo pescoço e segurei. Fiquei uns 20 minutos segurando (José).

O ambiente familiar em que os adolescentes do estudo vivem é permeado por diferentes conflitos. Pais que trocam agressões físicas na presença dos filhos, que têm posturas opostas ao repreender os adolescentes e que justificam seus conflitos conjugais como resultado das brigas 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 a gente saiu nos tapas e o João estava perto. Eu briguei com meu marido, joguei a almofada nele e falei para ficar quieto e nos estapeamos. Chamei a polícia. Depois desse dia ele não me agrediu mais. O João participou de tudo. Até hoje a gente briga, discute, ele não me agride mais, não põe mais a mão, só que a gente briga. Não é certo isso que ele faz (Maria).

Meu marido viaja muito, trabalhando fora. A gente tinha "uns pegadas", começou a entrar em conflito, a brigar, eu cheguei a avançar no meu marido. O Pedro entrou no meio. Então foi bem difícil! (Sílvia).

Quando eu vou chamar sua atenção, 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, o André coloca e consegue fazer isso. Eu e a mãe dele brigamos quase o tempo todo do nosso casamento por causa de briga de filhos. Então um manda o outro para aquele lugar, para o inferno. Ela me xingou, eu xinguei ela, e aí? (José).

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. Eram responsabilizados pelo que outros faziam. Seus filhos, por sua vez, apresentavam comportamentos agressivos, tanto verbais quanto físicos, com colegas e professores, contribuindo para a segregação e mesmo expulsão da escola. 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.

Ele agredia as crianças na escola. Hoje ele não entra na escola. Quando vai, fica no pátio ouvindo música. Ele era

agressivo, xingava, maltratava o professor. Era "bocado", falava palavrão (Luzia).

As professoras não o suportavam dentro da sala de aula. Ninguém sabia lidar com ele. Ia para a escola, mas não adiantou nada. 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, fez boletim de ocorrência, fizeram uma "coisarada"! Ele foi expulso de lá. Depois o juiz falou que ele não podia ficar sem estudar (Joana).

Na escola diziam que ele era preguiçoso, vagabundo, que não gostava de fazer as coisas. Hoje ele não frequenta a escola. Quando ele ia, brigava com professor, com amigo. Agressivo, não conseguia fazer, mas para os professores ele não queria fazer (Carla).

A escola não tinha diálogo com meu filho, ele era excluído. Quando Pedro começou na escola era bem complicado, ele não se adaptava. Muitas vezes eu tinha que buscar ele na escola, porque ele vomitava, tinha febre, chorava e atrapalhava os outros alunos. Isso atrapalhou muito a convivência na escola. Os professores não entendiam o problema do Pedro. Foi um trabalho muito complicado para eu explicar para os professores, até eles entenderem. Antes disso o hiperativo era considerado doido. Na boca do povo, meu filho era doido. 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 (Sílvia).

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. 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 falou: mãe eu não quero ir mais para a escola. Aí eu não mandei mais. Na escola é 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 (Camila).

Assim como na escola, nas relações com parentes, amigos e estranhos, os pais perceberam que as pessoas desconheciam o TDAH, discriminando seus filhos, tratando-os 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 disso 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, nem procurava sair com ele para casa dos parentes, eu ficava com ele mais em casa. As pessoas que estão de fora não entendem, acham que a criança é doida, sem educação (Sílvia).

Na rua era muito briguento. De primeiro era muito agressivo. Com os amigos, ainda briga muito (Luzia).

O policial já me chamou na delegacia quando ele estava estudando, eu falei "olha dr. 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". Durante o tratamento o humor fica diferente, parou um pouco com as brigas na rua. 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 cara. O rapaz falou até de matá-lo (Carla).

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

Discussão

As diretrizes de tratamento do TDAH preconizam abordagens multimodais, incluindo a farmacoterapia e intervenções psicossociais como as mais efetivas^(3,12). Neste estudo, dos sete adolescentes com TDAH, somente um fazia seguimento psicoterápico, além do medicamentoso, e um abandonou o tratamento ao longo da coleta de dados. A ausência de integração entre os diferentes serviços terapêuticos no tratamento pode dificultar a compreensão do fenômeno TDAH.

A literatura científica tem mostrado forte associação de uma combinação de fatores do ambiente familiar com distúrbios psicológicos, entre os quais o TDAH. Os fatores familiares citados incluem baixa renda, baixa escolaridade dos pais, famílias numerosas, criminalidade paterna, transtorno mental materno, graves discórdias entre os pais e filhos adotivos^(2,12-14). Ambientes familiares disfuncionais, onde ocorrem agressões entre os pais e entre irmãos, mostram maior associação com o diagnóstico de TDAH^(2,12-14). No presente estudo, dentre esses fatores, encontraram-se a baixa renda e escolaridade dos pais, a presença de brigas entre irmãos e agressividade física e verbal entre os pais, testemunhada pelos filhos.

Foi possível perceber no estudo que os pais têm dificuldade em reconhecer que o filho tem um transtorno mental. Confundem os comportamentos comuns ao adolescente com TDAH com "birra, peraltice, coisa de menino", desobediência. Queixam-se de estresse desencadeado pelas dificuldades ante o comportamento dos filhos. A literatura mostra que os pais entendem incompetência como desobediência e que isso, somado ao estresse a que eles e seus filhos estão sujeitos, acabam sendo levados a potencializar práticas educativas negativas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

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 por esses comportamentos⁽²⁾. Portanto, os comportamentos violentos dos portadores de TDAH podem ser caracterizados como reativos⁽¹⁷⁾. A exposição a situações de violência pode ser uma consequência do TDAH, pois a presença de adolescente com esse diagnóstico tende a facilitar a instabilidade no lar e o funcionamento familiar mais precário^(2,12). Por outro lado, pesquisas têm mostrado que a exposição à violência doméstica, seja presenciando a violência do pai contra a mãe ou então sendo vítima de diferentes tipos de agressões, em especial quando combinado com abuso físico, tende a aumentar o diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes^(2,12,14).

Neste estudo, participantes fizeram referência a problemas no relacionamento conjugal, relacionando-os a discussões ou diferenças de opinião quanto ao manejo dos filhos com TDAH, além de relatos de trocas de agressões verbais e físicas testemunhadas pelos adolescentes. Foi inclusive citada situação de mãe que se contrapôs à conduta do pai no manejo do filho, na presença dele, expondo-o a situação de duplo vínculo. O duplo vínculo é um conceito desenvolvido por Gregory Bateson⁽¹⁸⁾ (membro do grupo de Palo Alto, Califórnia) em 1956, para se referir a relacionamentos contraditórios onde são expressados comportamentos de afeto e agressão simultaneamente. Envolvem duas ou mais pessoas fortemente envolvidas emocionalmente e que não conseguem se desvincular umas das outras. A exposição a essa mensagem paradoxal pode levar o filho a vivenciar insegurança, reagir com agressividade, medo e evitação afetiva, podendo levá-lo a ter dificuldade em entender e se identificar com outras pessoas.

Pais de crianças e adolescentes com TDAH tendem a se considerar menos competentes na sua função de pais e a reagir mais negativamente aos sintomas de desatenção e comportamentos de impulsividade e hiperatividade⁽¹⁹⁾. No presente estudo, alguns dos entrevistados, em tom de desabafo, referiram não saberem mais como agir com os filhos.

Na tentativa de impor limites e regras, os pais de adolescentes com TDAH acabam favorecendo a ocorrência de situações de violência. A naturalização da violência como medida educativa de filhos, em especial para corrigir comportamentos deles, pode vir a se constituir em prática educativa negativa, resultando no

desenvolvimento de comportamentos antissociais nos filhos^(9,20). Dessa 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⁽²¹⁾. As punições aplicadas aos adolescentes podem comprometer o prognóstico do transtorno. Os jovens com TDAH submetidos a maus-tratos na infância têm maior risco de uso de substâncias psicoativas, envolvimento em delitos e prisão⁽⁵⁾.

No ambiente fora de casa, com amigos e parentes, no convívio na escola, com professores e colegas, os adolescentes com o transtorno tendem a repetir os comportamentos que têm em casa. Envolvem-se em conflitos, com agressões físicas e verbais, tanto como vítimas como perpetradores^(4,17,22). Ao se exporem a essas situações, acabam em risco de exclusão social.

O adolescente com TDAH tende a apresentar problemas acadêmicos de diversas ordens e, como resultado, dificuldades em permanecer no sistema escolar e concluir seus estudos^(17,22). Além disso, são vítimas de chacotas, preconceitos e rótulos como "burro, aluno-problema, diferente, chato, irresponsável, líder-negativo, brigão, desatento e desligado". Da mesma forma, os pais, sujeitos da presente pesquisa, mencionaram os seguintes tratamentos dispensados aos filhos na escola: "preguiçoso, vagabundo, doido, o problema, e que não gostava de fazer as coisas". Como resultado das dificuldades próprias do transtorno e da forma como os adolescentes eram tratados no ambiente escolar, 4 deles abandonaram a escola. Os pais perceberam que seus filhos não eram compreendidos no contexto escolar e denotaram frustração pela falta de apoio dos professores e da escola.

Em estudo realizado com professores do ensino fundamental, concluiu-se que lidar com alunos com TDAH e sua família mobiliza neles sentimentos intensos como irritação, impaciência, receio e cansaço⁽²³⁾. O conhecimento dos professores a respeito do transtorno faz referência às causas orgânicas, psicológicas, conflitos familiares e à dificuldade dos pais em impor limites. Contudo, ainda existem professores que discordam do diagnóstico médico do TDAH⁽²³⁾. Em contrapartida, o TDAH é apresentado como uma das potenciais causas tratáveis de mau desempenho escolar e mereceria maior atenção dos educadores. Os professores podem ser de grande auxílio na detecção precoce do transtorno e no encaminhamento para investigação e tratamento adequados⁽²⁴⁾.

Escola e familiares demonstram dificuldades para compreender, conviver e manejar o adolescente com TDAH. As práticas educativas negativas de pais e professores podem fomentar situações de conflito, de violência e de exclusão⁽⁹⁾. A literatura tem mostrado diferenças no reconhecimento do TDAH por parte de pais e professores. Pais identificam com maior facilidade os sintomas do TDAH em comparação aos professores que demonstram tendência em avaliar a partir de aspectos neurocognitivos^(13,25).

Conclusão

Foi possível perceber, com os resultados do presente estudo, que ocorre violência nas relações interpessoais dos adolescentes com TDAH e que a comunicação entre profissionais da saúde, da escola e famílias é deficiente. Pessoas com TDAH podem ser talentosas, criativas e bem-sucedidas, mas, sem ajuda adequada para interlocução dessas habilidades e conhecimentos, acabam por serem privadas de superar suas limitações. Nessa perspectiva, é considerada importante a atuação interdisciplinar de profissionais da saúde junto aos pais com intervenções que visem a promoção de comportamentos pró-sociais e prevenção de agravos, tanto em instituições de saúde como na escola. O tratamento do TDAH requer, portanto, uma abordagem sistêmica, com a participação do adolescente, família e professores.

O enfermeiro, mediante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode contribuir para o planejamento de estratégias de intervenção que articulem as redes de apoio e as relações interpessoais dos adolescentes com TDAH (família e escola). Um dos aspectos a ser abordado é a violência vivenciada pelos portadores do transtorno, seja como vítimas ou como perpetradores. Dessa forma, é esperado que o profissional da saúde participe do processo de desenvolvimento e implementação de mecanismos de enfrentamento da violência.

Referências

1. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378:1515-25.
2. Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Family environment and attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):624-32.
3. Dias TG, Kieling C, Graeff-Martins AS, Moriyama TS, Rohde LA, Polanczyk GV. Developments and challenges

- in the diagnosis and treatment of ADHD. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35(Suppl 1):40-50.
4. Reinhardt MC, Reinhardt CAU. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *J Pediatr.* 2013;89(2):124-30.
5. De Sanctis VA, Newcorn JH, Halperin JM. A prospective look at substance use and criminal behavior in urban ADHD youth: what is the role of maltreatment history on outcome? *Atten Defic Hyperact Disord.* 2014;6(2):79-86.
6. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007;11(Suppl):1163-78.
7. Gallo AE, Williams LCA. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Psicol Teor Prat.* 2005;7(1):81-95.
8. Flores SM, Salum GA, Manfro GG. Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: the role of psychiatric comorbidity. *Trends Psychiatry Psychother.* 2014;36(3):147-51.
9. Sampaio ITA, Gomide PIC. Inventário de estilos parentais (IEP) – Gomide (2006) percurso de padronização e normatização. *Psicol Argum.* 2007;25(48):15-26.
10. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2a ed. São Paulo: Contexto; 2013. 175 p.
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.
12. Richards LME. It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2012;18(4):483-503.
13. Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Association between family environment and attention deficit hyperactivity disorder in children – mothers' and teachers' views. *BMC Psychiatry.* 2013;13:215-23.
14. Vasconcelos MM, Malheiros AFA, Werner J Junior, Brito AR, Barbosa JB, Santos ISSO, et al. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(1):68-74.
15. Kunrath LH, Wagner A, De-Jou GY. A educação dos filhos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: o que fazer? *Psicol Rev.* 2006;12(20):235-50.
16. Bargas JA, Lipp MEN. Estresse e estilo parental materno no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Psicol Esc Educ.* 2013;17(2):205-13.
17. Araiza JFR. El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: revisión de la bibliografía. *Salud Mental.* 2014;37:75-82.
18. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a Theory of Schizophrenia. *Behav Sci.* [Internet]. 1956 [acesso 4 dez 2014];1(4):251-64. Disponível em: <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/TOWARD-A-THEORY-OF-SCHIZOPHRENIA-2.pdf>.
19. Guilherme PR, Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Regalla MA. Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(3):201-7.
20. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface.* 2007;11(21):93-103.
21. Ministério da Saúde (BR). Violência Intrafamiliar: orientação para prática em serviço [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. [acesso 31 mar 2015]. Caderno de Atenção Básica nº8. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf.
22. Rangel EBR Júnior, Loos H. Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH. *Paidéia.* 2011;21(50):373-82.
23. Landskron LMF; Sperb TM. Narrativas de professores sobre TDAH: um estudo de caso coletivo. *Psicol Esc Educ.* 2008;12(1):153-67.
24. Pastura G, Mattos P, Araújo APQC. Prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007;65(4):1078-83.
25. Coutinho G, Mattos P, Schmitz M, Fortes D, Borges M. Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica Brasileira. *Rev Psiq Clín.* 2009;36(3):97-100.

Recebido: 28.6.2014

Aceito: 3.5.2015